

Krankenhausplan 2000 Baden-Württemberg

- Rahmenplanung -

Teil 1:

Grundlagen - Verfahren - Ergebnisse
Medizinische Fachplanungen

Beschluss der Landesregierung
vom 15. November 1999



**Krankenhausplan 2000
Baden-Württemberg**

- Rahmenplanung -

**Teil 1 :
Grundlagen - Verfahren - Ergebnisse
Medizinische Fachplanungen**

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Mißbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, daß dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber

Sozialministerium
Baden-Württemberg
Schellingstraße 15,
70174 Stuttgart

Telefon: (07 11) 1 23-0

Telefax: (07 11) 1 23-39 99

Internet: www.sozialministerium-bw.de

Stuttgart, April 2000

Bekanntmachung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 14.04.2000 Nr. 56-5442-4.9
im Staatsanzeiger von Baden-Württemberg Nr. 15/2000 vom 25.04.2000

Krankenhausplan 2000 Baden-Württemberg

- Rahmenplanung -

Teil 1:

**Grundlagen - Verfahren - Ergebnisse
Medizinische Fachplanungen**

**Beschluss der Landesregierung
vom 15. November 1999**



Vorwort

In einer Zeit, in der Gesetzentwürfe beraten wurden, die die Länder in ihrer Verantwortung für die Krankenhauslandschaft spürbar beschneiden wollten, hat das Land Baden-Württemberg bewusst seinen **Krankenhausplan 2000** vorbereitet. Es will damit deutlich machen, dass es für diesen wichtigen Bereich der Daseinsvorsorge für seine Bürger auch künftig die Verantwortung tragen will und wird.

Das Land muss nach wie vor entscheiden können, ob und wo ein Krankenhaus errichtet, ausgebaut oder auch gekündigt wird. Wir haben bisher - in guter Tradition - die Entscheidungsprozesse mit den Partnern im Landeskrankenhausausschuss, insbesondere den Krankenkassen und den Vertretern der Krankenhäuser aus dem kommunalen, kirchlichen, freigemeinnützigen und privaten Bereich abgestimmt und versucht, Einvernehmen anzustreben. Wir wollen dies auch künftig so handhaben.

Krankenhäuser sind bedeutende Infrastruktureinrichtungen der Kommunen und des Landes. Land und Kommunen haben den Auftrag, die Versorgung unserer Bürger mit stationären Krankenhausleistungen zu sichern. Beide haben deshalb auch den Willen, die dafür erforderlichen Mittel bereit zu stellen.

Der vorliegende Krankenhausplan 2000 ist eine Momentaufnahme mit Trendaussagen. Die großen Bedarfsfragen sind geklärt. Es geht künftig mehr darum, die Krankenhauslandschaft weiter zu optimieren und die einzelnen Anbieter noch besser auf einander abzustimmen. Zusammenarbeit ist das Gebot der Stunde, nicht nur innerhalb des Krankenhauses, sondern auch zwischen Krankenhäusern und den verschiedenen Gesundheitsdienstleistern im stationären und ambulanten Bereich.

Selbstverständlich wird der Fortschritt in der Medizin immer wieder zur Überprüfung und Veränderung des derzeitigen Angebotes zwingen. Weit in die Zukunft weisende Pläne haben sich dafür jedoch als ungeeignet erwiesen. Deshalb beabsichtigen wir, Krankenhausplanung kontinuierlich fallweise zu betreiben, ad-hoc-Entscheidungen nach genauer Bedarfsanalyse zu treffen und die Änderungen durch zeitlich dichtere Auflagen publik zu machen.

Allen, die zum Zustandekommen dieser so leistungsfähigen und effizienten Krankenhauslandschaft, wie sie in diesem Plan beschrieben ist, beigetragen haben, insbesondere den Mitgliedern des Landeskrankenhausausschusses und den für den Kommunalen Investitionsfonds Verantwortlichen, danke ich und bitte sie, das Geschaffene bewahren und weiterentwickeln zu helfen.

Stuttgart, im März 2000

Dr. Friedhelm Repnik MdL
Sozialminister

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITENDER ÜBERBLICK.....	8
2. RECHTSGRUNDLAGEN DES KRANKENHAUSPLANS	11
2.1 KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZ	11
2.2 LANDESKRANKENHAUSGESETZ BADEN-WÜRTTEMBERG.....	12
2.3 SOZIALGESETZBUCH V.....	12
2.4 VERKNÜPFUNG VON LEISTUNGSRECHT UND PLANUNGSRECHT	12
2.5 FESTSTELLUNGSBESCHLEIDE	13
3. FUNKTION UND BEDEUTUNG DES KRANKENHAUSPLANS.....	15
3.1 DER KRANKENHAUSPLAN IST EIN STEUERUNGSINSTRUMENT.....	15
3.2 DER KRANKENHAUSPLAN WIRD STÄNDIG AN DIE ENTWICKLUNG ANGEPASST	15
3.3 DER KRANKENHAUSPLAN TRIFFT KEINE FINANZIERUNGSENTSCHEIDUNGEN	16
4. ZIELE DER KRANKENHAUSPLANUNG	17
4.1 PLANUNGSGRUNDSÄTZE	17
4.2 BISHERIGE ZUORDNUNGEN ZU LEISTUNGSSTUFEN BLEIBEN VORLÄUFIG ERHALTEN	17
4.3 FACHABTEILUNGEN, FACHKLINIKEN, BELEGARZTSYSTEM.....	18
4.4 TEILSTATIONÄRE VERSORGUNGSANGEBOTE	19
4.5 VERSORGUNGSGEBIETE.....	20
4.5.1 HISTORISCH GEWACHSENE VERSORGUNGSBEREICHE	20
4.5.2 FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG	20
4.6 VIELFALT DER KRANKENHAUSTRÄGER.....	21
4.6.1 GRUNDSATZ	21
4.6.2 ZUORDNUNGSKRITERIEN.....	22
4.6.3 TRÄGERWECHSEL	22
5. ENTWICKLUNG DER PLANUNGSGRUNDLAGEN	23
5.1 ALLGEMEINES	23
5.2 BEVÖLKERUNG	23
5.3 KRANKENHAUSHÄUFIGKEIT.....	24
5.4 KRANKENHAUSFÄLLE	25
5.5 PATIENTENWANDERUNG	26
5.6 VERWEILDAUER.....	27
5.7 PFLEGETAGE.....	28
5.8 PFLEGETAGE JE 1.000 EINWOHNER.....	29
5.9 BETTENNUTZUNG	29
6. VERFAHREN DER PLANAUFSTELLUNG UND DER FORTSCHREIBUNG.....	31
6.1 BISHERIGE VERFAHREN	31
6.2 AKTUELLES VERFAHREN	31
6.2.1 KEINE LANGFRISTIGEN BEDARFSPROGNOSEN.....	31
6.2.2 BERATUNGEN IM LANDESKRANKENHAUSAUSSCHUSS (LKHA)	32
6.2.3 NEUE RICHTWERTE FÜR VERWEILDAUER UND BETTENNUTZUNG.....	32
6.2.4 ANWENDUNG DER NEUEN RICHTWERTE	34
6.2.5 ANHÖRUNG DER BETROFFENEN KRANKENHÄUSER	35
6.3 KÜNFTIGE VERFAHREN	35
7. ERGEBNISSE DER KRANKENHAUSPLANUNG.....	38
7.1 BESTANDSVERÄNDERUNGEN SEIT 1983	38
7.2 VERÄNDERUNGEN DES BETTEN-SOLL	40
7.2.1 ABGESCHLOSSENE ENTSCHEIDUNGEN BIS ZUM 31.12.1999	40
7.2.2 WEITERGEHENDE VEREINBARUNGEN.....	40
8. BEWERTUNG DER GEGENWÄRTIGEN UND KÜNFTIGEN VERSORGUNGSSITUATION.....	43
8.1 BEWERTUNG DES GEGENWÄRTIGEN BEDARFS	43
8.2 AUSBLICK AUF DEN VORAUSSICHTLICHEN KÜNFTIGEN BEDARF	43

9.	MEDIZINISCHE FACHPLANUNGEN	45
9.1	VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT APALLISCHEM SYNDROM.....	45
9.2	VERSORGUNG VON DIABETIKERN.....	47
9.3	VERSORGUNG VON DIALYSEPATIENTEN.....	47
9.4	VERSORGUNG VON EPILEPSIEKRANKEN.....	47
9.5	GEBURTSMEDIZIN, PERINATOLOGISCHE VERSORGUNG.....	48
9.5.1	GEBURTSHILFE UND PERINATOLOGIE.....	48
9.5.2	PERINATOLOGISCHE SCHWERPUNKTE UND ZENTREN.....	50
9.6	GERIATRIE.....	51
9.6.1	GERIATRISCHE SCHWERPUNKTE.....	52
9.6.2	GERIATRISCHE ZENTREN.....	52
9.6.3	GERIATRISCHE REHABILITATION.....	54
9.7	MEDIZINISCH-TECHNISCHE GROSSGERÄTE IN KRANKENHÄUSERN.....	54
9.8	HERZCHIRURGIE.....	55
9.9	KIND IM KRANKENHAUS.....	57
9.9.1	ENTWICKLUNG IN DER KINDERHEILKUNDE.....	57
9.9.2	KINDGERECHTE KRANKENHAUSVERSORGUNG.....	57
9.9.3	SOZIALPÄDIATRISCHE ZENTREN.....	57
9.10	VERSORGUNG VON MUKOVISZIDOSE-PATIENTEN.....	58
9.11	NOTFALLVERSORGUNG VON MEHRFACHVERLETZTEN UND HIRNVERLETZTEN / RETTUNGSDIENST.....	59
9.12	ONKOLOGISCHE VERSORGUNG.....	60
9.12.1	TUMORZENTREN UND ONKOLOGISCHE SCHWERPUNKTE.....	60
9.12.2	PALLIATIVSTATIONEN.....	61
9.12.3	BRÜCKENPFLEGEKRÄFTE.....	61
9.13	RHEUMATOLOGIE.....	63
9.14	SCHLAFLABORS.....	64
9.15	SCHLAGANFALLVERSORGUNG.....	65
9.16	VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT CHRONISCHEN SCHMERZZUSTÄNDEN.....	67
9.17	SCHWERBRANDVERLETZTE.....	67
9.18	STRAHLENTHERAPIE / THERAPIE MIT OFFENEN RADIONUKLIDEN.....	68
9.19	TRANSPLANTATIONSMEDIZIN.....	70
9.19.1	ORGANTRANSPLANTATIONEN.....	70
9.19.2	STAMMZELLTRANSPLANTATIONEN.....	71
10.	FACHPLANUNG FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE.....	72
10.1	PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE FÜR ERWACHSENE.....	72
10.1.1	BETTENBESTAND.....	72
10.1.2	BETTENBEDARF.....	72
10.1.2.1	KRANKENHAUSHÄUFIGKEIT.....	72
10.1.2.2	VERWEILDAUER.....	73
10.1.2.3	VERHÄLTNIS ZUM FACHGEBIET PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN.....	73
10.1.2.4	ERGEBNIS.....	73
10.2	VERSORGUNGSSTRUKTUREN.....	74
10.2.1	FACHLICHE STRUKTUREN.....	74
10.2.2	REGIONALE STRUKTUREN, KOOPERATION UND KOORDINATION, TEILVERSORGUNG.....	75
10.2.3	TEILSTATIONÄRES ANGEBOT.....	77
10.3	KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE.....	78
10.3.1	VERSORGUNGSSTRUKTUR.....	78
10.3.2	KLINIK- UND ABTEILUNGSSTRUKTUR.....	78
10.3.3	BEDARFSPLANUNG.....	78
10.3.4	BESTAND.....	79
10.3.5	BEWERTUNG DER VERSORGUNGSSITUATION.....	80
10.4	SUCHT.....	80
10.5	PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN.....	81
10.6	WEITERENTWICKLUNG DER AUSSERKLINISCHEN PSYCHIATRIE.....	82
10.7	GERONTOPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG.....	82
11.	AUSBILDUNGSSTÄTTEN.....	83
12.	INVESTITIONSPROGRAMME.....	84
12.1	AKTUELLE FÖRDERSITUATION.....	84
12.2	FÖRDERVERFAHREN.....	84
12.3	FÖRDERSCHWERPUNKTE / PERSPEKTIVEN.....	85
12.4	INVESTITIONSFÖRDERUNG UNTER STRUKTURELLEN UND KONJUNKTURELLEN ASPEKTEN.....	85
ANHANG	87

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Planrelevante Krankenhäuser in Baden-Württemberg - nach Trägerschaft -.....	21
Tabelle 2:	Krankenhausthäufigkeit 1993 - 1997 in Baden-Württemberg.....	24
Tabelle 3:	Versorgungsquoten 1996 nach Bundesländern.....	27
Tabelle 4:	Planerische Richtwerte Verweildauer (Tage).....	33
Tabelle 5:	Planerische Richtwerte Bettennutzung (v.H.).....	34
Tabelle 6:	Rechnerischer Anpassungsbedarf nach Fachgebieten in Baden-Württemberg - vollstationärer Bereich -	36
Tabelle 7:	Krankenhausentwicklung in Baden-Württemberg seit 01.01.1983.....	38
Tabelle 8:	Wegfall und Zugang von planrelevanten Krankenhäusern in Baden-Württemberg	38
Tabelle 9:	Bestandsveränderungen in planrelevanten Krankenhäusern nach Fachgebieten in Baden-Württemberg seit 01.07.1994 bis 31.12.1999.....	39
Tabelle 10:	Umsetzung der Planungsziele im vollstationären Bereich in Baden-Württemberg - Gesamtzahlen -	40
Tabelle 11:	Umsetzung der Planungsziele im vollstationären Bereich in Baden-Württemberg - nach Fachabteilungen -	41
Tabelle 12:	Bettenindex vollstationär nach Bundesländern	42
Tabelle 13:	Krankenhausbetten für Patienten mit apallischem Syndrom in Baden-Württemberg.....	46
Tabelle 14:	Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Baden-Württemberg - Belegungsentwicklung -	49
Tabelle 15:	Säuglingssterblichkeit in Baden-Württemberg.....	50
Tabelle 16:	Perinatologische Zentren in Baden-Württemberg.....	50
Tabelle 17:	Perinatologische Schwerpunkte in Baden-Württemberg	51
Tabelle 18:	Geriatrische Schwerpunkte in Baden-Württemberg	53
Tabelle 19:	Geriatrische Zentren in Baden-Württemberg.....	54
Tabelle 20:	Herzchirurgien in Baden-Württemberg mit Zulassung nach § 108 SGB V	56
Tabelle 21:	Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) in Baden-Württemberg.....	58
Tabelle 22:	Tumorzentren in Baden-Württemberg	61
Tabelle 23:	Onkologische Schwerpunkte in Baden-Württemberg	62
Tabelle 24:	Versorgung von Krebspatienten in Baden-Württemberg - Mindestbedarf an Brückenpflegekräften -	63
Tabelle 25:	Stationäre Schlaflabors in Krankenhäusern in Baden-Württemberg	65
Tabelle 26:	Stroke Units in Baden-Württemberg	66
Tabelle 27:	Betten für Schwerbrandverletzte in Baden-Württemberg	68
Tabelle 28:	Strahlentherapiegeräte in Baden-Württemberg	69
Tabelle 29:	Durchführung von Stammzelltransplantationen in Baden-Württemberg.....	71

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg	23
Abbildung 2:	Krankenhaushäufigkeit 1996 nach Bundesländern	25
Abbildung 3:	Patienten in Krankenhäusern in Baden-Württemberg	26
Abbildung 4:	Verweildauer in Krankenhäusern in Baden-Württemberg	28
Abbildung 5:	Pflegetage in Krankenhäusern in Baden-Württemberg	28
Abbildung 6:	Pflegetage je 1.000 Einwohner in Baden-Württemberg.....	29
Abbildung 7:	Bettennutzung in Krankenhäusern in Baden-Württemberg	30

1. Einleitender Überblick

Das Land Baden-Württemberg hat 1977, 1982 sowie 1989 und 1994 Krankenhauspläne verabschiedet, wobei der Allgemeine Teil von 1989 Basis für den folgenden Besonderen Teil von 1994 war. Der nunmehr vorliegende Krankenhausplan 2000 löst die bisherigen Pläne ab und stellt eine aktuelle Grundlage für die Beurteilung der Krankenhaussituation in Baden-Württemberg dar.

Der Krankenhausplan 2000 ist Rückblick, Momentaufnahme und Ausblick.

Rückblickend wird deutlich, welche außerordentlich dynamische Entwicklung die Krankenhauslandschaft in den neunziger Jahren in Baden-Württemberg erfahren hat:

- In zahlreichen medizinischen Fächern ist der stationäre Bettenbedarf in großem Umfang zurückgegangen, z.B. in der Geburtshilfe/Gynäkologie um ca. 15 %, in der Chirurgie und in der Urologie um ca. 8 % und in der HNO gar um rd. 20 %. Die Folgen waren einschneidend, mussten doch von 363 Krankenhäusern, die 1983 vorhanden waren, zwischenzeitlich 107 entweder ihren Betrieb ganz aufgeben oder mit anderen Krankenhäusern fusionieren, um zu leistungsfähigen Einheiten zu kommen.
- In Bereichen, wo medizinische Erkenntnisse und medizinische Technik neue Behandlungschancen eröffneten, wie z.B. in der Geriatrie, Herzchirurgie, Intensivmedizin, Neurologie (z.B. Apallisches Syndrom, Epilepsie, Multiple Sklerose, Schlaganfälle), Neurochirurgie, Orthopädie, Plastische Chirurgie, Strahlentherapie, Psychiatrie (gemeindenaher Abteilungen und Tageskliniken) oder Transplantationsmedizin wurden andererseits neue oder zusätzliche Versorgungsangebote geschaffen. So wurde beispielsweise allein der Bettenbestand in der Neurochirurgie um fast 50 % oder der Neurologie um fast 15 % erhöht. Insgesamt sind in dieser Zeit 39 neue Krankenhäuser oder Kliniken entstanden.

Gleichzeitig zwangen die kontinuierlichen Reformbemühungen um Beitragssatzstabilität in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kostenminimierung, zu stärkerer Konzentration und Kooperation nicht nur zwischen Krankenhausträgern sondern auch mit niedergelassenen Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen sowie Organisationen der Altenhilfe. Nicht zuletzt entstanden auch rechtlich und organisatorisch schlagkräftigere Trägerstrukturen.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die sich auch in der Zahl der medizinisch-technischen Großgeräte¹ (129 im Januar 1990) und (251 am 30.6.99) widerspiegeln, die Zunahme der Bevölkerung um ca. eine Million, bei wachsendem Anteil der älteren Menschen verbunden mit ständig steigenden Fallzahlen seit 1990 um rund 10 % und einer durch die Verweildauerverkürzungen einher

¹ Computertomograph, Kernspintomograph, Linksherzkatheter-Messplatz, Lithotripter, Telekobaltgerät, Linearbeschleuniger, Positronenemissionstomograph

gehenden Leistungsverdichtung stellten weitere große Herausforderungen an die Erbringer stationärer Krankenhausleistungen und deren Beschäftigte dar.

All diese Herausforderungen haben die meisten Krankenhausträger in Baden-Württemberg und ihre Beschäftigten großartig gemeistert. Sie präsentieren eine Krankenhauslandschaft, die in den zurückliegenden Jahren, natürlich nicht völlig ohne Schmerzen und vielfach auch nur mit Nachdruck der Krankenkassen und des Sozialministeriums, dem Anliegen des Gesetzgebers und der Gesellschaft nach leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern, die eine qualitativ hoch stehende Versorgung auch in der Fläche sicherstellen, sehr nahe gekommen ist. Sie haben damit bewiesen, dass das derzeitige System handlungs- und wandlungsfähig ist.

Dies wird auch künftig erforderlich sein. Denn die Medizin wird auch in Zukunft Fortschritte zur noch erfolgreicherem Bekämpfung von Krankheiten erzielen. Medizinische Fachplanungen für Psychotherapie, Schlaganfallversorgung und Transplantationen sind bereits in Vorbereitung. Die Versorgung schwer Schmerzkranker, von Dialysepatienten, Diabetikern und Rheumakranken sowie die Sicherstellung medizinischer Qualität im Allgemeinen ist und bleibt in der Diskussion. Parallel dazu müssen die Bemühungen um eine weitere Optimierung der wirtschaftlichen Erbringung medizinischer Leistungen fortgesetzt wenn nicht verstärkt werden, denn Innovationen sollten weitgehend im System erwirtschaftet werden.

Das Krankenhaus nimmt im Verständnis der Bevölkerung unseres Landes einen hohen Rang ein. Die Landesregierung wird deshalb nach bewährtem Verfahren notwendige Veränderungen mit der erforderlichen Zielstrebigkeit, aber auch mit dem notwendigen Augenmaß und angemessener Sensibilität vorantreiben.

Die baden-württembergische Krankenhauslandschaft bietet gute Voraussetzungen, diese Aufgaben der Zukunft zu meistern.

Der Krankenhausplan wurde nach § 4 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) in enger Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhausausschuss vom Sozialministerium erstellt, von der Landesregierung beschlossen und im Staatsanzeiger veröffentlicht. Die betroffenen Krankenhäuser wurden bzw. werden zu allen zu treffenden Einzelfall-Entscheidungen angehört.

Der Entwurf des Krankenhausplans 2000 wurde am 21.07.1999 in den LKHA eingebracht. Die bis Mitte September 1999 beim Sozialministerium dazu eingegangenen Stellungnahmen der im LKHA vertretenen Institutionen wurden bei der Überarbeitung berücksichtigt. Der Plan-Entwurf wurde am 19.10.1999 nach einigen weiteren Anpassungen schließlich einvernehmlich vom LKHA verabschiedet. Der Krankenhausplan 2000 wurde am 15.11.1999 von der Landesregierung beschlossen.

Zur Verbesserung der Übersicht und Handlichkeit ist der Krankenhausplan 2000 in zwei Teile gegliedert.

Der hier vorliegende Teil 1 beinhaltet mit den Abschnitten 1 bis 12 die Grundlagen, Verfahren, Ergebnisse der Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg, die Bewertung der Versorgungssituation, Medizinische Fachplanungen sowie Aussagen zu Ausbildungsstätten und Investitionsprogrammen mit den dazu gehörigen Hintergrunddaten im Anhang.

Teil 2 enthält die Krankenhaus-Einzelblätter aller planrelevanten Krankenhäuser in Baden-Württemberg mit den planerischen Festlegungen sowie 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) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes zur Reform der Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999, (BGBl. I S. 2626) sowie das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) vom 15. Dezember 1986, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 24. November 1997 (GBl. S. 474) sowie das Sozialgesetzbuch V in der zuletzt geltenden Fassung.

2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verfolgt den Zweck, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 S. 1 KHG). Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass

- ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden
- und
- sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe des KHG auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

Zur Verwirklichung dieser Ziele stellen die Länder Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf (§ 6 Abs. 1 KHG). Krankenhäuser haben Anspruch auf Förderung der Investitionskosten soweit und solange sie in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind (§ 8 Abs. 1 KHG). Ein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht (§ 8 Abs. 2 S. 1 KHG). Bei einer notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird (§ 8 Abs. 2 S. 2 KHG). Das Nähere zur Krankenhausplanung und Investitionsförderung regeln die Länder.

2.2 Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg präzisiert und ergänzt das Landeskrankenhausgesetz (LKHG) den planerischen Sicherstellungsauftrag und das Nähere zur Investitionsförderung. Nach § 1 LKHG ist es Zweck des Gesetzes, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sowie eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu gewährleisten. Diese Zielsetzung ist die Grundlage des Krankenhausplans. Er weist auch die als bedarfsgerecht angesehenen und mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten aus (§ 5 Abs. 2 LKHG).

2.3 Sozialgesetzbuch V

§ 107 Abs. 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) definiert den für das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) maßgeblichen Krankenhausbegriff. § 107 Abs. 2 SGB V grenzt hiervon die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ab. Sie sind nicht Gegenstand der Krankenhausplanung des Landes.

§§ 115 a und 115 b SGB V ermöglichen die vor- und nachstationäre Behandlung bzw. das ambulante Operieren im Krankenhaus.

Rund 90 % der Bevölkerung in Baden-Württemberg sind Mitglied in der GKV. Daher sind die Rechtsbeziehungen zwischen der GKV und den bedarfsgerechten Krankenhäusern von besonderer Bedeutung. § 108 SGB V bestimmt, dass die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen dürfen.

2.4 Verknüpfung von Leistungsrecht und Planungsrecht

Die leistungsrechtliche Zulassung und die Krankenhausplanung des Landes sind eng miteinander verzahnt. Der Krankenhausplan

- stellt die für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung erforderlichen Krankenhäuser dar (bedarfsgerechte Krankenhäuser),
- bezieht Hochschulkliniken und in § 3 KHG genannte Krankenhäuser ein, soweit sie der allgemeinen Versorgung dienen und
- berücksichtigt die Versorgung durch sonstige nicht nach dem KHG geförderte Krankenhäuser

(§ 5 Abs. 1 LKHG).

Gegenstand der Krankenhausplanung sind deshalb:

- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser),
- Hochschulkliniken und
- Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Abschluss und Kündigung von Versorgungsverträgen nach § 109 SGB V werden erst mit der Genehmigung der Planungsbehörde wirksam.

Bei der Krankenhausplanung ist das Einvernehmen mit den Mitgliedern des Landeskrankenhausausschusses (LKHA), namentlich mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den im LKHA vertretenen Krankenkassen anzustreben (§ 9 Abs. 2 LKHG).

2.5 Feststellungsbescheide

Der Krankenhausplan selbst hat keine unmittelbare Rechtswirkung nach außen. Er ist eine verwaltungsinterne Maßnahme. Die Umsetzung der für die Verwaltung verbindlichen Vorgaben des Krankenhausplans erfolgt durch Feststellungsbescheide.

In den Feststellungsbescheiden werden die bedarfsgerechten Krankenhäuser nach Standort und Bettenzahl pro Fachgebiet - in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer (WBO) - ausgewiesen. Zusätzlich können besondere medizinische Aufgaben zugeordnet werden (§ 6 LKHG).

Die Festlegung einzelner medizinischer Leistungen oder Eingriffe irgendwelcher Art in die organisatorische Eigenständigkeit der einzelnen Krankenhausträger enthält aber weder der Krankenhausplan noch ein Feststellungsbescheid. Krankenhausplanung ist Kapazitätsplanung und grundsätzlich keine Leistungsplanung. Die innerhalb des durch die festgelegte Fachgebietsstruktur gegebenen Rahmens zu erbringenden Leistungen sollen durch die Vertragsparteien vereinbart werden.

Der Krankenhausplan ist also die Grundlage der Verwaltung für die Festlegung des Versorgungsauftrages des einzelnen Krankenhauses, die erforderlichen Strukturanpassungen bei den Krankenhäusern sowie den Umfang und die Priorität notwendiger Baumaßnahmen. Die wesentlichen Entscheidungen in der Krankenhausplanung werden im Interesse einer möglichst gleichmäßigen landesweiten Versorgung vom Sozialministerium getroffen. Zuständig für die Erteilung der förmlichen Feststellungsbescheide ist das Regierungspräsidium, in dessen Bezirk sich das Krankenhaus befindet. Die Krankenhaus-Einzelblätter geben den materiellen Inhalt der Feststellungsbescheide und Versorgungsverträge im Zeitpunkt der Verabschiedung des Krankenhausplans wieder. Sie enthalten auch noch nicht umgesetzte planerische Zielvorstellungen.

Bei Anträgen auf Aufnahme in den Krankenhausplan prüft die Planungsbehörde, ob das Krankenhaus leistungsgerecht, wirtschaftlich und bedarfsgerecht ist. Im Rahmen der Prüfung der Bedarfsgerechtigkeit ist in einer ersten Stufe festzustellen, wie sich im jeweiligen Einzugsgebiet Bettenbedarf und Bettenbestand in der maßgeblichen medizinischen Fachrichtung darstellen. Ist zahlenmäßig bereits eine Bedarfsdeckung gegeben, so ist in einer zweiten Stufe zu prüfen, welches der Krankenhäuser den im Krankenhausplan formulierten Zielen der Landesregierung am besten gerecht wird. Die wesentlichen Gründe einer solchen Auswahlentscheidung werden in den Bescheid aufgenommen.

Feststellungsbescheide werden zwar grundsätzlich unbefristet erteilt, sie stehen jedoch wegen den sich stetig ändernden Rahmenbedingungen unter einem allgemeinen Anpassungsvorbehalt.

3. Funktion und Bedeutung des Krankenhausplans

3.1 Der Krankenhausplan ist ein Steuerungsinstrument

Der Krankenhausplan ist das wichtigste Steuerungsinstrument für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern. Dabei besteht ein Zielkonflikt zwischen Versorgungsbedürfnissen und Wirtschaftlichkeitsaspekten. Eine Krankenhausplanung muss sich unter Beachtung der in **Abschnitt 4.1** dargestellten Planungsgrundsätze auf das Notwendige beschränken. Nur so leistet sie den erforderlichen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Der Krankenhausplan hat eine Doppelfunktion. Er ist ein Instrument, mit dem das Land

- den konkreten Bedarf an stationären Krankenhauskapazitäten, im Einzelfall auch Krankenhausleistungen feststellt und
- bestimmt, welche Krankenhäuser zur bedarfsgerechten Versorgung notwendig sind und nach dem KHG/LKHG gefördert werden.

Der vorliegende Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg stellt neben den allgemeinen Grundlagen und den landespolitischen Planungszielen die Momentaufnahme eines koordinierten Systems bedarfsgerecht gegliederter Krankenhäuser dar, die in ihrem fachlichen Angebot aufeinander abgestimmt sind.

3.2 Der Krankenhausplan wird ständig an die Entwicklung angepasst

Krankenhausplanung ist ein kontinuierlicher Prozess. Daher kann und will dieser Krankenhausplan nie eine Endsituation 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 krankenhauserplanerischen Entscheidungen an die Entwicklung.

Dies bedeutet insbesondere, dass auch die in den Krankenhaus-Einzelblättern getroffenen Festlegungen stets unter dem Vorbehalt der gesetzlich vorgeschriebenen Anpassung an die Entwicklung (§ 4 Abs. 1 Satz 5 LKHG) stehen. 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 des Sozialministeriums aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können. Ebenso können neue Versorgungsangebote, insbesondere auf Grund der Fortschritte in der Medizin und Medizintechnik, neu in den Krankenhausplan aufgenommen oder fachliche Zuordnungen verändert werden.

3.3 Der Krankenhausplan trifft keine Finanzierungsentscheidungen

Der Krankenhausplan enthält keine Darstellung der Finanzierung einzelner baulicher Krankenhausinvestitionen. Dies ist vielmehr Aufgabe der nach dem KHG/LKHG zu erstellenden jährlichen Investitionsprogramme. Mit der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist daher keine Aussage verbunden, ob und zu welchem Zeitpunkt konkrete Förderleistungen gewährt werden.

4. Ziele der Krankenhausplanung

4.1 Planungsgrundsätze

Wer einer stationären Behandlung bedarf, hat Anspruch auf Aufnahme in ein geeignetes Krankenhaus (§ 28 Abs. 1 LKHG).

Zur Verwirklichung der Zwecke der §§ 1 LKHG und KHG muss eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung folgenden Ansprüchen genügen:

- sie muss wirksam, d.h. medizinisch leistungsfähig, zweckmäßig und ausreichend sein,
- sie muss die Gewähr für eine langfristig gesicherte medizinische Qualität bieten,
- sie muss so weit als möglich wirtschaftlich erbracht werden können (Kostenoptimierung),
- sie soll unter Berücksichtigung des gewachsenen Bestandes und unter Beachtung der Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung (§ 4 Abs. 1 LKHG) in allen Teilen des Landes so weit als möglich und sinnvoll gleichwertig und relativ patientennah sein,
- sie soll die ärztliche, pflegerische und therapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung sicherstellen können,
- sie erfordert eine funktionierende regionale und fachliche Aufgabenteilung, innerbetriebliche Abstimmung und Zusammenarbeit in den Krankenhäusern selbst (Interdisziplinarität und Teamarbeit), aber auch zwischen den Krankenhäusern (Kooperation statt Konfrontation),
- sie setzt ein gutes Zusammenwirken der Krankenhäuser mit den anderen Bereichen des Gesundheitswesens, wie beispielsweise der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Krankenversorgung, der stationären und ambulanten Pflege, der Präventivmedizin, der Rehabilitation und der sonstigen sozialen Infrastruktur voraus (Verzahnung).

Die Grundsätze sollen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander verwirklicht werden. Dabei sind festgestellte Überkapazitäten kontinuierlich abzubauen, um ausreichenden Spielraum für Medizin-Innovationen zu Gunsten der Patienten zu gewinnen. Zwar haben die Krankenhäuser eine erhebliche Bedeutung als Wirtschaftsfaktor. Eine gesunde wirtschaftliche Entwicklung ist ohne effizientes Gesundheitswesen nicht denkbar. Allerdings können objektiv nicht mehr erforderliche Krankenhauskapazitäten nicht allein mit dem Arbeitsplatzargument erhalten werden.

4.2 Bisherige Zuordnungen zu Leistungsstufen bleiben vorläufig erhalten

Bisher wurden Plankrankenhäuser in Baden-Württemberg den Leistungsstufen Grund-, Regel-, Zentral- und Maximalversorgung zugeordnet bzw. als Fachkrankenhäuser ausgewiesen. Da wissenschaftliche Versuche, einheitliche Vergleichskriterien für die Bewertung der medizinischen Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern zu entwickeln, bisher nicht zu befriedigenden Ergebnissen führten, verwendet

das Sozialministerium bei der Zuordnung der Krankenhäuser zu einer der vier Leistungsstufenkategorien mit Zustimmung des LKHA eine statistisch-rechnerische Vergleichsmethode, der Art, Zahl und Größe der Fachabteilungen sowie Art und Anzahl der vorhandenen medizinisch-technischen Großgeräte zu Grunde liegen. Mit dieser Leistungsstufenzuordnung ist keine bewertende Aussage über die medizinische Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses verbunden.

Bis auf weiteres soll das bisherige Verfahren beibehalten werden. Allerdings haben zwischenzeitlich die in früheren Krankenhausplänen entwickelten Zuordnungskriterien immer mehr an Trennschärfe verloren. Die Leistungsstufenzuordnung hat nahezu keine Auswirkung auf das Wahlverhalten der Patienten. Auch für einweisende Ärzte ist sie nur eingeschränkt orientierend. Letztlich hängt die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses von den tatsächlich erbrachten Leistungen ab.

4.3 Fachabteilungen, Fachkliniken, Belegarztsystem

Fachabteilungen in Plankrankenhäusern werden grundsätzlich nur für Gebiete nach der WBO ausgewiesen. Das jeweilige Fachgebiet muss demnach die Versorgung entsprechend den Anforderungen in der WBO gewährleisten. Die Schwerpunkte sind sowohl bei den Bedarfsprognosen als auch bei den Bestandszahlen im jeweiligen Gebiet enthalten.

In Anbetracht der immer stärkeren Diversifizierung der einzelnen Fächer in eine Vielzahl von Schwerpunkten ist es zur besseren Versorgung von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern mehr und mehr geboten, durch Vereinbarung benachbarter Krankenhäuser sich über die Aufteilung der einzelnen Schwerpunkte zu verständigen. Damit soll hohe Qualität in Patientennähe sichergestellt und eine Zersplitterung des Versorgungsangebots auf Spezialkliniken für einzelne Krankheitsbilder verhindert werden. Außerdem kann damit den Notwendigkeiten einer umfassenden ärztlichen Weiterbildung besser Rechnung getragen werden.

Der Krankenhausplan nimmt auf die Frage der Leitung von Fachabteilungen durch hauptamtliche und/oder niedergelassene Fachärzte im Einzelfall keinen Einfluss. Diese wird im Wesentlichen bestimmt durch die Aufgabenstellung, die Größe und den Bedarf eines Krankenhauses.

Somit gibt der Krankenhausplan auch einer Weiterentwicklung des Belegarztwesens, dessen Förderung § 115 SGB V im Rahmen von dreiseitigen Verträgen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten vorsieht, genügend Spielraum. Dabei müssen allerdings das Erfordernis der dauernden Sicherstellung der stationären Versorgung und die berechtigten Belange der Krankenhausträger bei den Fragen der Organisation des ärztlichen Dienstes beachtet werden. Ein leistungsfähiges Belegarztsystem setzt daher voraus,

- dass Belegabteilungen in Zukunft grundsätzlich von mehreren hierfür qualifizierten Belegärzten versorgt werden,
- dass örtlich die Bereitschaft zur verstärkten Information und Kooperation sowohl der Ärzte im Krankenhaus wie auch in der freien Praxis gewährleistet ist und schließlich,
- dass eine ärztliche Präsenz rund-um-die-Uhr dauerhaft gesichert ist.

4.4 Teilstationäre Versorgungsangebote

Das Sozialministerium 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.

Neben der vollstationären Versorgung wird es im Interesse einer patientengerechten und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung für bestimmte medizinische Fachgebiete teilstationäre Angebote geben müssen. Die teilstationäre, insbesondere tagesklinische Behandlung enthält Elemente der vollstationären wie der ambulanten Behandlung:

- die Behandlung erfordert Krankenhausbedingungen,
- die Behandlung kann nicht mit der ausreichenden Qualität und Sicherheit ambulant erfolgen,
- während des Behandlungsablaufs ist die Unterbringung der Patienten in Krankenzimmern erforderlich,
- die Behandlung unter klinischen Bedingungen kann noch während des Tages beendet und der Patient somit wieder nach Hause entlassen werden.

Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung ist hierzu bereits ein umfangreiches Konzept entwickelt (vgl. **Abschnitt 10.2.3**).

Auch in der Allgemeinversorgung sind bereits einige Tageskliniken eingerichtet, vorwiegend im Bereich der Inneren Medizin (Onkologie, Diabetologie, Akutgeriatrie). Tageskliniken wurden u.a. beim St. Josefskrankenhaus Freiburg für Neurochirurgie, bei der Hautklinik Stuttgart-Bad Cannstatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie beim Universitätsklinikum Ulm für mehrere Fachgebiete krankenhauplanerisch festgelegt. Diese genannten Krankenhäuser wurden zunächst zu einer mindestens zweijährigen Dokumentation verpflichtet, um längerfristige Planungssicherheit zu erhalten, ob diese Konzepte medizinisch tragfähig, und für eine weitere breitere Umsetzung unter dem Aspekt wirtschaftlicherer und/oder auch organisatorisch besserer Behandlungsabläufe tatsächlich weiter entwickelt werden sollen.

Regelmäßig ist bei Neuerrichtung von teilstationären Versorgungsangeboten eine Anrechnung auf bisherige vollstationäre Bereiche vorzunehmen.

4.5 Versorgungsgebiete

4.5.1 Historisch gewachsene Versorgungsbereiche

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.

4.5.2 Flächendeckende Versorgung

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.

Wichtiger als die Ortsnähe ist die dauerhafte Sicherstellung der medizinischen Qualität und der wirtschaftlichen Leistungserbringung. 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 oder je höher die Vorhaltekosten ausfallen, desto ortsferner kann die Versorgung erfolgen. Je nach Entwicklung muss deshalb unter Umständen in Kauf genommen werden, dass im Einzelfall auch bisher vorhandene Fachabteilungen aufgegeben werden müssen.

Mit Ausnahme von Einrichtungen der Spitzenmedizin, die eine landesweite oder gar bundesweite Versorgungsaufgabe wahrnehmen (z.B. Transplantationszentren, Herzchirurgie), ist zumindest auf Regierungsbezirksebene gewährleistet, dass der Bevölkerung alle für eine umfassende stationäre Versorgung erforderlichen medizinischen Fachgebiete zur Verfügung stehen. Auch äußert seltene Krankheitsbilder (z.B. Schwerbrandverletzte, Querschnittsgelähmte, Mukoviszidose-Patienten) sind ggfs. landes- oder gar bundesweit zu versorgen.

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 nicht unbedingt die Ortsnähe eines Krankenhauses, sondern

die richtige und rechtzeitige medizinische Erstversorgung und die sich daran anschließende Auswahl des für die Weiterbehandlung der Patienten geeigneten Krankenhauses.

Angesichts ständig sinkender Verweildauern im Akutkrankenhaus auf mittlerweile durchschnittlich weniger als zehn Tage - dem gegenüber beträgt die Aufenthaltsdauer von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen teilweise Monate oder gar Jahre – hat auch das immer wieder als Begründung für größtmöglichen Erhalt von ortsnaher Krankenhausversorgung vorgetragene Argument der Besuchsmöglichkeit durch Angehörige an Bedeutung verloren.

4.6 Vielfalt der Krankenhausträger

4.6.1 Grundsatz

Der gesetzlich normierte Grundsatz der Trägervielfalt wurde bei der Aufstellung dieses Planes beachtet. Der Plan differenziert zwischen einem öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Status der Trägerschaft. Die Struktur und Entwicklung ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1:

**Planrelevante Krankenhäuser in Baden-Württemberg
nach Trägerschaft**

Trägerschaft	Krankenhäuser ¹⁾				Betten / Plätze			
	01.07.1994		31.12.1999		01.07.1994		31.12.1999	
	abs.	v.H.	abs.	v.H.	abs.	v.H.	abs.	v.H.
öffentlich	164	53,8%	143	48,5%	50.673	74,5%	46.642	71,7%
freigemeinnützig	76	24,9%	79	26,8%	13.867	20,4%	13.868	21,3%
privat	65	21,3%	73	24,7%	3.442	5,1%	4.549	7,0%
insgesamt	305	100%	295	100%	67.982	100%	65.059	100%

1) jeweils einschl. im Bau befindliche

Quelle: Sozialministerium BW

Die historisch gewachsene ausgewogene Trägerstruktur soll so weit als möglich erhalten werden. Sinnvolle Kooperationen oder Trägergesellschaften dürfen dadurch allerdings nicht verhindert werden.

4.6.2 Zuordnungskriterien

Öffentliche Krankenhäuser stehen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Gemeinden, Landkreise, Zweckverbände und Landeswohlfahrtsverbände haben auf Grund von § 38 Abs. 2 LKHG schon seit langem die Möglichkeit, Krankenhäuser auch in der Rechtsform einer GmbH zu betreiben. Obwohl diese Gesellschaftsform als Kapitalgesellschaft grundsätzlich dem Privatrecht zugeordnet ist, wird ein Krankenhaus, in dem der öffentlich-rechtliche Träger die Mehrheit der Geschäftsanteile besitzt, auf Grund dessen bestimmenden Einflusses hier dem öffentlichen Bereich zugeordnet.

Private Krankenhäuser sind Krankenhäuser, die in Privatrechtsformen mit Gewinnerzielungsabsicht betrieben werden. Sie bedürfen einer gewerberechtlichen Konzession nach § 30 GewO.

Die übrigen Krankenhäuser sind freigemeinnützig. Sie werden in der Regel von kirchlichen Organisationen, Orden, Stiftungen o.ä. betrieben. Sie sind nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet.

Bei einigen Krankenhäusern fallen Betriebs- und Investitionsträgerschaft auseinander. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Landkreis Eigentümer von Grund und Boden bleibt, den wirtschaftlichen Betrieb des Krankenhauses jedoch einer rechtlich eigenständigen GmbH überträgt. In diesen Fällen wird eine gemeinsame Trägerschaft mit öffentlichem Status festgestellt.

4.6.3 Trägerwechsel

Änderungen in der Trägerstruktur sind insbesondere auch wegen eventueller Sicherung öffentlicher Fördermittel der Planungsbehörde rechtzeitig anzuzeigen. Hierzu gehört auch die Veräußerung von Gesellschaftsanteilen einer Kapitalgesellschaft oder der Gesellschafterwechsel bei Personengesellschaften. Ändern sich mit einem solchen Wechsel die Mehrheitsverhältnisse innerhalb der Gesellschaft, so wird dies als Trägerwechsel i.S.d. § 25 LKHG angesehen. Die Folge ist die Erteilung eines Änderungsfeststellungsbescheides.

5. Entwicklung der Planungsgrundlagen

5.1 Allgemeines

Für die Ermittlung des erforderlichen Angebots an Krankenhausbetten sind die Bedarfsdeterminanten Bevölkerungszahl (Bev), Krankenhaushäufigkeit (KH), Verweildauer (VD) und Bettennutzung (BN) von Bedeutung. Bevölkerung und Krankenhaushäufigkeit bestimmen die Zahl der Krankenhausfälle; aus den Krankenhausfällen und der Verweildauer errechnen sich die Krankenhauspflegetage. Pfl egetage und Bettennutzung bestimmen die Zahl der notwendigen Krankenhausplanbetten. Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettennutzung werden dabei zum Teil von den gleichen Faktoren beeinflusst und dürfen deshalb nicht unabhängig voneinander gesehen werden. Der Bettenbedarf wird allgemein nach der Burton-Hill-Formel

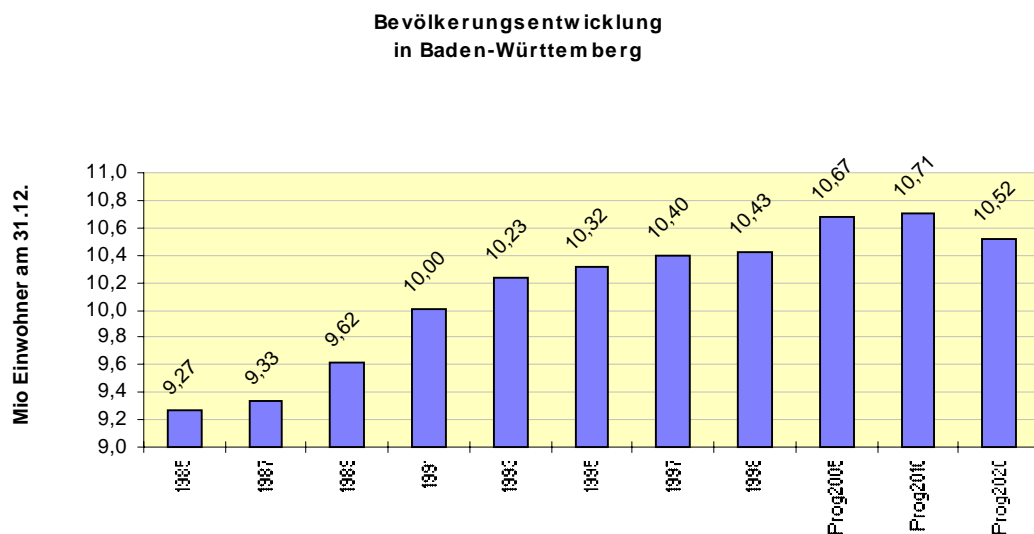
$$\frac{\text{Bev i.Tsd.} \times \text{KH je Tsd. Bev} \times \text{VD} \times 100}{365 \times \text{BN (v.H.)}}$$

errechnet. Zu- und abwandernde Patienten sind zusätzlich zu berücksichtigen.

5.2 Bevölkerung

Die Bevölkerung hat sich in Baden-Württemberg wie folgt entwickelt:

Abbildung 1:



Quelle: Stat. Landesamt Baden-Württemberg

Die Prognosezahlen stellen die mittlere Variante dar (Stat. Landesamt Art. Nr. 2112 97001).

5.3 Krankenhaushäufigkeit

Seit Einführung einer bundeseinheitlichen Diagnose- und Herkunftsortestatistik im Jahr 1993 ist es möglich, relativ exakte Daten über die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit zu ermitteln. Die von den Statistischen Ämtern veröffentlichten Zahlen beziehen die Zahl der im jeweiligen Jahr entlassenen vollstationären Patienten ohne Stundenfälle auf 1.000 Einwohner der jeweiligen Gebietseinheit. Allerdings liegt die Zahl der in der Diagnosestatistik ausgewiesenen Patienten aus erfassungs- und auswertungstechnischen Gründen in der Regel geringfügig unter der nach den Grunddaten zur Krankenhausstatistik ermittelten Fallzahl.

Planungsmethodisch ist zu unterscheiden zwischen Bedarfshäufigkeit (bezogen auf die Zahl der im jeweiligen Gebiet wohnenden Patienten, unabhängig davon, wo sie versorgt werden) und Versorgungshäufigkeit (bezogen auf die unter Berücksichtigung der Patientenwanderung im jeweiligen Gebiet stationär zu versorgenden Patienten).

Die Krankenhaushäufigkeit hat sich in Baden-Württemberg seit 1993 wie folgt entwickelt:

Tabelle 2:

**Krankenhaushäufigkeit 1993 - 1997
in Baden-Württemberg**

- entlassene vollstationäre Patienten ohne Stundenfälle -

Jahr	im Land behandelte Patienten		alle in der BRD behandelten Patienten aus Ba-Wü	im Land behandelte Patienten		alle in der BRD behandelten Patienten aus Ba-Wü
	insgesamt	aus Ba-Wü		insgesamt	aus Ba-Wü	
	Anzahl			je 1.000 Einwohner ¹⁾		
1993	1.594.289	1.477.655	1.544.381	156,4	144,9	151,5
1994	1.674.597	1.557.840	1.628.803	163,4	152,0	158,9
1995	1.711.845	1.597.573	1.666.636	166,3	155,2	161,9
1996	1.729.787	1.615.960	1.689.054	167,2	156,2	163,3
1997	1.763.075	1.645.618	2)	169,7	158,4	2)

1) 1993 auf 1.000 der mittleren Bevölkerung Baden-

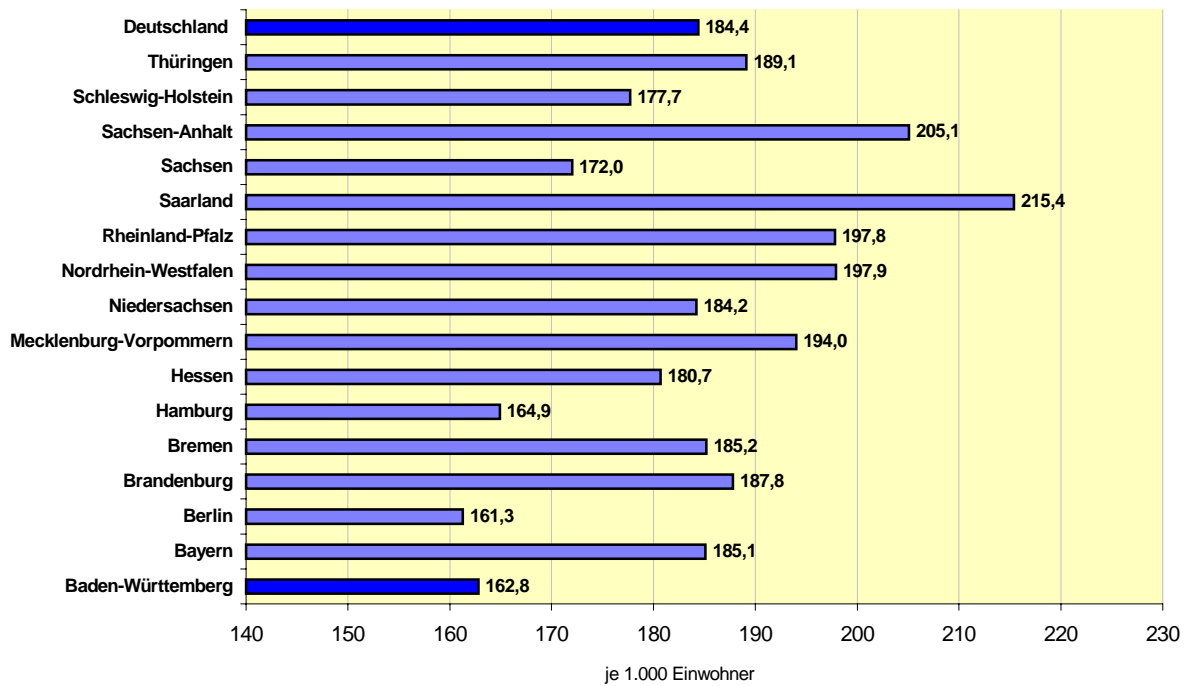
2) Bundeszahlen lagen im Mai 1999 noch nicht vor

Quelle: Stat. Landesamt BW

Im Bundesvergleich hatte Baden-Württemberg im Jahr 1996 mit die niedrigste Krankenhaushäufigkeit aufzuweisen:

Abbildung 2:

Krankenhaushäufigkeit 1996 nach Bundesländern
 - alle in der BRD entlassenen vollstationären Patienten aus dem jeweiligen Bundesland -
 (ohne Stundenfälle)



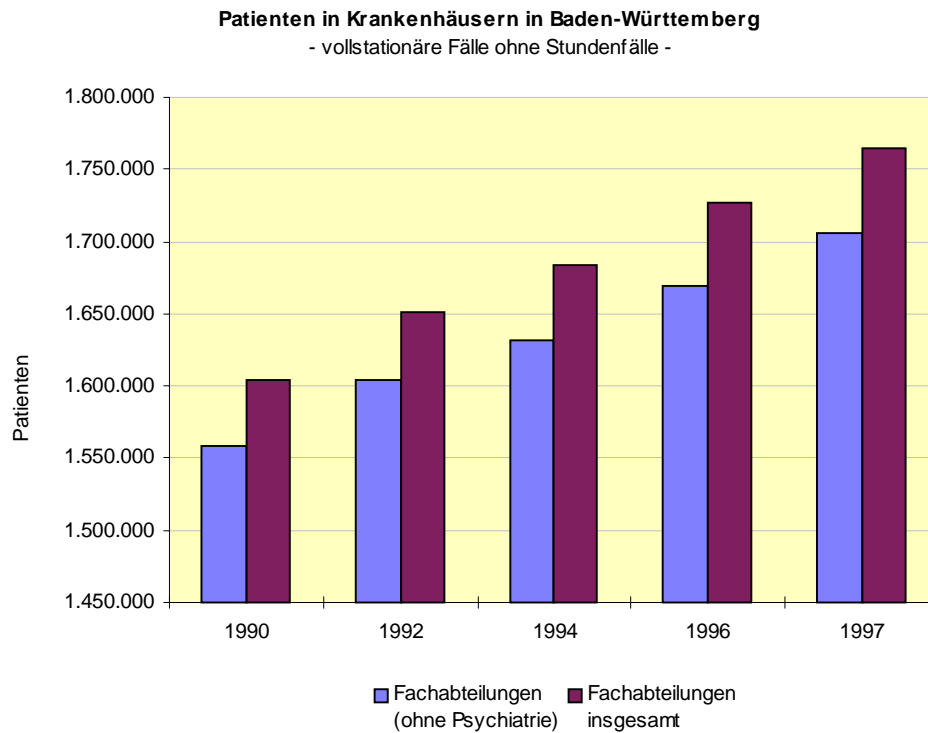
Quelle: Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG

5.4 Krankenhaushfälle

Die Zahl der Krankenhaushfälle wird aus den Grunddaten zur Krankenhausstatistik ermittelt, und zwar als Mittelwert der Patientenzugänge und -abgänge (ohne Stundenfälle).

Die Krankenhaushfälle haben sich in Baden-Württemberg in den letzten Jahren wie folgt entwickelt:

Abbildung 3:



Quelle: Stat. Landesamt BW

Die Entwicklung der Krankenhausfälle nach Fachabteilungen ist im **Anhang 1** dargestellt.

5.5 Patientenwanderung

Die seit 1993 erhobene Diagnosestatistik erlaubt u.a. auch eine Auswertung nach dem Wohnort und dem Behandlungsort der Patienten. Dies ermöglicht die Darstellung von Patientenwanderungen (sog. Einzugsgebietsstatistik) und die Berechnung von Versorgungsquoten. So mussten 1996 rund 1,689 Mio. Personen aus Baden-Württemberg ein Krankenhaus zur vollstationären Behandlung aufsuchen. Hingegen wurden in den Krankenhäusern in Baden-Württemberg rund 1,730 Mio. Patienten behandelt. Das Verhältnis von in Baden-Württemberg behandelten zu den aus Baden-Württemberg stammenden Behandlungsfällen (die sog. Versorgungsquote) betrug somit 102,4 %.

Tabelle 3:

**Versorgungsquoten 1996
nach Bundesländern**

- entlassene vollstationäre Patienten ohne Stundenfälle -

Bundesland	Patienten		Versorgungsquote
	Wohnort	Behandlungsort	v.H.
Baden-Württemberg	1.689.054	1.729.787	102,4
Bayern	2.228.862	2.268.203	101,8
Berlin	558.062	608.249	109,0
Brandenburg	479.629	431.270	89,9
Bremen	125.502	173.749	138,4
Hamburg	281.623	343.344	121,9
Hessen	1.089.333	1.082.992	99,4
Mecklenburg-Vorpommern	352.584	356.621	101,1
Niedersachsen	1.439.710	1.380.575	95,9
Nordrhein-Westfalen	3.552.478	3.565.330	100,4
Rheinland-Pfalz	791.325	757.351	95,7
Saarland	233.558	241.608	103,4
Sachsen	781.674	780.247	99,8
Sachsen-Anhalt	558.742	538.143	96,3
Schleswig-Holstein	487.235	465.743	95,6
Thüringen	471.036	473.902	100,6
Deutschland	15.120.407	15.197.114	100,5
Ausland/unbekannt	54.424	X	
Unbekannt	22.283	X	

Quelle: Stat. Bundesamt 1998

Bei der Zahl der Pflgetage lag die Versorgungsquote bei 102,9 %. Dies bedeutet, dass im Saldo für rund 564.000 Pflgetage für Patienten aus anderen Bundesländern in Baden-Württemberg erbracht wurden.

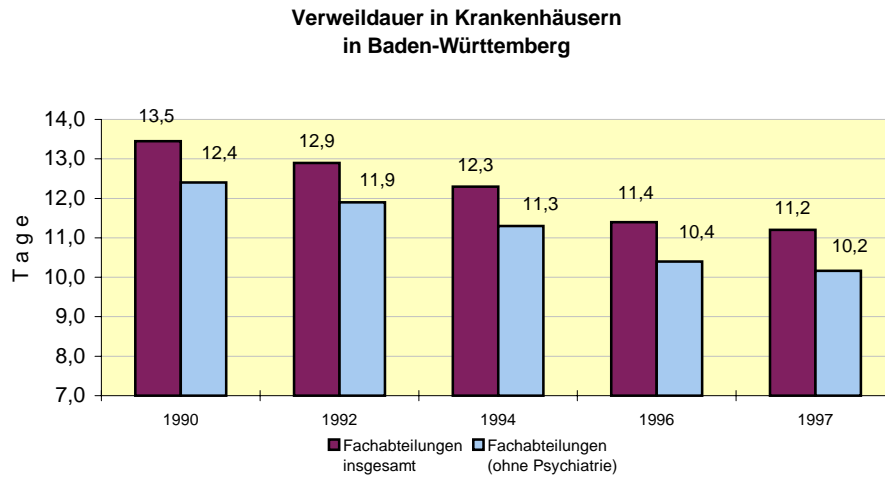
Der positive Zuwanderungssaldo von rund 40.700 Patienten aus anderen Bundesländern entspricht bei einer durchschnittlichen Krankenhaushäufigkeit von 184 je 1.000 Einwohner im Bundesgebiet einer zusätzlich versorgten Zahl von über 200.000 Einwohnern.

5.6 Verweildauer

Die Verweildauer ist die Anzahl der Tage, die ein Patient im Krankenhaus verbringt. Sie errechnet sich aus den Pflgetagen dividiert durch die Zahl der Fälle.

Die Verweildauer hat sich in Baden-Württemberg in den letzten Jahren wie folgt entwickelt:

Abbildung 4:

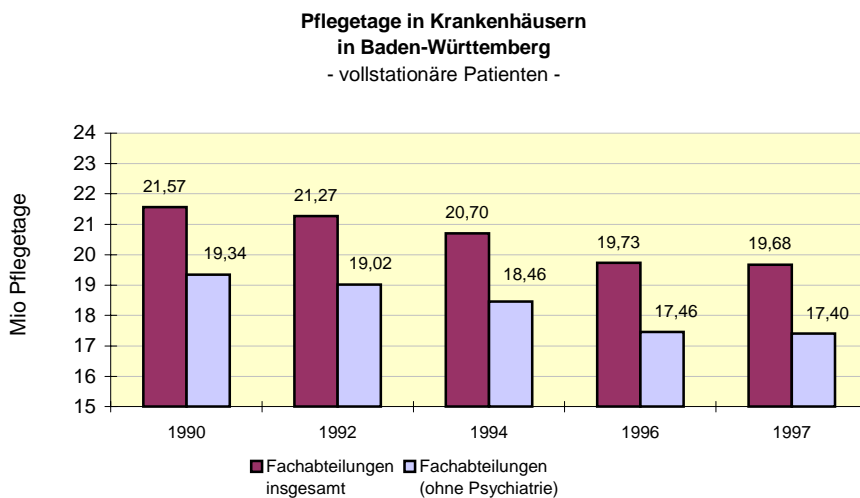


Die Entwicklung der Verweildauer nach Fachabteilungen ist im **Anhang 2** dargestellt.

5.7 Pfl egetage

Die Zahl der in Baden-Württemberg erbrachten Pfl egetage hat sich in den letzten Jahren wie folgt entwickelt:

Abbildung 5:

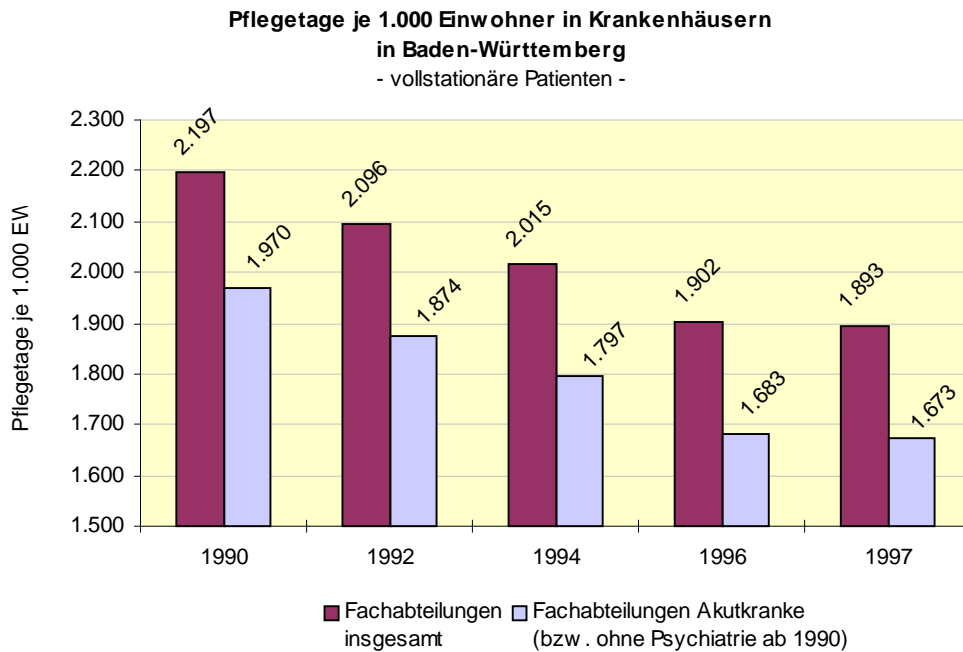


Die Entwicklung der Pfl egetage nach Fachabteilungen ist im **Anhang 3** dargestellt.

5.8 Pfl egetage je 1.000 Einwohner

Die Zahl der Pfl egetage je 1.000 Einwohner hat sich in Baden-Württemberg in den letzten Jahren wie folgt entwickelt:

Abbildung 6:



Quelle: Stat. Landesamt BW, Berechnungen Sozialministerium BW

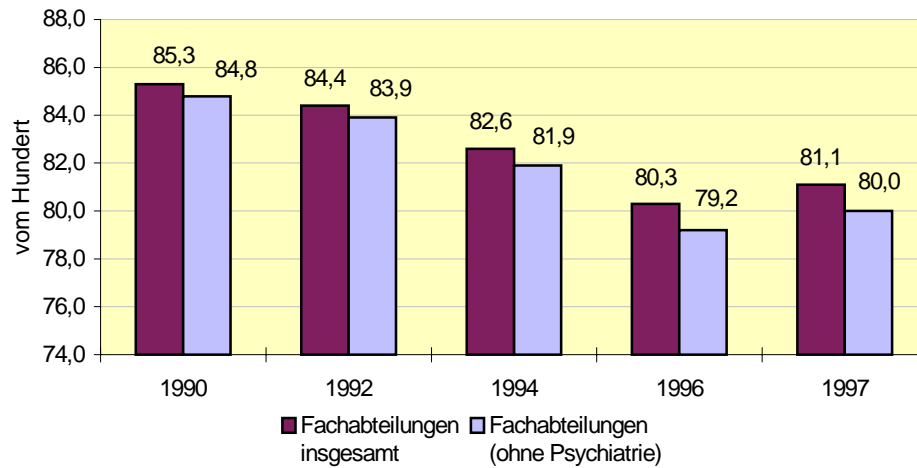
5.9 Bettennutzung

Die Bettennutzung drückt aus, zu wie viel Prozent des Jahres ein Krankenhausplanbett bestimmungsgemäss genutzt wird. Allgemein wird eine Bettennutzung von 85 v.H. als Vollbelegung angesehen. Dabei ist einerseits berücksichtigt, dass z.B. Abteilungen mit kurzen Verweildauern eine 85 %ige Bettennutzung meist nicht erreichen können, andererseits aber in Abteilungen mit längeren Verweildauern regelmäßig eine höhere Auslastung als 85 % erzielt wird.

Die Bettennutzung hat sich in Baden-Württemberg wie folgt entwickelt:

Abbildung 7:

**Bettennutzung in Krankenhäusern
in Baden-Württemberg**
- bezogen auf aufgestellte Betten -



Quelle: Stat. Landesamt BW

Die Entwicklung der Bettennutzung nach Fachabteilungen ist im **Anhang 4** dargestellt.

6. Verfahren der Planaufstellung und der Fortschreibung

6.1 Bisherige Verfahren

Die Krankenhauspläne von 1977 und 1982 verfolgten im Wesentlichen das Ziel, von der relativ unkoordiniert entstandenen und auf ständigen Zuwachs ausgelegten Nachkriegs-Krankenhauslandschaft in eine Phase der Konsolidierung und Neustrukturierung überzuleiten.

Im Hinblick auf weitere Veränderungen der die Krankenhäuser beeinflussenden Rahmenbedingungen und der tatsächlichen Entwicklung wurden auf der Grundlage von Gutachten² und Expertenanhörungen in einer eigens dafür eingerichteten Arbeitsgruppe die Bedarfsdeterminanten für die Errechnung des Bettenbedarfs und der sich daraus ergebende fachspezifische Bettenrahmen bis 1995 am 30.06.1986 von der Landesregierung neu festgelegt (Bekanntmachung im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 62 vom 02.08.1986) und auch als Bedarfsrahmen im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans III von 1989 beschlossen.

Sie wurden in einem aufwendigen, durch Strukturgespräche in allen Stadt- und Landkreisen bis 1994 dauernden Verfahren als Maßstab für die Fortschreibung der Einzelfestlegungen der Krankenhäuser angelegt. Die Ergebnisse mündeten in den Besonderen Teil des Krankenhausplans III vom November 1994 ein.

6.2 Aktuelles Verfahren

6.2.1 Keine langfristigen Bedarfsprognosen

Ein Grundproblem jeder Planung liegt darin, Grundlagen und Rahmenbedingungen verlässlich zu erfassen und vorauszusagen. Erfahrungen haben gezeigt, dass die Entwicklung im Krankenhausbereich und dessen Umfeld von einer außerordentlichen Dynamik geprägt sind. 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.

Schon im Verfahren zur Aufstellung des Krankenhausplans III hatte sich gezeigt, dass langfristige Planung im Krankenhausbereich die Gefahr beinhaltet, zu lange an Annahmen oder Strukturen festzuhalten, die durch die Entwicklung des medizinischen Wissens und anderer Parameter eigentlich schon wieder überholt sind. 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

² Schäfer-Schmidt-Wachtel, Gutachten über die Entwicklung der Bedarfsdeterminanten für die Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplans, Dorniersystem, Studienergebnis Nr. 313, Friedrichshafen, Dezember 1984

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. Insoweit stellt der nunmehr vorliegende Krankenhausplan 2000 eine Situations- und Trendbeschreibung dar.

6.2.2 Beratungen im Landeskrankenhausausschuss (LKHA)

Die Entwicklung der Krankenhausdaten seit 1990 ist in **Abschnitt 8** dargestellt. Der Landeskrankenhausausschuss (LKHA) wurde mit der Entwicklung seit 1990 bis 1995 am 06.02.1996, am 18.06.1996, am 15.10.1996 und am 04.03.1997 eingehend befasst. Der daraus erkennbar gewordene Handlungsbedarf wurde anerkannt.

6.2.3 Neue Richtwerte für Verweildauer und Bettennutzung

Am 04.03.1997 wurde Einvernehmen im LKHA über neue Richtwerte für die Bewertung der Verweildauer und Bettennutzung der einzelnen Krankenhäuser auf der Basis der landesdurchschnittlichen Istwerte des Jahres 1995 erzielt. Dabei konnten auch zunächst weiter auseinander liegende Auffassungen zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) und den Krankenkassenverbänden überbrückt werden.

Der LKHA hat gleichzeitig zur Kenntnis genommen, dass der Anpassungsprozess im Krankenhausbereich noch nicht abgeschlossen ist, die Trends für die Zukunft einen weiteren Rückgang des stationären Versorgungsbedarfs erwarten lassen und deshalb zu gegebener Zeit weitere Beratungen über die Entwicklung der Bedarfsdeterminanten unter Einbeziehung aktueller Erkenntnisse erforderlich sind. Des Weiteren hat er gebilligt, dass im Zuge der Neuordnung von Strukturen in den Kreisen oder bei geplanten Baumaßnahmen gegenüber den vorgesehenen Anpassungsvorschlägen (vgl. **Abschnitt 6.24**) strengere Maßstäbe zu Grunde gelegt werden müssen und dass in den meisten Stadt- und Landkreisen weiterführende Strukturdiskussionen nötig sind. Exemplarische Strukturgespräche mit dem Ziel, starke, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhauseinheiten zu entwickeln, wurden 1997 und 1998 vom Sozialministerium durchgeführt für die Stadtkreise Stuttgart, Heidelberg und Mannheim sowie für die Landkreise Rhein-Neckar-Kreis, Konstanz, Ortenaukreis, Ostalbkreis und Lörrach.

Tabelle 4:

Planerische Richtwerte Verweildauer (Tage)
als Grundlage für die Anpassungsvorschläge
bei den einzelnen Krankenhäusern

Fachabteilung	IST ^{x)} VD95	RW alt VD95	Differenz IST95-RW95 v.H.	RW neu
Augenheilkunde	5,76	8,80	-34,55%	5,70
Chirurgie	10,19	10,60	-3,87%	10,10
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6,57	7,60	-13,55%	6,50
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	5,79	6,20	-6,61%	5,70
Haut- und Geschlechtskrankheiten	10,84	13,70	-20,88%	10,80
Innere Medizin	12,06	13,90	-13,24%	12,00
Kinderheilkunde (einschl. Ki.Kard.)	7,66	7,00	9,43%	7,00
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	7,78	8,60	-9,53%	7,70
Neurochirurgie	9,61	10,60	-9,34%	9,60
Neurologie	21,43	17,00	26,06%	19,20
Nuklearmedizin (Therapie)	7,09	1)		7,00
Orthopädie	15,42	16,40	-5,98%	15,40
Psychosomatik	52,54	2)		52,50
Strahlentherapie	11,71	10,40	12,60%	11,70
Urologie	7,78	9,30	-16,34%	7,70
Sonstige Fachber./Allgemeinbetten	9,67	3)		(9,60)
Fachabteilungen (ohne Psychiatrie)	10,90	10,83	0,65%	unter 10,80
Kinder- und Jugendpsychiatrie	66,79	4)		66,70
Psychiatrie	41,52	49,80	-16,63%	41,50
Fachabteilungen insgesamt	11,89	11,92	-0,25%	unter 11,80

**x) Basis: Krh-Statistik von 290 ausgewerteten
planrelevanten Krankenhäusern**

Erläuterungen zum Richtwert 1995:

- 1) Nuklearmedizin ist im Wert für Strahlentherapie enthalten
- 2) Psychosomatik ist im Wert für Psychiatrie enthalten
- 3) Hierfür ist kein Wert festgelegt
- 4) Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Wert für Psychiatrie enthalten

Tabelle 5:

Planerische Richtwerte Bettennutzung (v.H.)
als Grundlage für die Anpassungsvorschläge
bei den einzelnen Krankenhäusern

Fachabteilung	IST ^{x)} BN95	RW alt BN95	Differenz IST95 -RW95 v.H.	RW neu
Augenheilkunde	72,75	85,00	- 12,25	80,00
Chirurgie	80,02	85,00	- 4,98	85,00
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	72,67	82,00	- 9,33	82,00
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	73,14	80,00	- 6,86	80,00
Haut- und Geschlechtskrankheiten	84,90	85,00	- 0,10	85,00
Innere Medizin	86,25	86,00	+ 0,25	86,00
Kinderheilkunde (einschl. Ki.Kard.)	70,82	75,00	- 4,18	75,00
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	74,44	85,00	- 10,56	82,00
Neurochirurgie	86,77	85,00	+ 1,77	85,00
Neurologie	90,44	86,00	+ 4,44	86,00
Nuklearmedizin (Therapie)	85,36	1)		82,00
Orthopädie	87,12	86,00	+ 1,12	86,00
Psychosomatik	102,55	2)		90,00
Strahlentherapie	77,62	85,00	- 7,38	85,00
Urologie	77,81	85,00	- 7,19	82,00
Sonstige Fachber./Allgemeinbetten	82,73	3)		(85,00)
Fachabteilungen (ohne Psychiatrie)	81,51	84,49	- 2,98	ca. 84,00
Kinder- und Jugendpsychiatrie	89,33	4)		90,00
Psychiatrie	94,22	90,00	+ 4,22	90,00
Fachabteilungen insgesamt	82,73	85,10	- 2,37	ca. 84,5

x) Basis: Krh-Statistik von 290 ausgewerteten planrelevanten Krankenhäusern; bezogen auf aufgestellte Betten

Erläuterungen zum Richtwert 1995:

- 1) Nuklearmedizin ist im Wert für Strahlentherapie enthalten
- 2) Psychosomatik ist im Wert für Psychiatrie enthalten
- 3) Hierfür ist kein Wert festgelegt
- 4) Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Wert für Psychiatrie enthalten

6.2.4 Anwendung der neuen Richtwerte

Jedes einzelne Krankenhaus wurde an dem einvernehmlich als Maßstab akzeptierten Richtwert für die Verweildauer und Bettennutzung unter Verwendung der in **Abschnitt 5** dargestellten Berechnungsformel gemessen. Dabei wurde grundsätzlich von den tatsächlich im jeweiligen Krankenhaus und in den einzelnen Fachabteilungen versorgten Patientenzahlen ausgegangen, da sich darin das konkrete

Nachfrageverhalten widerspiegelt, das sowohl Veränderungen in der Bevölkerungszahl und -struktur, veränderte Behandlungsmethoden, veränderte rechtliche Rahmenbedingungen oder Patientenwanderungen berücksichtigt. Gleichzeitig wurden die Krankenhäuser aufgefordert, selbst zu überprüfen, ob nach den vorgenommenen Änderungen (meist Reduzierungen) noch wirtschaftliche und leistungsfähige Einheiten vorhanden sind und ggfs. durch geeignete Kooperations- und Betriebsformen auf solche hinzuarbeiten.

Unter Zugrundelegung des Richtwerts bei den einzelnen Krankenhäusern ergab sich danach aufs Landesganze gegenüber dem SOLL im Besonderen Teil des Krankenhausplans III im vollstationären Bereich (ohne teilstationäre Versorgung und ohne Dialyseplätze) als relativ kurzfristig anzustrebendes Ziel ein rechnerischer Reduzierungsbedarf von rd. 4.200 Betten (Tabelle 6).

6.2.5 Anhörung der betroffenen Krankenhäuser

Die weit über 100 betroffenen Krankenhäuser wurden ab März 1997 vom Sozialministerium über die sich unter Zugrundelegung der neuen Richtwerte bei ihnen ergebenden Anpassungsnotwendigkeiten insgesamt und aufgliedert nach den einzelnen medizinischen Fachgebieten angehört.

Alle angeschriebenen Krankenhäuser hatten eine Stellungnahme zu den Anpassungsvorschlägen abgegeben bzw. sich im Rahmen von Informationsgesprächen hierzu geäußert. In fast allen Fällen waren noch eingehende inhaltliche Erörterungen mit den Krankenhäusern bzw. deren Trägern erforderlich. Dabei zeigte sich das Sozialministerium für gewisse Korrekturen in begründeten Einzelfällen offen. Abweichende Auffassungen konnten so in hohem Maße geklärt und meist einer einvernehmlichen Lösung zugeführt werden. Die Bereitschaft der Krankenhäuser zur Anpassung ihrer Bettenkapazitäten trug auch die in dieser Verfahrensphase in Aussicht genommene und zwischenzeitlich umgesetzte neue Regelung zur Pauschalförderung, die sich nunmehr stärker an der Zahl der versorgten Patienten und weniger an der Zahl von Betten orientiert.

Fast alle Verhandlungsergebnisse konnten zwischenzeitlich in Form von Feststellungsbescheiden oder Versorgungsverträgen umgesetzt werden.

6.3 Künftige Verfahren

Die Dynamik der Veränderungen in der medizinischen Diagnostik und Therapie aber auch das Bemühen, die wirtschaftliche Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen stationär und außerstationär ständig zu verbessern, erfordert einen kontinuierlichen Planungsprozess, um rechtzeitig die Maßnahmen zu ergreifen, die zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit den nach dem neuesten Stand gebotenen stationären Leistungen erforderlich sind.

Tabelle 6:

Rechnerischer Anpassungsbedarf nach Fachgebieten in Baden-Württemberg
 vollstationärer Bereich
 unter Zugrundelegung der neuen Richtwerte

Fachgebiet	Planmäßige Betten / Plätze			
	Krankenhausplan III - Besonderer Teil -		Anpassungs- vorschläge 1997	Differenz
	IST am 01.07.1994	SOLL am 01.01.1995	SOLL neu 1997	SOLL97 gegenüber SOLL95
Vollstationäre Allgemeinversorgung				
Augenheilkunde	1.079	1.068	918	- 150
Chirurgie	16.913	16.797	15.610	- 1.187
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7.239	7.070	6.149	- 921
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1.933	1.877	1.680	- 197
Haut- und Geschlechtskrankheiten	598	603	536	- 67
Innere Medizin	21.003	20.756	19.900	- 856
Kinderheilkunde	2.831	2.727	2.563	- 164
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	438	462	378	- 84
Neurochirurgie	413	539	541	+ 2
Neurologie	2.522	2.708	2.674	- 34
Nuklearmedizin (Therapie)	120	109	118	+ 9
Orthopädie	2.855	3.045	2.853	- 192
Psychotherapeutische Medizin	1)	1)	62	+ 62
Strahlentherapie	393	425	414	- 11
Urologie	2.075	2.016	1.846	- 170
Sonstige/Allgemein	132	85	63	- 22
Zwischensumme 1	60.544	60.287	56.305	- 3.982
Vollstationäre Psychiatrische Versorgung				
Psychiatrie (Erwachsene)	6.646	7.029	6.828	- 201
davon niederschwelliger Entzug	45	95	95	+ 0
Kinder- und Jugendpsychiatrie	341	376	363	- 13
Zwischensumme 2	6.987	7.405	7.191	- 214
Vollstationäre Versorgung insgesamt	67.531	67.692	63.496	- 4.196
<u>nachrichtlich:</u>				
Teilstationäre Versorgung				
Tagesklinik Erwachsenen Psychiatrie	194	341	396	+ 55
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	9	19	27	+ 8
Tagesklinik Innere Medizin	12	12	83	+ 71
Tagesklinik Strahlentherapie	0	0	17	+ 17
Zwischensumme 3	215	372	523	+ 151
Dialyseplätze	236	253	254	+ 1
Betten / Plätze insgesamt	67.982	68.317	64.273	-4.044

1) Psychosomatik bisher in Psychiatrie, teilweise in somatischen Fächern

Die Krankenhausdaten haben sich seit 1995 – erwartungsgemäß – erneut verändert (vgl. **Anhang 1 bis 4**). Nach Auffassung der Krankenkassen sind diese Veränderungen in den in **Abschnitt 6.23** dargestellten Richtwerten nicht mehr ausreichend berücksichtigt. Andererseits haben sowohl die Fälle in den Krankenhäusern wie die Einwohnerzahl unseres Landes zugenommen. Auch der Zustrom von Patienten aus den Nachbarländern hält an. Die Landesärztekammer warnt außerdem vor einer "unerträglichen Verdichtung" des Leistungsgeschehens in den Krankenhäusern.

Aus der Sicht des Sozialministeriums sind diese Veränderungen noch nicht so eindeutig in ihren Gesamtauswirkungen, dass sie als allgemeiner Maßstab festgelegt werden könnten. Deshalb dient wie bisher so auch künftig jeder Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. jeder Antrag auf Genehmigung des Abschlusses eines Versorgungsvertrags nach § 109 SGB V oder jeder Antrag auf Förderung einer größeren Baumaßnahme bei einem Krankenhaus dazu, die örtliche, regionale und ggfs. landesweite Bedarfssituation unter Einbeziehung der jeweils aktuellsten Daten zu beleuchten, um Fehlinvestitionen zu vermeiden. Dabei wird sich die Krankenhausplanung des Landes bei der Beurteilung des längerfristigen Bedarfs in Abstimmung mit dem LKHA und ggfs. externen Experten eng am nachgewiesenen Trend orientieren. Die Krankenhausplanung wird insoweit im Wesentlichen auf der Basis der dargestellten bekannten und bewährten Prinzipien weitergeführt und bei Bedarf durch medizinische Fachplanungen ergänzt und ausgestaltet.

Die künftigen Krankenhauspläne sollen deshalb möglichst im Zweijahresrhythmus veröffentlicht werden und die in diesem Zeitraum erfolgten Veränderungen deutlich machen, aber auch erkennbare oder zu vermutende Trends darstellen.

7. Ergebnisse der Krankenhausplanung

7.1 Bestandsveränderungen seit 1983

Auf der Grundlage des in **Abschnitt 6** beschriebenen Verfahrens - insbesondere nach erfolgter Anhörung der betroffenen Krankenhäuser - konnte bis zum 31.12.1999 bereits eine Vielzahl von Anpassungen umgesetzt werden. Die Veränderungen in der Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg sind im Folgenden dargestellt.

Tabelle 7:

Krankenhausentwicklung in Baden-Württemberg

seit 01.01.1983

Stichtag ...	Planrelevante Krankenhäuser	Planrelevante Betten / Plätze				
		Anzahl 1)	Allgemeinversorgung	Psychiatrie	Gesamt	Dialyse
01.01.1983	363	63.043	7.293	70.336	199	70.535
01.07.1994	305	60.556	7.190	67.746	236	67.982
31.12.1999	295	57.131	7.676	64.807	252	65.059

1) jeweils einschl. selbständiger Tageskliniken sowie im Bau befindlicher Einrichtungen

Der Saldo von 68 weggefallenen Krankenhäusern seit 1983 setzt sich wie folgt zusammen:

Tabelle 8:

Wegfall und Zugang von planrelevanten Krankenhäusern in Baden-Württemberg

- seit 01.01.1983 (Inkrafttreten Krankenhausplan II) -

Krankenhausplan II			Anzahl
30.06.1982 (01.01.1983)			363
weggefallen durch	Abgang	- 87	- 107
	Zusammenlegung innerhalb gleicher Trägerschaft	- 6	
	Integration/Fusion	- 13	
	Trägerwechsel	- 1	
neu hinzugekommen durch	Neuaufnahme bzw. neuer Versorgungsvertrag	+ 35	+ 39
	Zusammenlegung innerhalb gleicher Trägerschaft	+ 1	
	Integration/Fusion	+ 0	
	Trägerwechsel	+ 3	
Saldo			- 68
Stand am 31.12.1999			295

Die Bestandsveränderungen nach Fachabteilungen sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 9:

Bis zum 31.12.1999 wirksam gewordene Bestandsveränderungen
in planrelevanten Krankenhäusern in Baden-Württemberg
(nach Fachgebieten)

Fachgebiet	Planmäßige Betten / Plätze		
	Krankenhausplan III - Besonderer Teil -		
	IST am 01.07.1994	IST am 31.12.99	Differenz
Vollstationäre Allgemeinversorgung			
Augenheilkunde	1.079	954	- 125
Chirurgie	16.913	15.858	- 1.055
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7.239	6.352	- 887
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1.933	1.720	- 213
Haut- und Geschlechtskrankheiten	598	559	- 39
Innere Medizin	21.003	19.848	- 1.155
Kinderheilkunde	2.831	2.685	- 146
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	438	421	- 17
Neurochirurgie	413	536	+ 123
Neurologie	2.522	2.598	+ 76
Nuklearmedizin (Therapie)	120	102	- 18
Orthopädie	2.855	2.863	+ 8
Psychotherapeutische Medizin	1)	114	+ 114
Strahlentherapie	393	433	+ 40
Urologie	2.075	1.873	- 202
Sonstige/Allgemein	132	65	- 67
Zwischensumme 1	60.544	56.981	- 3.563
Vollstationäre Psychiatrische Versorgung			
Psychiatrie (Erwachsene)	6.646	6.798	+ 152
davon niederschwelliger Entzug	45	95	+ 50
Kinder- und Jugendpsychiatrie	341	375	+ 34
Zwischensumme 2	6.987	7.173	+ 186
Vollstationäre Versorgung insgesamt	67.531	64.154	- 3.377
Teilstationäre Versorgung			
Tagesklinik Augenheilkunde	0	0	+ 0
Tagesklinik Chirurgie	0	0	+ 0
Tagesklinik Haut- und Geschlechtskrankheiten	0	21	+ 21
Tagesklinik HNO	0	0	+ 0
Tagesklinik Innere Medizin	12	104	+ 92
Tagesklinik Neurochirurgie	0	3	+ 3
Tagesklinik Pädiatrie	0	4	+ 4
Tagesklinik Erwachsenen-Psychiatrie	194	466	+ 272
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	9	37	+ 28
Tagesklinik Strahlentherapie	0	18	+ 18
Zwischensumme 3	215	653	+ 438
Dialyseplätze	236	252	+ 16
Betten / Plätze insgesamt	67.982	65.059	- 2.923

1) Psychosomatik bisher in Psychiatrie, teilweise in somatischen Fächern enthalten

7.2 Veränderungen des Betten-SOLL

7.2.1 Abgeschlossene Entscheidungen bis zum 31.12.1999

Zur Umsetzung des sich nach dem in **Abschnitt 6** dargestellten Planaufstellungsverfahrens ergebenden rechnerischen Anpassungsziels (SOLL vollstationärer Bereich) wurden zwischenzeitlich bis zum 31.12.1999 bereits eine Vielzahl von Einzelentscheidungen getroffen.

Tabelle 10:

Umsetzung der Planungsziele im vollstationären Bereich in Baden-Württemberg
(ohne Tagesklinikplätze und ohne Dialyseplätze)
unter Zugrundelegung der neuen Richtwerte

	Krankenhausplan III - Besonderer Teil -		
	durch Einzel-Entscheidungen umgesetzt		
	S O L L zum 01.01.95	neues SOLL Stand 31.12.99	Differenz
Allgemeinversorgung	60.287	56.279	- 4.008
Psychiatrische Versorgung	7.405	7.303	- 102
vollstationäre Betten insgesamt	67.692	63.582	- 4.110

Die folgende Tabelle 11 gibt Auskunft über die Verteilung der bis zum 31.12.1999 umgesetzten Einzelfall-Entscheidungen nach Fachabteilungen.

7.2.2 Weitergehende Vereinbarungen

Zusätzlich zu den bis zum 31.12.1999 bestandskräftig umgesetzten Festlegungen zur Reduzierung des künftigen Bestandes (SOLL) im vollstationären Bereich um 4.110 Betten konnten bis Ende Februar 2000 weitere Anpassungen um 252 Betten vereinbart werden; davon entfallen 101 Betten auf Vereinbarungen und Absprachen in Folge der in **Abschnitt 6** erläuterten Strukturgespräche.

Daneben ist zu berücksichtigen, dass über die Festlegungen des Krankenhausplans III hinaus und abweichend von den in **Abschnitt 6** dargestellten Anpassungsvorschlägen zwischenzeitlich durch Einzelfall-Entscheidungen in besonderen Fällen ein zusätzlicher Bedarf von 503 Betten anerkannt wurde (z.B. für die Apalliker-Versorgung oder zur Verbesserung der gemeindenahen Psychiatrie).

Tabelle 11:

Umsetzung der Planungsziele im vollstationären Bereich in Baden-Württemberg
(ohne Tagesklinikplätze und ohne Dialyseplätze)
unter Zugrundelegung der neuen Richtwerte

Fachgebiet	Planmäßige Betten / Plätze			
	Krankenhausplan III - Besonderer Teil -		durch Einzel-Entscheidungen umgesetzt	
	IST am 01.07.1994	SOLL zum 01.01.95	neues SOLL Stand 31.12.99	Differenz SOLL99-SOLL95
Vollstationäre Allgemeinversorgung				
Augenheilkunde	1.079	1.068	951	- 117
Chirurgie	16.913	16.797	15.658	- 1.139
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7.239	7.070	6.214	- 856
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1.933	1.877	1.710	- 167
Haut- und Geschlechtskrankheiten	598	603	559	- 44
Innere Medizin	21.003	20.756	19.522	- 1.234
Kinderheilkunde	2.831	2.727	2.639	- 88
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	438	462	419	- 43
Neurochirurgie	413	539	536	- 3
Neurologie	2.522	2.708	2.654	- 54
Nuklearmedizin (Therapie)	120	109	111	+ 2
Orthopädie	2.855	3.045	2.857	- 188
Psychotherapeutische Medizin	1)	1)	112	+ 112
Strahlentherapie	393	425	433	+ 8
Urologie	2.075	2.016	1.849	- 167
Sonstige/Allgemein	132	85	55	- 30
Zwischensumme 1	60.544	60.287	56.279	- 4.008
Vollstationäre Psychiatrische Versorgung				
Psychiatrie (Erwachsene)	6.646	7.029	6.852	- 177
davon niederschwelliger Entzug	45	95	95	+ 0
Kinder- und Jugendpsychiatrie	341	376	451	+ 75
Zwischensumme 2	6.987	7.405	7.303	- 102
Vollstationäre Versorgung insgesamt	67.531	67.692	63.582	- 4.110
<u>nachrichtlich:</u>				
Teilstationäre Versorgung				
Tagesklinik Augenheilkunde	0	0	10	+ 10
Tagesklinik Chirurgie	0	0	8	+ 8
Tagesklinik Haut- und Geschlechtskrankheiten	0	0	21	+ 21
Tagesklinik Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0	0	10	+ 10
Tagesklinik Innere Medizin	12	12	107	+ 95
Neurochirurgie	0	0	3	+ 3
Tagesklinik Pädiatrie	0	0	16	+ 16
Tagesklinik Erwachsenen Psychiatrie	194	341	691	+ 350
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	9	19	81	+ 62
Tagesklinik Strahlentherapie	0	0	18	+ 18
Zwischensumme 3	215	372	965	+ 593
Dialyseplätze	236	253	242	- 11
Betten / Plätze insgesamt	67.982	68.317	64.789	- 3.528

1) Psychosomatik bisher in Psychiatrie, teilweise in somatischen Fächern enthalten

Unter Berücksichtigung der dargestellten Vereinbarungen nach dem Stand bis Ende Februar 2000 beträgt das kurzfristig erreichbare SOLL im vollstationären Bereich bereits weniger als 63.400 Betten.

Das 1997 gesteckte Ziel, in Baden-Württemberg relativ kurzfristig mehr als 4.000 entbehrliche vollstationäre Betten abzubauen, wird somit deutlich erreicht. Auch der Zielsetzung, die Bettenziffer insgesamt (also einschließlich teilstationärer Plätze) auf etwa 6,2 je 1.000 Einwohner zu senken, wird in vollem Umfang entsprochen.

Tabelle 12:

Bettenindex vollstationär nach Bundesländern

- 01.01.1999 -

Bundesland	Versorgungsquote nach Patienten	Betten je 10.000 Einwohner	
	v.H.	unbereinigt	bereinigt mit Versorgungsquote
Baden-Württemberg	102,4	62,1	60,7
Bayern	101,8	68,6	67,5
Berlin	109,0	74,0	67,9
Brandenburg	89,9	64,0	71,2
Bremen	138,4	95,4	68,9
Hamburg	121,9	83,6	68,6
Hessen	99,4	68,5	68,9
Mecklenburg-Vorpommern	101,1	64,5	63,7
Niedersachsen	95,9	61,5	64,1
Nordrhein-Westfalen	100,4	77,5	77,2
Rheinland-Pfalz	95,7	70,3	73,4
Saarland	103,4	75,4	72,9
Sachsen	99,8	66,3	66,4
Sachsen-Anhalt	96,3	67,2	69,8
Schleswig-Holstein	95,6	57,8	60,5
Thüringen	100,6	67,9	67,5
Deutschland	100,5	69,2	68,8

Quelle: Berechnungen der AOLG

Unter Berücksichtigung lediglich des vollstationären Bereichs, für den Vergleichszahlen vorliegen, errechnet sich für Baden-Württemberg nach dem künftigen SOLL bis Ende Februar 2000 ein Bettenindex von nur noch 6,1 je 1.000 Einwohner.

8. Bewertung der gegenwärtigen und künftigen Versorgungssituation

8.1 Bewertung des gegenwärtigen Bedarfs

Insgesamt ist die baden-württembergische Krankenhauslandschaft nach gegenwärtiger Beurteilung sowohl von der Zahl und der Ausstattung der Krankenhäuser als auch von der Gesamtbettenzahl her in der Lage, alle Versorgungsbedürfnisse ihrer Bevölkerung zu befriedigen. Dies zeigt die in der Krankenhausstatistik nachgewiesene Entwicklung der Inanspruchnahme der Krankenhäuser und ihrer Fachabteilungen sowie die Tatsache, dass innerhalb von drei Jahren weitgehendes Einvernehmen mit den Krankenhausträgern über den Abbau von mehr als 4.000 Betten erzielt werden konnte (vgl. **Abschnitt 7**). Gelegentlichen örtlichen Engpässen in einem Fachgebiet stehen in der Regel freie Kapazitäten in anderen Fächern oder benachbarten Häusern gegenüber.

Aus der Entwicklung der Planungsgrundlagen (vgl. **Abschnitt 5**) lässt sich zwar ableiten, dass der Bettenbedarf insgesamt auf Grund nach wie vor rückläufiger Verweildauern und medizinisch-technischen Fortschritten sich voraussichtlich weiter verringern werden wird. Andererseits müssen die stetig zunehmenden Fallzahlen bei der Bemessung insbesondere der Funktionsbereiche der Krankenhäuser berücksichtigt werden. Dies bedeutet, dass infolge von Leistungsverdichtungen die Relation von Bettenabbau und Kosteneinsparungen nicht immer gleich sein kann.

8.2 Ausblick auf den voraussichtlichen künftigen Bedarf

Echter Zusatzbedarf ist gegenwärtig nicht mehr erkennbar, zumal immer mehr Leistungen ambulant erbracht werden können oder durch neue Diagnose- und Behandlungsmethoden die stationäre Versorgung immer kürzer erfolgen kann. Dies bedeutet, dass in der Regel nur noch mehr oder weniger kleine örtliche Anpassungen im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten vorzunehmen sein werden, meist im Zusammenhang mit Veränderungen von Organisationsstrukturen oder personellen Veränderungen.

Auch Änderungen des Leistungsspektrums durch Fortschritte der Medizin bedürfen nach derzeitiger Einschätzung kaum noch der Ausweitung vorhandener Kapazitäten. Denn eine effizientere Behandlung hat meist auch Kompensationen an anderer Stelle zur Folge. So hatte z.B. die Einführung des Nierensteinzertrümmerers einen erheblichen Rückgang des Bettenbedarfs in der Urologie zur Folge. Auch die Verbesserung der Schlaganfallbehandlung wird den Bedarf an Akutbetten in den internistischen Normalstationen bestimmter Krankenhäuser, mit hoher Wahrscheinlichkeit aber auch den internistischen Bettenbedarf insgesamt, verringern. Ähnliche Auswirkungen waren auch z.B. durch den Ausbau der Herzchirurgie oder der geriatrischen Rehabilitation in den vergangenen Jahren zu verzeichnen. Es ist deshalb das Ziel aller Beteiligten, Innovationen in erheblichem Umfang durch Kompensation zu erwirtschaften.

Vielfach sind vermeintliche Versorgungsengpässe bereits durch qualitative Verbesserungen innerhalb der bestehenden Strukturen (z.B. bessere personelle Kompetenz durch Schwerpunktbildung oder gezielte Aus-, Fort- und Weiterbildung, bessere Vernetzung der Leistungsangebote des Gesundheitswesens) ohne Ausweitung der übrigen Kapazitäten zu beseitigen.

Deshalb ist die Bedarfssituation insbesondere unter Berücksichtigung der Dynamik in der medizinischen Entwicklung ständig zu beobachten. Neue Erkenntnisse in der Medizin, Fortschritte in der medizinischen Technik oder der Behandlungsweise, aber auch bisher nicht erkannte Fehlentwicklungen oder Mängel in der Versorgung können es auch künftig erfordern, neue Versorgungsangebote aufzubauen oder bisherige zu verändern oder zu ergänzen. Der tatsächliche Bedarf und die Möglichkeiten der zu ergreifenden Maßnahmen zur Anpassung der vorgefundenen Versorgungssituation für einen im Einzelfall geltend gemachten Ausbau vorhandener oder den Aufbau neuer Kapazitäten ist in jedem Falle kritisch zu hinterfragen. Basis dafür ist nach wie vor die Entwicklung der in **Abschnitt 5** beschriebenen Bedarfsdeterminanten, aktualisiert durch die jeweils neuesten Daten aus der Krankenhausstatistik, der Diagnosen- und Herkunftsortestatistik sowie anderer kompetenter Quellen.

Es hat sich in der Vergangenheit als richtig erwiesen, in solchen Fällen die Versorgungssituation grundsätzlich zu untersuchen und mit Hilfe von Experten ggfs. neu zu konzipieren, wie dies in zahlreichen besonderen medizinischen Problemstellungen (vgl. **Abschnitt 9**) oder auch in Einzelfällen im Einvernehmen mit dem LKHA erfolgreich praktiziert wurde. Dabei ist in Kreisen oder Regionen, die an andere Bundesländer oder andere Staaten angrenzen, immer auch zu prüfen, ob ein Bedarf durch Einrichtungen im Nachbarland schon abgedeckt wird oder künftig durch grenzüberschreitende Vereinbarungen abgedeckt werden kann.

Ein Zusatzbedarf ist dementsprechend dann anzunehmen, wenn in den betreffenden Fächern eines Einzugsbereichs (z.B. eines Stadt- oder Landkreises) Patienten nicht innerhalb einer zumutbaren Frist die angezeigte Behandlung auf Grund insgesamt mangelnder räumlicher Kapazitäten erfahren können und dies auch in den angrenzenden Kreisen (auch eines Nachbarlandes) der Fall ist.

Damit wird auch der vom Bundesverwaltungsgericht entwickelten Rechtsprechung über die verschiedenen Beurteilungsstufen in der Krankenhausplanung und der Auswahlentscheidung, wo und ggfs. durch welches Krankenhaus ein bestimmter Bedarf am besten gedeckt werden kann, Rechnung getragen (vgl. auch **Abschnitt 2.5**).

9. 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. Rechtsgrundlage hierfür sind § 4 Abs. 1 S. 2 und § 6 Abs. 3 LKHG. 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.

Nach der WBO können im Rahmen der Gesamtmedizin bestimmte alternative Behandlungsmethoden angewendet werden. Hierzu zählen u.a. Naturheilverfahren oder Akupunktur. Dies kann sämtliche im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachdisziplinen betreffen. Ein Zusatzbedarf an stationären Einrichtungen wird hierdurch nicht begründet.

9.1 Versorgung von Patienten mit apallischem Syndrom

Das Sozialministerium hat im Einvernehmen mit dem LKHA eine Versorgungskonzeption für eine nachhaltige bessere Versorgung von Patienten mit schwersten Hirnverletzungen und Hirnerkrankungen (Apallisches Syndrom) erstellt³. Sie hat das Ziel, einerseits die neu eröffneten Möglichkeiten der neurologischen Rehabilitation aufzunehmen und in die Strukturen unseres Systems der Krankenversorgung einzupassen, andererseits - ergänzend dazu - ein möglichst wohnortnahes Angebot an Plätzen für die Dauerpflege zu schaffen.

Durch bevorzugte Förderung der in den entsprechenden Einrichtungen noch notwendigen Baumaßnahmen konnte die Konzeption bezüglich des Bereichs der Frührehabilitation (2. Akutphase) inzwischen fast vollständig umgesetzt werden.

³ Apallisches Syndrom, Versorgungskonzept für Baden-Württemberg, Behandlung - Pflege - Rehabilitation, Reihe Gesundheitspolitik 21, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg Stuttgart, September 1993

Tabelle 13:

**Krankenhausbetten für Patienten mit apallischem Syndrom
in Baden-Württemberg**

(Frührehabilitation 2. Akutphase)

- Stand: August 1999 -

Name der Einrichtung	Betten vorhanden	Betten geplant
für Erwachsene		
Kliniken Schmieder Allensbach 78476 Allensbach	20 1)	20 1)
Klinikum Karlsbad-Langensteinbach gGmbH 76307 Karlsbad	16	16
Neurologische Klinik Elzach 79215 Elzach	20	20
Rehabilitationskrankenhaus Ulm 89081 Ulm	3	3
Fachklinik Wangen, Zentrum für Atemwegserkrankungen 88239 Wangen im Allgäu	20	20
Zentrum für Psychiatrie 88529 Zwiefalten	18	18
Christophsbad Göppingen 73035 Göppingen	20	20
Fachkrankenhaus Neresheim gGmbH 73450 Neresheim	30	30
Kliniken Schmieder Stuttgart, Neurol. Rehabilitationszentrum Schillerhöhe 70839 Gerlingen	15	15
Kliniken Schmieder 69117 Heidelberg	0	10
Zwischensumme	162	172
für Kinder		
Neurologische Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche 78262 Gailingen	12	12
Kinderklinik 75328 Schömberg	25	25
Kurpfalzkrankenhaus Neckargemünd gGmbH 69151 Neckargemünd	6	6
Zwischensumme	43	43
Insgesamt	205	215

1) Weitere zehn Betten werden für Träger der Unfallversicherung vorgehalten.

Die Belegungsdaten der vorhandenen Einrichtungen sowie die dort eingehenden Anmeldungen zeigen, dass mit der Fertigstellung der noch in Planung befindlichen Standorte der Versorgungsbedarf der Bevölkerung Baden-Württembergs nach derzeitiger Einschätzung gedeckt sein wird.

9.2 Versorgung von Diabetikern

Die Untersuchung und Behandlung von Diabetikern gehört zur Versorgungsaufgabe aller internistischen Abteilungen; dies gilt auch für Problemfälle. So weit Kinder mit Diabetes betroffen sind, wird die Versorgung von den Kinderkliniken und Kinderabteilungen übernommen. Wesentlicher Teil der Diabetesbehandlung ist die Schulung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Da der Diabetes die Kranken ihr Leben lang begleitet, ergibt sich nicht selten die Notwendigkeit zwischenzeitlicher Krankenhausbehandlungen. Die Kooperation der behandelnden niedergelassenen Ärzte mit den Krankenhäusern hat daher besondere Bedeutung.

Beim Diabetes mellitus handelt es sich um eine häufige und weit verbreitete Erkrankung. Eine flächendeckende Versorgung mit spezialisierten „Diabeteskliniken“ als Akutkrankenhäuser wird daher krankenhauplanerisch nicht vorgesehen. Die bereits zu einem früheren Zeitpunkt in den Plan aufgenommene und von den Patienten überregional nachgefragte Diabetes Klinik Bad Mergentheim behält jedoch ihren Status im Krankenhausplan.

9.3 Versorgung von Dialysepatienten

In Baden-Württemberg sind derzeit insgesamt 252 stationäre Dialyseplätze in 23 Krankenhäusern ausgewiesen (31.12.1999). Die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung von chronisch Nierenkranken bei Gewährleistung der zu fordernden medizinischen Qualität nehmen zwar ständig zu. Allerdings sind die tatsächlichen Möglichkeiten regional unterschiedlich und deshalb differenziert zu beurteilen. Der erforderliche stationäre Hintergrund muss erhalten bleiben. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Zahl der stationär notwendigen Behandlungsplätze sich auch in Zukunft teilweise zu Gunsten der ambulanten Versorgung am Krankenhaus verschieben wird.

Dialyseplätze, soweit sie nach derzeitiger Beurteilung der stationären Versorgung krankenhaupflegebedürftiger Patienten dienen, werden im jeweiligen Krankenhaus-Einzelblatt ausgewiesen.

9.4 Versorgung von Epilepsiekranken

Die Versorgung von Epilepsiekranken ist Aufgabe der neurologischen und pädiatrischen Kliniken und Fachabteilungen. Soweit erforderlich, können diese Einrichtungen durch entsprechenden Personaleinsatz hierzu fachliche Schwerpunkte bilden.

Durch krankenhauplanerische Feststellung wurden nachstehende spezialisierte Versorgungsaufgaben im Bereich der Epilepsie festgelegt:

- Epilepsiezentrum Kork in Kehl:
Umfassende Diagnostik und Therapie schwieriger und bisher therapieresistenter Krankheitsverläufe;
- Epilepsiezentrum Kork in Kehl und Neurochirurgische Universitätsklinik Freiburg gemeinsam:
Betrieb eines Zentrums für die prächirurgische Epilepsiediagnostik und die neurochirurgische Epilepsitherapie;
- Zentrum für Psychiatrie Weissenau:
Behandlung von Epilepsiepatienten mit erheblichen psychischen Störungen.

Damit ist der stationäre Bedarf zur Versorgung von Epilepsiekranken in Baden-Württemberg ausreichend und zweckmäßig gedeckt.

9.5 Geburtsmedizin, Perinatologische Versorgung

9.5.1 Geburtshilfe und Perinatalogie

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet die Krankenhausplanungsbehörde, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

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 insbesondere die 1995 von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe veröffentlichten "Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen". Diese Mindestanforderungen können nicht isoliert betrachtet werden, sie sind um die gesetzlichen Kriterien der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit zu ergänzen. Hier sind die jährlichen Geburtenzahlen am jeweiligen Krankenhaus einzubeziehen. Die Personalausstattung einer geburtshilflichen Abteilung entsprechend den von der Fachgesellschaft veröffentlichten Anforderungen ist in ausreichender Wirtschaftlichkeit und zu sozial tragbaren Pflegesätzen nur dann zu finanzieren, wenn etwa 500 Geburten jährlich erreicht werden. Diese Mindestzahl stellt sicher, dass Ärzte, Hebammen und Krankenpflegepersonal die erforderliche Routine und Leistungsqualität dauerhaft erhalten können. Außerdem dürfte erst ab einer solchen Größenordnung auch eine wirtschaftlich ausreichende Auslastung der erforderlichen Funktionsräume sichergestellt sein.

Sowohl fachlich-qualitative als auch wirtschaftliche Kriterien erzwingen somit die Konzentration der Geburtshilfe auf eine beschränkte Zahl von Standorten. Dies gilt umso mehr, als

- die Frauenheilkunde und Geburtshilfe eines der wenigen Fächer ist, das sinkende Fallzahlen zu verzeichnen hat,
- trotz der Bettenreduzierungen der letzten Jahre die Auslastung der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Lande immer noch unbefriedigend ist und
- die Zahl der Lebendgeborenen nach Veröffentlichungen des Stat. Landesamts Baden-Württemberg im Jahr 1998 mit rd. 110.000 gegenüber 1997 deutlich niedriger ausgefallen ist und jetzt bereits wieder nur noch den Stand von 1988 erreicht hat (Baden-Württemberg in Wort und Zahl 1/99).

Auch die immer größere Vielfalt der Entbindungsmöglichkeiten und die dafür von den Frauen geforderten Vorhaltungen sprechen für eine solche Konzentration. Ziel ist es deshalb, künftig leistungsfähige Geburtshilfeabteilungen zu schaffen, die den genannten Anforderungen entsprechen.

Das Sozialministerium weist deshalb Krankenhausträger und die jeweiligen Ärzte vor allem von Krankenhäusern mit geringerem Aufkommen als 500 Geburten pro Jahr, die nicht bereit sind, ihre Geburtshilfe aufzugeben, auf ihre besondere Verantwortung hin. Insbesondere sollen dort keine Geburten stattfinden, bei denen sich ein Risiko für Mutter und/oder Kind abzeichnet. Ein Transport des Kindes unmittelbar nach der Geburt darf z.B. nicht planmäßig in Erwägung gezogen werden. Neubauten kommen für solche Einrichtungen nicht mehr in Betracht.

Tabelle 14:

Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Baden-Württemberg
- Belegungsentwicklung -

Jahr	Geborene Kinder	aufgestellte Betten	Verweildauer Tage	Bettennutzung v.H.
1990	119.009	7.382	7,5	83,0
1992	118.033	7.270	7,1	80,1
1994	113.378	7.124	6,8	74,5
1996	112.159	6.860	6,3	70,2
1998 ¹⁾	109.643	6.364	6,2	70,6

¹⁾ vorläufig

Quelle: Stat. Landesamt BW

Nicht zuletzt geht auch die beachtliche Reduzierung der Säuglingssterblichkeit, die 1998 in Baden-Württemberg mit 4,2 auf 1.000 Lebendgeborene äußerst gering ist, einher mit der Konzentration der Geburtshilfe einerseits, aber auch mit dem zielstrebigem Aufbau von Perinatologischen Schwerpunkten und Zentren andererseits.

Tabelle 15:

Säuglingssterblichkeit in Baden-Württemberg

Jahr	auf 1.000 Lebendgeborene
1990	6,4
1992	5,1
1994	5,1
1996	4,6
1998	4,2

Quelle: Stat. Landesamt BW

9.5.2 Perinatologische Schwerpunkte und Zentren

Der Behandlungserfolg bei durch Erkrankungen von Mutter oder Kind belasteten Geburten und bei Frühgeburten lässt sich wesentlich verbessern, wenn die Versorgung dieser Fälle von darauf spezialisierten geburtshilflichen und pädiatrischen Abteilungen übernommen wird. Dies ist Aufgabe der Perinatalzentren und Perinatologischen Schwerpunkte. Das Sozialministerium hat hierzu schon 1991 im

Tabelle 16:

Perinatologische Zentren in Baden-Württemberg

- Stand: August 1999 -

Name des Krankenhauses	Pädiatrische Betten	Neonatologische Intensivbetten	
	betriebene	betriebene	Endausbau
Olgahospital Stuttgart	214	42	42
Kreiskrankenhaus Böblingen	80	20	20
Klinik am Eichert Göppingen	65	14	17
Klinikum Ludwigsburg	76	13	13
Klinikum Heilbronn	110	15	15
Städtisches Klinikum Karlsruhe	145	15	15
Universitätsklinikum Heidelberg	189	30	30
Klinikum Mannheim gGmbH	143	10	13
Städtisches Klinikum Pforzheim	60	8	9
Universitätsklinikum Freiburg	147	14	20
Klinikum der Stadt Villingen-Schwenningen	84	10	10
Kreiskrankenhaus Lörrach	83	12	16
Kreiskrankenhaus Reutlingen	55	10	10
Universitätsklinikum Tübingen	140	30	30
Universitätsklinikum Ulm	115	18	21
Summe	1.706	261	281

Einvernehmen mit dem LKHA eine Konzeption zur besseren Versorgung von Risikogeburten entwickelt⁴. Durch gezielte Förderung der in den entsprechenden Einrichtungen noch notwendigen Baumaßnahmen wurden bis heute insgesamt ca. 400 neonatologische Intensivbetten in Perinatalzentren oder Perinatologischen Schwerpunkten geschaffen.

Tabelle 17:

Perinatologische Schwerpunkte in Baden-Württemberg

- Stand: August 1999 -

Name des Krankenhauses	Pädiatrische Betten	Neonatologische Intensivbetten	
	betriebene	betriebene	Endausbau
Städtische Kliniken Esslingen	96	8	8
Filderklinik Filderstadt-Bonlanden	33	6	6
Kreiskrankenhaus Waiblingen	63	15	15
Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch-Hall	71	5	16
Caritaskrankenhaus Bad Mergentheim	45	17	17
Kreiskrankenhaus Heidenheim	50	5	5
Ostalbkrankenhaus Aalen	50	12	12
Margaritenhospital Schwäbisch Gmünd	51	10	10
Stadtklinik Baden-Baden	35	6	6
Kreiskrankenhaus Freudenstadt	40	8	8
St. Josefskrankenhaus Freiburg	51	8	10
Klinikum Offenburg	50	12	12
Klinikum Konstanz	40	5	12
Hegau-Klinikum Singen	30	9	9
Städtisches Krankenhaus Friedrichshafen	53	6	6
St. Elisabethen-Krankenhaus Ravensburg	80	8	12
Summe	838	140	164

9.6 Geriatrie

Die demographische Entwicklung erzwingt eine vermehrte Orientierung des Krankenhauswesens auf die Bedürfnisse älterer Patienten. Die Landesregierung hat mit dem "Geriatrie-Konzept" von 1989⁵ 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".

⁴ Risikogeburten, Eine Versorgungskonzeption, Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Baden-Württemberg Stuttgart, September 1991

⁵ Geriatrie-Konzept, Grundsätze und Zielvorstellungen, 3. Auflage, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg Stuttgart, November 1992

Innerhalb des vergangenen Jahrzehnts wurden diese neuen Versorgungsstrukturen fast vollständig aufgebaut. In 43 Kreisen wurden Geriatrische Schwerpunkte bzw. Zentren eingerichtet. 45 Geriatrische Rehabilitationskliniken mit zusammen über 2.100 Plätzen sind entstanden.

Baden-Württemberg verfügt mit diesem flächendeckenden Angebot an Geriatrischer Akutversorgung und Rehabilitation, das noch durch ambulante Dienste und stationäre Pflegeplätze ergänzt wird, über ein bundesweit einzigartiges Versorgungssystem für alte und kranke Menschen.

9.6.1 Geriatrische Schwerpunkte

Geriatrische Schwerpunkte werden an einem Krankenhaus in jedem Land- und Stadtkreis eingerichtet. Sie nehmen vor allem diagnostische, therapeutisch-beratende und informierende Aufgaben sowie verknüpfende Funktionen zwischen den Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten wahr. Die geriatrischen Schwerpunkte sind Beispielseinrichtung für die geriatrische Ausrichtung aller Allgemeinkrankenhäuser, die insbesondere erfüllt wird durch

- Organisation des geriatrischen Assessments,
- konsiliarische Tätigkeit für die anderen Fachabteilungen,
- Einbeziehung in die Diagnostik und Behandlung aller geriatrischen Patienten,
- Beratung bei Therapieplänen und Rehamaßnahmen,
- Einübung der Teamarbeit von Arzt, nichtärztlichen Therapeuten und Pflegekräften,
- Bereitstellung eines geriatrischen Konsils.

Die geriatrischen Schwerpunkte wirken durch Fortbildungsveranstaltungen auf eine geriatrische Qualifizierung anderer Krankenhäuser hin. Sie stehen in besonderen Einzelfällen auch anderen Einrichtungen im Landkreis beratend und konsiliarisch zur Verfügung.

9.6.2 Geriatrische Zentren

Geriatrische Zentren sind an den Standorten der Universitätskliniken sowie in den Stadtkreisen Stuttgart, Karlsruhe und Mannheim eingerichtet. Sie verfügen in der Regel über bettenführende Organisationseinheiten, die neben der Wahrnehmung der Aufgaben eines geriatrischen Schwerpunkts auch überregionale Fortbildungsaufgaben wahrnehmen, zur Weiterentwicklung der geriatrischen Diagnostik und Behandlung beitragen und, soweit an Universitätsstandorten angesiedelt, Forschung und Lehre betreiben.

Tabelle 18:

Geriatrische Schwerpunkte in Baden-Württemberg

- Stand: 01.02.2000 -

Stadt- /Landkreis	Krankenhaus	in Betrieb seit
Böblingen	Städt. KH Sindelfingen	1.7.94
Esslingen	Städt. KA Esslingen in Zusammenarbeit mit KH ES-Kennenburg	1.4.95
Göppingen	Klinik am Eichert, Göppingen	11.5.94
Ludwigsburg	Klinikum Ludwigsburg	1.8.97
Rems-Murr-Kreis	KKH Schorndorf in Kooperation mit KH Bethel Welzheim	1.10.97
Stadtkreis Heilbronn	Klinikum Heilbronn GmbH	1.12.97
Landkreis Heilbronn	KKH am Plattenwald Bad Friedrichshall	1.1.98
Hohenlohekreis	Kooperation zwischen KH'ser Künzelsau und Öhringen	1.1.96
Schwäbisch Hall	Diakonie-KH Schwäbisch-Hall	15.10.94
Main-Tauber-Kreis	KH St. Rochusstift Bad Mergentheim	1.7.94
Heidenheim	KKH Heidenheim	1.9.95
Ostalbkreis	Stauferklinik Mutlangen	1.8.95
Baden-Baden	Stadtklinik Baden-Baden	1.7.95
Landkreis Karlsruhe	Rechbergklinik Bretten	noch nicht eingerichtet
Rastatt	KKH Rastatt	1.10.95
Neckar-Odenwald-Kreis	KKH Mosbach	1.1.92
Rhein-Neckar-Kreis	KKH Sinsheim	1.9.93
Pforzheim	Städt. Klinikum Pforzheim	1.1.94
Enzkreis	Enzkreislinik Mühlacker	1.3.93
Calw	KKH'ser Calw und Nagold	1.10.92
Freudenstadt	KKH Freudenstadt	1.7.95
Breisgau-Hochschwarzwald	HELIOS Klinik Müllheim	1.2.95
Emmendingen	KKH Emmendingen	1.9.94
Ortenaukreis	Klinikum Offenburg	1.4.93
Rottweil	KKH Rottweil	1.5.94
Tuttlingen	KKH Tuttlingen	1.7.95
Schwarzwald-Baar-Kreis	Klinikum Villingen-Schwenningen	15.4.95
Konstanz	Klinikum Konstanz / Hegau-Klinikum Singen	1.10.93
Lörrach	KKH Lörrach	1.4.95
Waldshut	KH Waldshut-Tiengen	1.8.94
Reutlingen	KKH Reutlingen	1.7.94
Zollernalbkreis	KKH Hechingen	1.7.95
Alb-Donau-Kreis	KKH Ehingen	1.10.95
Biberach	KKH Biberach	1.8.95
Bodenseekreis	Städt. KH Friedrichshafen	1.7.95
Ravensburg	St. Elisabethen KH Ravensburg	1998
Sigmaringen	KKH Sigmaringen	1.1.96

Tabelle 19:

Geriatrische Zentren in Baden-Württemberg

- Stand: 01.02.2000 -

Stadt- /Landkreis	Krankenhaus (Sitz)	in Betrieb seit
Stuttgart	Bürgerhospital Stuttgart	1.7.94
Stadtkreis Karlsruhe	Ev. Diakonissenkrankenhaus	1.1.99
Heidelberg	Krankenhaus Bethanien	1992
Mannheim	Klinikum Mannheim (56 Betten)	1995
Freiburg i.Br.	Universitätsklinikum	1992
Tübingen	Universitätsklinikum	1.1.94
Ulm	Universitätsklinikum / Krankenhaus Bethesda	1.4.95

Anmerkung:

Beim Krankenhaus Bethanien in Heidelberg befindet sich eine Fort- und Weiterbildungsstätte für Geriatrie

9.6.3 Geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitationskliniken sollen mit einem ganzheitlichen Konzept den besonderen Anforderungen an die Rehabilitation multimorbider älterer Patienten gerecht werden und damit einen Beitrag zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung oder zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer leisten. Im Geriatrie-Konzept wurde ein landesweiter Bedarf von ca. 2.450 stationären und teilstationären Plätzen errechnet. Jede geriatrische Rehabilitationsklinik soll eng mit den Krankenhäusern ihres Einzugsbereiches kooperieren.

Eine Übersicht über die Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg enthält **Anhang 5**.

9.7 Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern

Die frühere Großgeräteplanung gem. § 122 SGB V und § 10 KHG ist seit Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes am 1. Juli 1997 aufgehoben. Es ist seitdem Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, den wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten sicherzustellen. Soweit die Krankenhäuser Förderanträge stellen, verbleibt dem Sozialministerium über die Einzelförderung von Investitionen nach § 12 Abs. 1 Satz 3 LKHG allerdings auch weiterhin eine Planungsverantwortung für die bedarfsgerechte Versorgung der stationären Patienten mit medizinisch-technischen Großgeräten.

Als medizinisch-technische Großgeräte werden in Baden-Württemberg noch bezeichnet:

- Kernspintomographen (MR),
- Linksherzkathetermessplätze (LHKM),
- Strahlentherapiegeräte: Linearbeschleuniger (LB) und noch Telekobaltgeräte (CO),
- Positronenemissionstomographen (PET).

Durch eine stringente Standortplanung konnte in Baden-Württemberg eine bedarfsgerechte Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten erreicht werden. 27 MR-Geräte und 13 LHKM werden von stationären Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten kooperativ genutzt.

In der bildgebenden Diagnostik kann die Kernspintomographie zunehmend patientenbelastende Röntgenuntersuchungen und invasive Methoden ersetzen. Eine begrenzte Ausweisung von weiteren stationären MR-Standorten ist deshalb geboten. Die vorhandenen Linksherzkathetermessplätze decken aus heutiger Sicht den vorhandenen Bedarf auf absehbare Zeit. Neue Standortausweisungen werden auf wenige Einzelfälle beschränkt bleiben. Im Bereich der Strahlentherapie konnten die Telekobaltgeräte fast vollständig durch moderne Linearbeschleuniger ersetzt werden. Die Positronenemissionstomographie wird auf Grund der hohen Investitions- und Betriebskosten sowie der erforderlichen ärztlichen Qualifikation auch künftig auf die Standorte der Maximalversorgung beschränkt bleiben.

Die am Standort Krankenhaus betriebenen medizinisch-technischen Großgeräte sind im **Anhang 6** aufgelistet.

9.8 Herzchirurgie

Der Bereich der Herzchirurgie hat in den vergangenen Jahren einen erheblichen Leistungszuwachs erfahren. Wesentliche Gründe sind die deutlich verbesserten Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Heute geht die Krankenhausbedarfsplanung von jährlich rd. 1.000 notwendigen Operationen pro 1 Million Einwohner aus.

In Baden-Württemberg sind neun Herzchirurgien nach § 108 SGB V zugelassen.

In Baden-Württemberg wurden im Jahr 1998 über 11.000 Eingriffe vorgenommen, rd. 10.700 baden-württembergische Patienten wurden am offenen Herzen operiert. Etwa 10 % dieser Behandlungen wurden an Kliniken außerhalb Baden-Württembergs vorgenommen, der Eigenversorgungsgrad Baden-Württembergs beträgt somit 90 %. Die oben angeführten und nach § 108 SGB V zugelassenen Einrichtungen haben dabei ihre Behandlungskapazitäten nicht voll ausgeschöpft. Der Bedarf an herzchirurgischen Einrichtungen ist somit in Baden-Württemberg vollständig abgedeckt.

Tabelle 20:

**Herzchirurgien in Baden-Württemberg
mit Zulassung nach § 108 SGB V**

- Stand: Dezember 1999 -

Krankenhaus
Herz-Zentrum Bad Krozingen
Universitätsklinikum Freiburg
Universitätsklinikum Heidelberg
Herzzentrum Lahr
Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe
SANA Herzchirurgische Klinik Stuttgart
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart
Universitätsklinikum Tübingen
Universitätsklinikum Ulm

Bei der Bedarfsbeurteilung in der Herzchirurgie sind nicht die Planbetten entscheidend, sondern die möglichen Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschinen (HLM), also die Kapazitäten der Operationsräume und Intensivüberwachungseinheiten. Hier bestehen bei den zugelassenen Krankenhäusern ausreichende Kapazitätsreserven. Konkret bedeutet dies, dass der Versorgungsbedarf der Bevölkerung abgedeckt ist, da eine ausreichende Zahl von Standorten vorhanden ist, die in der Lage sind, auch den erfahrungsgemäß weiter wachsenden Versorgungsbedarf zu befriedigen. Es bedeutet allerdings nicht, dass die vorhandenen Zentren auf irgendeine Operationszahl festgeschrieben werden müssten.

Herzchirurgien haben als hochspezialisierte Fachkrankenhäuser bzw. -abteilungen stets ein überregionales Einzugsgebiet. Manche Patienten aus Baden-Württemberg lassen sich in anderen Bundesländern versorgen, andere Bundesbürger ziehen die baden-württembergischen Herzspezialisten vor. Die Patientenbewegungen gleichen sich in etwa aus.

Die neun Herzchirurgien in Baden-Württemberg haben gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen einen Serviceverbund Herzchirurgie gegründet. Dessen gemeinsames Ziel ist, eine flächendeckende Notfallversorgung im ganzen Land sicherzustellen. Die Herzzentren garantieren, dass jeder Notfallpatient aufgenommen wird. Sollte in Ausnahmefällen keine Notaufnahme möglich sein, organisiert das angefragte Krankenhaus an einem anderen Herzzentrum des Serviceverbundes die Notfallversorgung. Die Patientenaufnahme wird in jedem Herzzentrum durch eine rund um die Uhr mit qualifizierten Ansprechpartnern besetzten Telefonanschluss (Hotline) gewährleistet.

9.9 Kind im Krankenhaus

9.9.1 Entwicklung in der Kinderheilkunde

Die Kinderkliniken und -abteilungen waren in den letzten Jahren fast ausnahmslos schlecht ausgelastet. Dies führte u.a. auch zu einer deutlichen Verringerung der Bettenkapazitäten für Kinderheilkunde. Dennoch konnten auf der Ebene der Regionalverbände in ganz Baden-Württemberg Kinderkliniken bzw. -abteilungen mit hauptamtlicher Leitung erhalten bleiben. Dieses immer noch relativ patientennahe Netz soll im Interesse einer auch künftig hohen Qualität der pädiatrischen Versorgung möglichst gesichert werden.

9.9.2 Kindgerechte Krankenhausversorgung

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat in ihrer 70. Sitzung 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 Pflegesatzrechts 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.

9.9.3 Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren im Sinne von § 119 SGB V sind kinderärztlich geleitete, interdisziplinär ambulant arbeitende Einrichtungen. Sie dienen der Diagnostik, der Behandlung und Förderung von Kindern mit Entwicklungsstörungen sowie mit drohenden bzw. manifesten Behinderungen.

Das Aufgabenspektrum der Sozialpädiatrischen Zentren umfasst die Entwicklungsrehabilitation, d.h. insbesondere die Frühdiagnostik sowie die Frühtherapie, die Frühförderung und die Frühbetreuung. Hierbei arbeiten die Sozialpädiatrischen Zentren eng mit anderen Stellen, insbesondere den Frühförderstellen von freien und kommunalen Trägern, den Sonderpädagogischen Beratungsstellen, den Kindergärten, den Schulen sowie den Gesundheitsämtern zusammen. Der Zugang zum Ambulanzbereich eines Sozialpädiatrischen Zentrums erfolgt grundsätzlich im Rahmen der Überweisungstätigkeit eines Kassenarztes.

Die Leitung eines Sozialpädiatrischen Zentrums nimmt ein hauptamtlich beschäftigter Kinderarzt mit fundierten neuropädiatrischen und sozialpädiatrischen Kenntnissen wahr. Der interdisziplinäre Arbeitsansatz wird durch ein sozialpädiatrisches Team verwirklicht, zu dem in der Regel ein klinischer Psychologe, ein Krankengymnast mit neurophysiologischer Zusatzausbildung, ein Logopäde/Sprachheillehrer, ein Heilpädagoge/Sozialpädagoge und ein Sozialarbeiter gehören.

Sozialpädiatrische Zentren beraten betroffene Familien auch über außerhalb der Zentren durchzuführende Therapie und Förderung.

In Baden-Württemberg werden gegenwärtig 14 Sozialpädiatrische Zentren im Rahmen einer Ermächtigung nach § 119 SGB V an Krankenhäusern betrieben.

Tabelle 21:

**Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)
in Baden-Württemberg**

- Stand: August 1999 -

Krankenhaus
Olgahospital Stuttgart
Klinik am Eichert Göppingen
Klinikum Ludwigsburg
Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch Hall
Universitätsklinikum Heidelberg
Johannes-Anstalten Mosbach
Städt. Klinikum Karlsruhe
Kinderzentrum Maulbronn
Universitätsklinikum Freiburg
Klinikum Villingen-Schwenningen
Klinikum Konstanz
Kreiskrankenhaus Lörrach
Universitätsklinikum Tübingen
Universitätsklinikum Ulm

9.10 Versorgung von Mukoviszidose-Patienten

In Baden-Württemberg kann man mit rd. 160 Erwachsenen mit Mukoviszidose rechnen. Besonders geeignet für die Behandlung dieser Patienten mit einem verhältnismäßig seltenen Krankheitsbild sind die Universitätskliniken und insbesondere die pneumologischen Fachkliniken. Deshalb soll die Behandlung von Erwachsenen mit Mukoviszidose grundsätzlich auf die pneumologischen Fachkliniken in Gerlingen (Schillerhöhe), Heidelberg-Rohrbach und Wangen sowie den pneumologischen Schwerpunkt am Universitätsklinikum Freiburg konzentriert werden.

9.11 Notfallversorgung von Mehrfachverletzten und Hirnverletzten / Rettungsdienst

Die Versorgung von Mehrfachverletzten und Hirnverletzten wurde in den letzten Jahren durch Qualifizierung der unfallchirurgischen Versorgung, insbesondere aber durch den gezielten Aufbau von neurochirurgischen Abteilungen in Ludwigsburg und Villingen-Schwenningen sowie von Einrichtungen für Patienten mit apallischem Syndrom in der 2. Akutphase bedarfsgerecht verbessert. Auch kann bei Bedarf im grenznahen Bereich von Frankreich die Traumatologie in Strassburg-Ilk Kirch in Anspruch genommen werden.

Ungeachtet dessen muss verhindert werden, dass Engpässe bei der Notfallversorgung von Mehrfachverletzten und Hirnverletzten dadurch entstehen, dass der Rettungsdienst versucht, schon zur Erstversorgung eine direkte Aufnahme in einer neurochirurgischen Abteilung zu erreichen.

Die vitale Bedrohung von mehrfach verletzten Patienten besteht in den ersten Stunden nach einem Unfall überwiegend aus Komplikationen wie z.B. Schock oder Organversagen. Deshalb hat vor einer eventuellen Verlegung in eine neurochirurgische Einrichtung die Stabilisierung der Vitalfunktionen Vorrang. Dazu sind grundsätzlich flächendeckend die chirurgischen Abteilungen derjenigen Krankenhäuser in der Lage, in denen eine Versorgung auch mit Intensivbetten sichergestellt ist, so dass lange Transporte von Notfallpatienten vermieden werden können. Mehrfachverletzte Notfallpatienten sind deshalb grundsätzlich vom nächsten der im **Anhang 7** aufgeführten Krankenhäuser aufzunehmen und zu versorgen.

Benachbarte Krankenhäuser vergleichbarer Aufgabenstellung können für die Nachtzeit sowie für Samstage, Sonntage und Feiertage einen wechselnden Aufnahmedienst vereinbaren. Die Verpflichtung zur Hilfe in Notfällen bleibt hiervon unberührt (§ 29 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz). Welche Krankenhäuser benachbart sind, wird in § 29 Abs. 3 Landeskrankenhausgesetz bestimmt.

Es ist Aufgabe des erstbehandelnden Krankenhauses, gegebenenfalls mit einer neurochirurgischen Klinik in Kontakt zu treten und, wenn notwendig, die Weiterleitung des Patienten zur fachspezifischen Behandlung zu veranlassen.

Die chirurgischen Abteilungen der genannten Krankenhäuser verfügen grundsätzlich auch über die diagnostische Ausstattung, um die in dieser Phase erforderlichen Untersuchungen vornehmen zu können. Dies gilt auch für die Computertomographie. Soweit kein eigenes Gerät betrieben wird, ist der Zugriff auf diese Diagnostik durch Kooperation mit einem anderen Krankenhaus oder mit einer Praxis zu sichern.

Weiterhin ist erforderlich, dass die an der Notfallversorgung von Mehrfachverletzten und Hirnverletzten beteiligten Krankenhäuser über eine Einrichtung zur elektronischen Bildübertragung verfügen, die es

ermöglicht, die gewonnenen diagnostischen Ergebnisse durch einen Neurochirurgen konsiliarisch bewerten zu lassen.

In Abstimmung zwischen den Ärzten im erstbehandelnden Krankenhaus und der neurochirurgischen Klinik/Abteilung wird das für den Patienten am besten geeignete Vorgehen festgelegt.

Bei einer notwendigen neurochirurgischen Intervention wird in der Regel eine Verlegung in eine neurochirurgische Klinik/Abteilung erfolgen. In seltenen Fällen ist aber auch denkbar, dass ein neurochirurgisches Operationsteam im chirurgischen OP eines anderen Krankenhauses eine dringende Operation durchführt.

Unter Umständen kann auch nach erfolgter konsiliarischer Beratung durch einen Neurochirurgen der Unfallchirurg z.B. eine dringende Druckentlastung vorgenommen werden, bevor der Patient in eine neurochirurgische Einrichtung verlegt wird.

Auf diese Weise wird die Belegung von neurochirurgischen Abteilungen mit Patienten vermieden, deren Situation durch die speziellen Möglichkeiten dieser Fachabteilungen nicht verbessert werden kann.

Entsprechend soll der Rettungsdienst mehrfach verletzte Patienten grundsätzlich in die nächstgelegene geeignete chirurgische Abteilung (vgl. **Anhang 7**) einliefern, auch wenn Hinweise für eine Schädel-Hirn-Verletzung vorliegen. Lediglich bei erkennbaren isolierten Schädel-Hirn-Verletzungen oder bei akuten Erkrankungen wie z.B. einer Hirnblutung ist im Interesse des Patienten eine direkte Aufnahme in eine neurochirurgische Klinik/Abteilung zu veranlassen.

9.12 Onkologische Versorgung

9.12.1 Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte

Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte haben die Aufgabe, insbesondere die interdisziplinäre Versorgung von Krebskranken zu sichern. Die Zentren und Schwerpunkte müssen die vom Landesbeirat "Onkologie", der das Aktionsprogramm Krebsbekämpfung der Landesregierung fachlich begleitet, verabschiedeten "Grundsätze und Kriterien für die Voraussetzungen eines onkologischen Schwerpunkts" erfüllen. Die Aufgabe von Tumorzentren können nur Universitätskliniken übernehmen.

Tabelle 22:

Tumorzentren in Baden-Württemberg

- Stand: August 1999 -

Standort	Anschrift
Tumorzentrum Freiburg	Universitätsklinikum Hugstetter Str. 55 79106 Freiburg
Tumorzentrum Heidelberg / Mannheim (Kooperation: Universitätsklinikum Heidelberg und Klinikum Mannheim gGmbH)	Universitätsklinikum Im Neuenheimer Feld 110 69120 Heidelberg
Interdisziplinäres Tumorzentrum Tübingen	Universitätsklinikum Herrenberger Str. 23 72070 Tübingen
Tumorzentrum Ulm	Universitätsklinikum Robert-Koch-Str. 8 89081 Ulm/Donau

Die Tumorzentren sowie die zu den Onkologischen Schwerpunkten gehörigen Krankenhäuser werden jeweils in den Krankenhaus-Einzelblättern in der Spalte "Festlegungen" ausgewiesen.

9.12.2 Palliativstationen

Palliativstationen versorgen ausschließlich schwerstkranke Tumorpatienten (ggfs. auch AIDS-Patienten), die der Krankenhausbehandlung bedürfen. Dabei geht es insbesondere um die Behandlung schwerer Schmerzzustände und um die Sicherung der Ernährung. Ziel der Behandlung ist es, dem Patienten ein Weiterleben im häuslichen Milieu zu ermöglichen, aber auch bereitzustehen, wenn die letzte Krankheitsphase eine stationäre medizinische und psychosoziale Betreuung erfordert. Der LKHA hat auf Grund der Erfahrungen der Palliativstation am Marienhospital Stuttgart in einer eigens dazu eingesetzten Arbeitsgruppe diese Problematik aufgearbeitet und am 03.03.1997 zugestimmt, dass Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten grundsätzlich die Möglichkeit eingeräumt werden soll, Palliativstationen einzurichten. Dabei sollen alle personellen Ressourcen möglichst budgetneutral ausgeschöpft werden; ggfs. ist eine Verständigung der Pflegesatzparteien im Einzelfall erforderlich.

9.12.3 Brückenpflegekräfte

Der Einsatz von sog. Brückenpflegekräften hat sich in Modellvorhaben zur häuslichen Betreuung schwer kranker Tumorpatienten bei der gruppenübergreifenden Zusammenarbeit, dem Informationsaustausch zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen sowie einer exakten Koordination der Versorgungsmaßnahmen bei Patienten mit Tumorkrankheiten als sehr positiv erwiesen. Dabei handelt es

Tabelle 23:

Onkologische Schwerpunkte in Baden-Württemberg

- Stand: August 1999 -

Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart		
Diakonissenkrankenhaus		
Geschäftsstelle	Rosenbergstr. 38	70176 Stuttgart
Katharinenhospital	Kriegsbergstr. 60	70174 Stuttgart
Bürgerhospital	Tunzhofer Str. 14 - 16	70191 Stuttgart
Krankenhaus Bad Cannstatt	Prießnitzweg 24	70374 Stuttgart
Olgahospital	Bismarckstr. 8	70176 Stuttgart
Robert-Bosch-Krankenhaus	Auerbachstr. 110	70376 Stuttgart
Marienhospital	Böheimstr. 37	70199 Stuttgart
Klinik Schillerhöhe	Solitudestr. 18	70839 Gerlingen
Onkologischer Schwerpunkt Göppingen		
Klinik am Eichert	Eichertstrasse	73006 Göppingen
Onkologischer Schwerpunkt Heilbronn		
Klinikum Heilbronn	Am Gesundbrunnen 20 - 24	74078 Heilbronn
Onkologischer Schwerpunkt Ludwigsburg		
Klinikum Ludwigsburg	Posilipostr. 49	71640 Ludwigsburg
Onkologischer Schwerpunkt Karlsruhe		
Diakonissenkrankenhaus		
Geschäftsstelle	Diakonissenstr. 28	76199 Karlsruhe
Städtisches Klinikum	Moltkestr. 14	76133 Karlsruhe
St. Vincentius-Krankenhäuser	Steinhäuserstr. 18	76135 Karlsruhe
Onkologischer Schwerpunkt Konstanz-Singen		
Klinikum Konstanz	Luisenstr. 7	78464 Konstanz
(Kooperation: Klinikum Konstanz und Hegau-Klinikum Singen)		
Onkologischer Schwerpunkt Offenburg		
Klinikum Offenburg	Ebertplatz 12	77654 Offenburg
(Kooperation: Klinikum Offenburg, Klinikum Lahr und St. Josefskrankenhaus Offenburg)		
Onkologischer Schwerpunkt Ravensburg		
St. Elisabethen-Krankenhaus	Elisabethenstr. 15	88212 Ravensburg
Onkologischer Schwerpunkt Villingen-Schwenningen		
Klinikum der Stadt		
Villingen-Schwenningen	Vöhrenbacher Str. 23 - 25	78050 Villingen-Schwenningen

sich um qualifizierte Krankenpflegekräfte mit Erfahrungen in onkologischer und ambulanter Pflege, die eine "Brücke" bilden zwischen Klinik und häuslicher Umgebung der Patienten und die alle für die häusliche Versorgung nötigen und verfügbaren Hilfen koordinieren. Sie bilden insoweit ein wichtiges Bindeglied zwischen der stationären und ambulanten Versorgung von Tumorpatienten.

Grundlage für die Ausstattung der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte mit Brückenpflegekräften sind die gemeinsam von Sozialministerium, Krankenkassenverbänden und Baden-Württembergischer Krankenhausgesellschaft erarbeitete "Gesamtkonzeption für die landesweite Einrichtung von Brückenpflegekräften" sowie die "Allgemeinen Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von Brückenschwestern", beide vom LKHA bereits 1993 gebilligt. Auf dieser Basis haben die Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte den in der Konzeption ausgewiesenen Mindestbedarf von rd. 50 Stellen eingerichtet. Deren Verteilung ist in der folgenden Tabelle ausgewiesen. Darüber hinaus geltend gemachte Bedarfsanforderungen sind im Einzelfall im Einzelfall zwischen den Vertragsparteien zu klären.

Tabelle 24:

**Versorgung von Krebspatienten in Baden-Württemberg
- Mindestbedarf an Brückenpflegekräften -**

- Stand: August 1999 -

Tumorzentrum / Onkologischer Schwerpunkt	Standort	Anzahl
Tumorzentrum	Freiburg	6
Tumorzentrum	Heidelberg / Mannheim	4
Tumorzentrum	Ulm	3
Tumorzentrum	Tübingen	3
Onkologischer Schwerpunkt	Villingen-Schwenningen	3
Onkologischer Schwerpunkt	Ravensburg	3
Onkologischer Schwerpunkt	Heilbronn	3
Onkologischer Schwerpunkt	Ludwigsburg	3
Onkologischer Schwerpunkt	Stuttgart	8
Onkologischer Schwerpunkt	Karlsruhe	5
Onkologischer Schwerpunkt	Offenburg	3
Onkologischer Schwerpunkt	Konstanz / Singen	3
Onkologischer Schwerpunkt	Göppingen	3
Summe		50

9.13 Rheumatologie

Die WBO der Landesärztekammer definiert die Inhalte der Fachgebiete. Die Behandlung rheumatischer Erkrankungen ist danach in erster Linie Aufgabe der Fachgebiete Innere Medizin und Orthopädie, für das Kindesalter auch der Pädiatrie.

Eine am einzelnen Krankheitsbild „Rheumaerkrankung“ orientierte Krankenhausplanung, die über die WBO hinausgeht, wäre weder zweckmäßig noch vom geltenden Recht gefordert (vgl. § 6 Abs. 2 Satz 2 LKHG). Eine flächendeckende Versorgung mit spezialisierten „Rheumakliniken“ als Akutkrankenhäuser wird daher krankenhausesplanerisch nicht vorgesehen. Die bereits zu einem früheren Zeitpunkt in den Krankenhausplan aufgenommenen oder mit einem Versorgungsvertrag nach § 109

SGB V ausgestatteten und von den Patienten unverändert nachgefragten Fachkrankenhäuser für Rheumakranke in Baden-Baden, Bad Wildbad und Bad Bellingen behalten jedoch ihren Status.

Als weit verbreitete und häufige Erkrankungen werden die Untersuchung und Behandlung von Rheumakranken daher dem Versorgungsauftrag der Allgemeinkrankenhäuser zugeordnet, die eine flächendeckende Versorgung dieser Volkskrankheit sicherstellen müssen. Die Allgemeinkrankenhäuser können durch geeigneten Personaleinsatz innerhalb der Fachabteilungen Schwerpunkte für die Rheumatologie bilden. Die für die Behandlung von Rheumakranken erforderlichen Vorhaltungen für die physikalische Therapie sind in der Regel vorhanden.

9.14 Schlaflabors

Die Schätzungen für die Prävalenz klinisch relevanter schlafbezogener Atmungsstörungen im mittleren Lebensalter liegen zwischen 2 bis 4 %. Die Krankheitsursachen sind in der Regel entweder dem Zuständigkeitsbereich der Fachgebiete HNO, Innere Medizin und Pulmologie oder der Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie zuzurechnen.

Die Richtlinien für neue Untersuchungen und Behandlungen (NUB) des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sehen für die schlafbezogenen Atmungsstörungen vier Stufen der Diagnostik vor: Erst in der vierten Stufe ist eine Diagnostik (Polysomnographie in einer apparativ entsprechend ausgestatteten Einrichtung) unter stationären Bedingungen erforderlich. Das Gleiche gilt für die individuelle Einstellung auf ein Therapiegerät für die Überdruckbeatmung.

Die Prüfung der Bedarfsgerechtigkeit von Standorten für Schlaflabors erfolgt einzelfallbezogen. Dies gilt insbesondere für die Einrichtung neuer Schlaflabors, die aus Gründen der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit grundsätzlich den Krankenhäusern der Zentral- und Maximalversorgung sowie Fachkliniken vorbehalten bleiben soll.

Folgende nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser betreiben derzeit ein Schlaflabor:

Tabelle 25:

**Stationäre Schlaflabors in Krankenhäusern
in Baden-Württemberg**

- Stand: Oktober 1999 -

Standort	Krankenhaus	Abteilung(en)
Gerlingen	Klinik Schillerhöhe	Pneumologie
Nürtingen	Kreis Krankenhaus	Innere Medizin
Löwenstein	Klinik Löwenstein	Pneumologie
Heidelberg	Universitätsklinikum	HNO
Heidelberg	Universitätsklinikum	Innere Medizin III
Heidelberg	Thoraxklinik-Heidelberg	Pneumologie
Mannheim	Klinikum der Stadt Mannheim gGmbH Universitätsklinikum	HNO
Mannheim	Theresienkrankenhaus	Pulmologie
Mannheim	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit	
Karlsruhe	Städt. Klinikum	HNO
Karlsruhe	St. Vincentius Krankenhäuser	Pneumologie
Karlsbad	Klinikum Karlsbad-Langensteinbach gGmbH	Innere Medizin
Pforzheim	Centralklinik	
Calw	Zentrum für Psychiatrie	
Freiburg	Universitätsklinikum	Medizinische Klinik, Pneumologie
Freiburg	Universitätsklinikum	Psychiatrie
Lahr	Klinikum Lahr	Neurologische Klinik
Offenburg	Klinikum Offenburg	Innere Medizin
Rottweil	Kreis Krankenhaus	HNO
Singen	Hegau-Klinikum	Innere Medizin
St. Blasien	Klinik St. Blasien	
Tübingen	Neurologische Universitätsklinik	
Ulm	Universitätsklinikum	HNO
Ulm	Universitätsklinikum	Innere Medizin II
Wangen im Allgäu	Fachkliniken Wangen	Pneumologie

9.15 Schlaganfallversorgung

Nach neueren medizinischen Erkenntnissen kann die Prognose von Schlaganfällen durch schnelle Diagnostik, adäquate Therapie und rechtzeitig einsetzende Frührehabilitation deutlich verbessert werden.

Die wichtigsten Komponenten einer aktiven Schlaganfallbehandlung sind:

- Einlieferung ins Krankenhaus möglichst innerhalb von 2 bis 3 Stunden nach dem Ereignis,
- dort schnelle, umfassende Initialdiagnostik,
- systematische Überwachung der wichtigsten Vitalfunktionen,
- umgehende Therapieeinleitung, Sekundärprävention und frührehabilitative Maßnahmen,
- nach Verweildauer von wenigen Tagen bruchlos anschließende stationäre Weiterbehandlung oder Rehabilitation.

In einem ersten Schritt wurden daher im Einvernehmen mit dem LKHA sieben Schlaganfallstationen mit 4 bis 8 Betten an den Neurologischen Kliniken der Maximalversorgung (Stroke Units) eingerichtet. Diese Stroke Units sollen die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen sicherstellen und für ihren Einzugsbereich modellhaft eine lückenlose Versorgungskette organisieren.

Tabelle 26:

**Stroke Units
in Baden-Württemberg**

- Stand: April 1999 -

Standort (jeweils Neurologische Klinik)	Betten	Inbetriebnahme
Universitätsklinikum Heidelberg	8	01.04.98
Universitätsklinikum Tübingen	5	02.06.98
RKU Ulm / Universitätsklinikum Ulm	6	09.02.99
Bürgerhospital Stuttgart	4	01.04.98
Klinikum Mannheim gGmbH	5	22.04.98
Städt. Klinikum Karlsruhe	6	01.12.98
Universitätsklinikum Freiburg	6	01.10.99
Summe:	40	

Die Investitionskosten sollen u.a. durch Einsatz von Drittmitteln möglichst niedrig gehalten werden, die Betriebskosten sind durch Umwidmung von Personalstellen und Bettenkontingenten sowie durch Einsparungen in den umliegenden Häusern zu begrenzen. Zwei Jahre nach der Inbetriebnahme der Stroke Units wird der LKHA die Erfahrungen auswerten.

In einem zweiten Schritt sollen weitere Krankenhäuser als regionale und lokale Schlaganfallschwerpunkte mit dem Ziel einer flächendeckenden Akutversorgung von Schlaganfallpatienten einbezogen werden. Die endgültigen Standorte der regionalen und lokalen Schlaganfalleinheiten werden im Rahmen der vom LKHA verabschiedeten Konzeption zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung in

Baden-Württemberg nach Beratung in einem eigens dazu eingerichteten Lenkungsausschuss vom Sozialministerium festgelegt.

9.16 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 Hinblick 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. In Betracht kommen vor allem Krankenhäuser, die auf Grund ihrer Fächerstruktur eine Zusammenarbeit insbesondere zwischen Anästhesisten, Neurologen, Neurochirurgen und Orthopäden organisieren können. Im Rahmen des vorhandenen Bettenbestandes können dafür auch entsprechende Stationen ausgewiesen werden.

Das Sozialministerium wird dieses Thema noch im Rahmen eines Versorgungskonzepts für chronisch Schmerzkranken fachlich aufbereiten.

9.17 Schwerbrandverletzte

Spezialbetten für Schwerbrandverletzte erfordern einen sehr hohen Betriebskostenaufwand. Da gleichzeitig die Indikation zu ihrer Nutzung selten auftritt, ist nur eine beschränkte Zahl erforderlich, zumal bei Verbrennungsfällen, an denen eine größere Personenzahl beteiligt ist, die Spezialbrandbetten anderer Bundesländer und ggf. auch im Ausland herangezogen werden können.

Die Vermittlung von Betten für Schwerbrandverletzte hat seit 1981 eine Zentrale Anlaufstelle (ZA-Schwerbrandverletzte) des Hamburger Krankenhausbettennachweises übernommen. Deren Aufgabe ist es, auf telefonische Anfrage die dem Schadensort am nächsten gelegene, geeignete Einrichtung mit freien Kapazitäten und die dortigen Ansprechpartner zu benennen. Seit Ende 1999 sind die Aufgaben der Zentralen Anlaufstelle der Hamburger Feuerwehreinsatzzentrale und Rettungsleitstelle übertragen.

In Baden-Württemberg werden derzeit neun Betten für Schwerbrandverletzte vorgehalten. Dies entspricht in Verbindung mit der benachbarten Berufsgen. Unfallklinik Ludwigshafen (Rheinland-Pfalz) dem derzeitigen Bedarf. Spezialbrandbetten werden in den Krankenhaus-Einzelblättern unter der Spalte Bemerkungen gesondert aufgeführt.

Tabelle 27:

**Betten für Schwerbrandverletzte
in Baden-Württemberg
- Stand: Oktober 1999 -**

Krankenhaus am Vermittlungsverfahren der ZA- Schwerbrandverletzte beteiligt (Stand: Oktober 1999)	Ansprechpartner	Telefon- Durchwahl	Betten
Chirurgische Universitätsklinik Freiburg Hugstetter Str. 55 79106 Freiburg	Prof. Dr. Farthmann oder diensthabender Arzt	0761/270-2592 oder 270-2591	2
Marienhospital Stuttgart Böheimstr. 37 70199 Stuttgart	Dr. Junginger, Chefarzt Anästhesie/Intensiv Chefarzt Prof. Dr. Dittel, Oberarzt Dr. Uhlig Unfallchirurgie	0711/6489-2401 0711/6489-2211	2
Olgahospital, Pädiatrisches Zentrum der Landeshauptstadt Stuttgart Bismarckstr. 8 70176 Stuttgart	PD Dr. Lochbühler Kinderchirurgische Klinik	0711/992-3021	1 Kinderbett
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen Schnarrenbergstr. 95 72076 Tübingen	Prof. Dr. Schaller oder diensthabender Oberarzt der Anästhesieabteilung	07071/606-1035 07071/606-1413 oder 606-1137	2
Kinderchirurgische Klinik im Klinikum Mannheim gGmbH, Universitätsklinikum Theodor-Kutzer-Ufer 68167 Mannheim	Prof. Dr. Waag oder diensthabender Arzt Intensivstation:	0621/383-2316 0621/383-2659	2 Kinderbetten

Hinweis: Die **Zentrale Anlaufstelle für die Vermittlung von Schwerbrandverletzten in Hamburg** steht 24 Stunden am Tag und an allen sieben Tagen der Woche zur Verfügung. Sie ist zu erreichen unter den **Telefon-Nr. 040 / 428 51 - 3998** oder **040 / 428 51 - 3999** oder unter der **Telefax-Nr. 040 / 428 51 - 4269**

Quelle: Sozialministerium BW; Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg

9.18 Strahlentherapie / Therapie mit offenen Radionukliden

Baden-Württemberg verfügt über ein flächendeckendes Netz von modernen Strahlentherapiegeräten zur Behandlung von Tumorpatienten. Die Geräte sind durchweg an Krankenhäusern aufgestellt; dort wird sowohl die stationäre als auch die ambulante Behandlung durchgeführt. Zur Sicherstellung eines möglichst wirtschaftlichen Geräteeinsatzes und einer reibungslosen Behandlungsorganisation hat sich der parallele Betrieb von mindestens zwei Geräten an einem Standort als vorteilhaft erwiesen (Tandembetrieb). Dies ist gegenwärtig an 14 von 21 Standorten der Fall. Der Bedarf im Raum Lörrach wird voraussichtlich im Kantonsspital Basel (Schweiz) abgedeckt werden können.

Weitgehend umgesetzt ist auch der in der Versorgungskonzeption des Sozialministeriums vom 14.11.1990 (Staatsanzeiger von Baden-Württemberg vom 19.01.1991) vorgesehene Ersatz von Telekobaltgeräten durch Linearbeschleuniger. Derzeit sind in Baden-Württemberg 47 Linearbeschleuniger und noch 4 Telekobaltgeräte in Betrieb (Stand 01.03.2000).

Tabelle 28:

Strahlentherapiegeräte in Baden-Württemberg

- Stand: 01.03.2000 -

Standort	Linearbeschleuniger	Telekobaltgeräte
Regierungsbezirk Stuttgart:		
Katharinenhospital Stuttgart	3	
Marienhospital Stuttgart	2	
Kreiskrankenhaus Böblingen		1
Paracelsus-Krankenhaus Ostfildern-Ruit	1	1
Klinik am Eichert, Göppingen	1	1
Klinikum Ludwigsburg	2	
Klinikum Heilbronn	2	
Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch-Hall	1	
Kreiskrankenhaus Heidenheim	1	
Regierungsbezirk Karlsruhe:		
Städt. Klinikum Karlsruhe	3	
St. Vincentius-Krankenhäuser Karlsruhe	2	
Universitätsklinikum Heidelberg	7	
DKFZ Heidelberg 1)	2	
Klinikum Mannheim gGmbH	2	
Regierungsbezirk Freiburg:		
Universitätsklinikum Freiburg	4	1
Klinikum Offenburg	1	
Klinikum der Stadt Villingen-Schwenningen	2	
Strahleninstitut am Klinikum Konstanz	2	
Regierungsbezirk Tübingen:		
Universitätsklinikum Tübingen	4	
Universitätsklinikum Ulm	3	
St. Elisabethen-Krankenhaus Ravensburg	2	
SUMME	47	4

1) nicht im Krankenhausplan enthalten

Die Therapie mit offenen Radionukliden verlangt besondere personelle, apparative und bauliche Vorhaltungen. Gleichzeitig muss die Entsorgung radioaktiven Materials zuverlässig gewährleistet sein. Die Anzahl der Standorte für diese Therapie soll daher beschränkt bleiben. Mit den derzeit im Krankenhausplan ausgewiesenen und geplanten Kapazitäten ist der Bedarf nach gegenwärtiger Einschätzung in Baden-Württemberg gedeckt.

9.19 Transplantationsmedizin

Organtransplantationen sowie die Transplantation von Knochenmark verursachen hohen Kosteneinsatz und setzen eine spezifische Krankenhaus-Infrastruktur sowie besondere personelle Vorhaltungen voraus. Sie sollen sowohl aus Gründen der Wirtschaftlichkeit als auch der medizinischen Qualität nur an wenigen spezialisierten Krankenhäusern durchgeführt werden. Organverpflanzungen, bei denen noch ein hoher Forschungsbedarf besteht, werden an Universitätskliniken vorgenommen.

Kliniken bzw. Abteilungen, die für Transplantationen zugelassen sind, werden durch eine entsprechende Festlegung im Krankenhaus-Einzelblatt ausgewiesen.

9.19.1 Organtransplantationen

Das Ende 1997 in Kraft getretene Transplantationsgesetz erlaubt nur noch denjenigen Krankenhäusern die Durchführung von Transplantationen, die dafür förmlich zugelassen sind. Dabei sind aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit die Transplantationen bestimmter Organe auch innerhalb der Transplantationszentren auf wenige Standorte zu konzentrieren. In Baden-Württemberg wird nach Beratung im LKHA abweichend von der Auffassung der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft folgendes Verfahren zur Standortauswahl praktiziert:

- Feststellung der Kriterien, die zur Auswahl der Standorte herangezogen werden sollen, durch das Sozialministerium nach Expertenanhörung.
- Auswahl der künftigen Standorte durch die Krankenkassen anhand der vereinbarten Kriterien. Dabei wird auch die wirtschaftliche Leistungserbringung zu prüfen sein.
- Nach Beratung im LKHA Zulassung der ausgewählten Kliniken durch Abschluss einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V im Benehmen mit dem Sozialministerium.

Derzeit sind die Universitätskliniken Freiburg und Heidelberg als Herztransplantationszentren zugelassen. Das Auswahlverfahren für die Organe Niere, Leber und Pankreas ist noch nicht abgeschlossen.

Nach § 11 Abs. 4 Satz 2 Transplantationsgesetz sind alle Krankenhäuser verpflichtet, potenzielle Organspender bei diesen Transplantationszentren anzumelden.

9.19.2 Stammzelltransplantationen

Das derzeitige Angebot zur Stammzelltransplantation ist historisch über Budgetverhandlungen gewachsen. Die Stammzelltransplantation ist derzeit noch Gegenstand der wissenschaftlichen Prüfung. Künftige Ausbauprojekte sind deshalb vorwiegend auf die Tumorzentren zu konzentrieren.

Tabelle 29:

Durchführung von Stammzelltransplantationen in Baden-Württemberg

- Stand: August 1999 -

Standort	durchführende Abteilung
Diakonissen-Krankenhaus Stuttgart	Innere Medizin (Abt. Hämatologie/Onkologie)
Olgahospital Stuttgart	Pädiatrie (Abt. Hämatologie/Onkologie)
Katharinenhospital Stuttgart	Innere Medizin (Abt. Hämatologie/Onkologie)
Bürgerhospital Stuttgart	Innere Medizin (Abt. Hämatologie/Onkologie)
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart	Innere Medizin (Abt. Hämatologie/Onkologie)
Städt. Klinikum Karlsruhe	Innere Medizin (Abt. Hämatologie/Onkologie)
Universitätsklinikum Heidelberg	Innere Medizin und Pädiatrie
Klinikum Mannheim gGmbH	Innere Medizin (Abt. Hämatologie/Onkologie)
Universitätsklinikum Freiburg	Innere Medizin I und Pädiatrie
Universitätsklinikum Tübingen	Innere Medizin II und Pädiatrie
Universitätsklinikum Ulm	Innere Medizin III und Pädiatrie

Baden-Württemberg hat - historisch bedingt - derzeit im Vergleich der Bundesländer die meisten Standorte aufzuweisen und versorgt andere Bundesländer teilweise mit. Ein Zusatzbedarf an Leistungen ist nicht erkennbar.

10. Fachplanung für Psychiatrie und Psychotherapie

Das Fachgebiet Psychiatrie ist integraler Bestandteil der Krankenhausplanung des Landes. Mit einem Anteil von etwa 12% am Gesamtbettenbestand hat die psychiatrische Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg einen beachtlichen Stellenwert in der allgemeinen Krankenhausversorgung. Auch unter dem Grundsatz "ambulant vor stationär" wird die stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung in vielen Fällen nach wie vor unverzichtbarer Bestandteil eines Gesamtbehandlungskonzepts sein. Dabei fallen nicht nur die Schwere eines Krankheitsbildes, sondern auch der schwierige und komplizierte Verlauf einiger psychiatrischer Erkrankungen ins Gewicht.

10.1 Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene

10.1.1 Bettenbestand

Im Einzelnen wurden zum 31.12.1999 insgesamt 7.790 Betten und Plätze in planrelevanten Krankenhäusern für die Versorgung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht und Sonderbereich für die Versorgung geistig Behinderter mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen), im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik vorgehalten.

Dieser Ende 1999 vorgehaltene Bestand entspricht bei einer Bevölkerung von rund 10,42 Mio. Einwohnern in Baden-Württemberg (Stand Nov. 1998) einer Messziffer von 0,74 Betten/Plätzen je 1.000 Einwohner. Damit wurde die im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans III von 1989 vorgegebene Zielgröße erreicht.

10.1.2 Bettenbedarf

10.1.2.1 Krankenhaushäufigkeit

Die Krankenhaushäufigkeit der Bevölkerung stieg in den letzten zehn Jahren im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie um ca. 20% an. Aus der Anzahl der Aufnahmen im Jahr 1997 (Erhebung des Statistischen Landesamtes vom 19.02.1999) errechnet sich im Bereich Psychiatrie eine Krankenhaushäufigkeit von 58 Aufnahmen pro 10.000 Einwohner. Die Zunahme von 48 auf 58 pro 10.000 Einwohner innerhalb der letzten 10 Jahre lässt sich u.a. auf die steigende Zahl der älteren Bevölkerung und die Zunahme psychischer Störungen im Alter, Zunahme schwererer Krankheitsbilder im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und Zunahme von Suchterkrankungen zurückführen. Als weitere Einflussfaktoren sind die niedrigere Schwelle bei Inanspruchnahme stationärer Angebote, die bessere räumlichen Erreichbarkeit und die bessere ambulante Versorgung in Betracht zu ziehen.

10.1.2.2 Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer konnte durch den Ausbau ambulanter Hilfsstrukturen wesentlich verkürzt werden. Die rückläufige Verweildauer psychisch kranker Patienten und Patientinnen bei der stationären Behandlung - inzwischen durchschnittlich unter 40 Tagen mit weiter sinkender Tendenz - muss bei der zukünftigen Bedarfsannahme Berücksichtigung finden. Die Verkürzung der Verweildauer setzt entsprechend tragfähige ambulante Strukturen voraus. Auch bleibt die Auswirkung neuer Behandlungsansätze einschließlich der Anwendung neu entwickelter Psychopharmaka mit besserer Verträglichkeit auf Verweildauer und Krankenhaushäufigkeit abzuwarten.

10.1.2.3 Verhältnis zum Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin

In begrenztem Umfang wird sich die Schaffung des neuen Fachgebiets Psychotherapeutische Medizin in der Bettenbedarfszahl im Fachgebiet Psychiatrie niederschlagen. Bisher im Krankenhausplan der Psychiatrie zugerechnete, aber originär für die psychosomatische Versorgung genutzte Betten werden zukünftig bedarfsplanerisch der Psychotherapeutischen Medizin zuzuordnen sein. Bereits jetzt werden von den hierfür erforderlichen Krankenhausbetten fast die Hälfte aus der Psychiatrie bereitgestellt, ein geringer Teil aus der Inneren Medizin. Für die Bedarfsberechnung in der Psychiatrie ist deshalb der Anteil abzuziehen, der zukünftig in den Bereich der Psychotherapeutischen Medizin fällt (ca. 500 Betten).

10.1.2.4 Ergebnis

Ausgehend von einer Krankenhaushäufigkeit von 58 Fällen pro 10.000 Einwohner, einer durchschnittlichen Verweildauer von 40 Tagen und einem Nutzungsgrad von 90% ergibt sich im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie nach Abzug der Betten für die Psychotherapeutische Medizin ein rechnerischer Bedarf von ca. 7.400 Betten und Plätzen (entsprechend einer Bettenmessziffer von 0,71).

Der Anteil tagesklinischer Plätze am Gesamtbettenbestand soll durch weiteren Ausbau tagesklinischer Versorgungsangebote 10% erreichen. Dies entspricht in Baden-Württemberg durchschnittlich einem Verhältnis von 7 Tagesklinikplätzen je 100.000 Einwohner.

Somit liegt die Zielgröße vollstationärer Krankenhausbetten in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie bei ca. 6.650 Betten und ca. 750 tagesklinischen Plätzen.

Differenzierte Aussagen zur Psychotherapeutischen Medizin sind in **Abschnitt 10.5** enthalten.

10.2 Versorgungsstrukturen

10.2.1 Fachliche Strukturen

Im Zuge eines tief greifenden Strukturwandels wurden die ehemaligen Psychiatrischen Landeskrankenhäuser, die 50% der psychiatrischen Betten vorhielten, in die heutigen Zentren für Psychiatrie, Anstalten des öffentlichen Rechts, überführt. Gleichzeitig wurde neben der bereits bestehenden breiten fachlichen Differenzierung die sektorierte Versorgung eingeführt, was die Einbindung der Zentren für Psychiatrie in die ambulante, komplementäre und rehabilitative Versorgungsstruktur ihrer Aufnahmegebiete erleichterte. Neben der sektorierten Vollversorgung nehmen die Zentren für Psychiatrie nach wie vor wichtige überregionale Aufgaben wahr (z.B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder im Maßregelvollzug).

Vollversorgung ist gegeben, wenn psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen im Hinblick auf ihre Größe und Struktur in Zusammenarbeit mit diagnostischen, therapeutischen, betreuenden und beratenden Diensten des ihnen zugeordneten Einzugsgebietes in der Lage sind, das gesamte Spektrum einer ausreichenden und medizinisch zweckmäßigen psychiatrischen Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Der Landesarbeitskreis Psychiatrie hat sich für das Prinzip der Vollversorgung mit folgenden Überlegungen ausgesprochen:

- Keine Trennung in Regel- und Zentralversorgung. Eine solche Unterscheidung ist in der Psychiatrie fachlich weder möglich noch sinnvoll, ebenso wie eine Unterscheidung zwischen "leichten" und "schweren" Fällen.
- Keine Zwei-Klassenpsychiatrie ("Psychiatrie erster Klasse" an den Abteilungen, "Psychiatrie zweiter Klasse" an den Fachkrankenhäusern).
- Keine erneute Verschlechterung der Akzeptanz der psychiatrischen Fachkrankenhäuser in der Bevölkerung.
- Gewährleistung der Kontinuität in der Patientenbetreuung.
- Gleiche Versorgungsqualität in psychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern.
- Gewährleistung einer umfassenden Weiterbildung für Ärzte zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, da die Behandlung eines breiten Spektrums psychiatrischer Krankheitsbilder in allen stationären Einrichtungen dadurch möglich wird.

Eine fachliche ausreichende Strukturierung und innere Differenzierung ist gegeben, wenn vorhanden sind:

- Akutbehandlung
- Suchtkrankheiten/Entgiftung
- Gerontopsychiatrie
- Rehabilitation und Sozialpsychiatrie
- Psychotherapie.

Daneben muss die Versorgung durch andere medizinische Disziplinen durch fest eingerichtete Konsiliardienste gewährleistet sein.

Die Größe einer psychiatrischen Einrichtung der Vollversorgung sollte in der Regel 120 Betten betragen. Im Einzelfall ist bei einer angemessenen Ausdifferenzierung die Behandlung des Krankheitsspektrums in der Psychiatrie auch in psychiatrischen Abteilungen mit weniger, mindestens aber 80 Betten vertretbar. Voraussetzung hierfür sind verbindliche Absprachen zwischen psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen innerhalb gemeinsamer Einzugsgebiete über die Aufgabenverteilung bzw. Zusammenarbeit. Auf diese Weise einzubinden sind auch bereits in den Krankenhausplan aufgenommene kleinere Abteilungen und Stationen.

10.2.2 Regionale Strukturen, Kooperation und Koordination, Teilversorgung

Im Zuge der Weiterentwicklung der gemeindenahen Versorgung wurden und sind Umschichtungen von Bettenkapazitäten in bestimmten Regionen nötig. Neben einem weiteren psychiatrischen Fachkrankenhaus mit 120 Betten in Offenburg konnten bis heute 8 eigenständige psychiatrische Abteilungen mit insgesamt 1.123 Betten an Allgemeinkrankenhäusern errichtet werden. Die psychiatrischen Fachabteilungen übernehmen die dezentrale psychiatrische Vollversorgung eines bestimmten Versorgungsgebietes einschließlich der Behandlung nach UBG untergebrachter Patienten. Im Gegenzug wurden an den großen Fachkrankenhäusern in dem Zeitraum von 1990 bis 1998 insgesamt 750 Betten (18%) abgebaut. Die Abgrenzung von Pflichtaufnahmegebieten unter den Anbietern stationärer Versorgungsleistungen ist für eine reibungsarme und effiziente psychiatrische Versorgung erforderlich. Darüber hinaus können Absprachen zwischen den Fachabteilungen und den Fachkrankenhäusern über die Versorgung spezieller Krankheitsbilder erfolgen, wenn eine differenzierte Spezialbehandlung zum Wohle der Patienten nötig wird.

Für den weiteren Ausbau der gemeindenahen psychiatrischen Krankenhausversorgung ist der Spielraum für die Errichtung neuer eigenständiger psychiatrischer Abteilungen mit einer Mindestgröße von 80 Betten geringer geworden. Größere Gemeindenähe kann unter entsprechenden Bedingungen durch kleinere Einheiten hergestellt werden. Kleinere Einheiten sind jedoch bei gleichzeitiger Sicher-

stellung von Vollversorgung und eines hohen fachlichen Standards unter wirtschaftlichen und leistungsgerechten Gesichtspunkten nicht eigenständig zu betreiben. Die Errichtung von Dependancen und Außenstellen vollversorgender Psychiatrischer Krankenhäuser würde einerseits die Gemeindenähe mit qualitativen Erfordernissen z.B. in Form einer Spezialisierung auf der anderen Seite verbinden. Das Konzept der Auslagerung von Stationen wird zu wesentlichen strukturellen Veränderungen in der stationär klinischen Versorgung führen. Im Einzelnen sieht die Planung Folgendes vor:

- Bereits sektorisierte Aufnahmestationen werden aus Psychiatrischen Fachkliniken ("Mutterhäuser") an Allgemeinkrankenhäuser ausgelagert und übernehmen die gemeindenahe Akut- und Notfallversorgung. Das Spektrum kann alle psychiatrischen Krankheitsbilder einschließen oder sich auf die Allgemeinpsychiatrie begrenzen. Die Vollversorgung, - einschließlich der nach UBG unterzubringenden Patienten -, erfolgt dann gemeinsam mit dem Mutterhaus.
- Die Errichtung solcher so genannter Satelliten erfolgt bettenneutral an einem geeigneten Standort in organisatorischer Verbindung mit dem Mutterhaus.
- Der Satellit muss über einen durchgehenden ärztlichen Bereitschaftsdienst vor Ort und grundsätzlich über die Möglichkeit durchgehender fachärztlicher Entscheidungen verfügen. Dafür und für erforderliche Weiterverlegungen muss der Satellit innerhalb einer Stunde Fahrzeit vom Mutterhaus erreichbar sein.
- Die Fachkrankenhäuser werden bei Auslagerung von Satelliten das Angebot der Gemeindenähe ihrerseits durch Vorhaltung von spezialisierten Angeboten qualitativ ergänzen.
- Dabei ist von Bedeutung, dass die bestehenden Fachkrankenhäuser als Kompetenzzentren ein differenziertes therapeutisches Angebot vorhalten, welches in dieser Differenziertheit in kleineren Einheiten an Allgemeinkrankenhäusern nicht möglich ist. Aus den Vorteilen einer gemeindenahen Versorgung und der nicht minder vorteilhaften Spezialisierung der Fachkrankenhäuser ergeben sich positive Effekte, die durch enge Kooperation und einvernehmliche Absprachen zwischen den versorgenden Einrichtungen synergistisch genutzt werden können.
- Damit werden die Zentren für Psychiatrie noch stärker in den Gemeindepsychiatrischen Verbund eingebunden; dies entspricht dem gesetzlichen Auftrag in § 2 des EZPsychG.
- Insgesamt kann einer flächendeckenden gemeindenahen stationären Versorgung mit voraussichtlich 10 Außenstellen an entsprechend geeigneten Standorten näher gerückt werden. Die Umsetzung dieses Konzepts erfolgt zunächst an zwei Standorten. Vor weiteren konkreten planerischen Entscheidungen sind die Erfahrungen der kurz vor der Realisierung stehenden Satelliten in Wangen und Bruchsal abzuwarten.

Hinsichtlich der Forderung nach Vollversorgung durch ein Krankenhaus können sich in speziellen Fällen Ausnahmen ergeben.

Die besonderen Anforderungen bei der stationären psychiatrischen Behandlung geistig behinderter Menschen werfen die Frage auf, wo eine fachlich qualifizierte und den Bedürfnissen des Betroffenen gerecht werdende Versorgung erfolgen soll. Die psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Stationen der Allgemeinpsychiatrie an Fachkrankenhäusern können diesem Auftrag ohne Bereitstellung spezifischer Angebote nicht ausreichend gerecht werden. Deshalb wurde die Versorgung für diesen Personenkreis neben der Einrichtung bei den Johannes-Anstalten in Mosbach durch eine neue entsprechende Abteilung in der St. Lukas-Klinik in Meckenbeuren bedarfsgerecht verbessert.

10.2.3 Teilstationäres Angebot

Die von der Expertenkommission der Bundesregierung empfohlene Relation von 20 Tagesklinikplätzen auf 100.000 bis 150.000 Einwohner lässt sich in einem Flächenstaat wie Baden-Württemberg nicht realisieren. Die Aspekte Gemeindenähe, Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit sind nicht in allen Regionen zu vereinen, so dass es vor allem in ländlichen Regionen sinnvoll ist, auf vorhandene Strukturen zurückzugreifen. In erster Linie betrifft dies die überdurchschnittliche Zahl niedergelassener Allgemeinärzte und -ärztinnen sowie Fachärzte und Fachärztinnen auf psychiatrischem Fachgebiet, die die ambulante Versorgung zusammen mit einem in Baden-Württemberg flächendeckend eingerichteten Sozialpsychiatrischen Dienst sicherstellen.

Als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung hilft die tagesklinische Behandlung, stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden. Auf der Grundlage des von der Landesregierung 1993 gebilligten Planungskonzepts⁶ konnte seit 1994 durch zusätzliche Tageskliniken in Aalen, Böblingen, Esslingen, Heidelberg, Ludwigsburg, Heidenheim, Karlsruhe, Offenburg, Ulm und Wangen das Angebot bis zum 31.12.1999 auf insgesamt 503 teilstationäre Plätze (davon 4 Nachtklinikplätze) an 24 Standorten ausgeweitet werden. Weitere Tageskliniken befinden sich zur Zeit in Aalen, Bad Säckingen, Balingen, Biberach, Lörrach, Pforzheim, Schwäbisch Gmünd und Villingen-Schwenningen im Aufbau. Das Ziel der Planung ist, die tagesklinischen Behandlungsangebote weiter auszubauen und auf etwa 750 - 800 Plätze zu erweitern.

⁶ Psychiatrische Tageskliniken in Baden-Württemberg, Ein Planungskonzept, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, Reihe Gesundheitspolitik, Nr. 27, Stuttgart, November 1993

10.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

10.3.1 Versorgungsstruktur

Bei der stationären Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zwischen der Grundversorgung und der Sonderversorgung zu unterscheiden.

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Abteilungen, die die Aufgaben der Grundversorgung wahrnehmen, müssen einerseits regional in ein überschaubares Versorgungsgebiet eingebunden sein, andererseits eine ausreichende Größe für innere Differenzierungsmöglichkeiten haben.

Die Sonderversorgung umfasst besondere Problemgruppen, für die überregional einzelne kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken/Abteilungen zugeordnet werden können. Zur Sonderversorgung zählen die Versorgung geistig Behinderter mit neuropsychiatrischen Komplikationen, Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma, psychosomatisch Erkrankte, drogenabhängige und suchtgefährdete Jugendliche, psychisch kranke jugendliche Rechtsbrecher.

10.3.2 Klinik- und Abteilungsstruktur

Die Kliniken arbeiten als Fachkrankenhäuser, als selbständige Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses, eines Zentrums für Psychiatrie oder einer Universitätsklinik. Die ärztliche Leitung steht in der fachlichen Verantwortung des/der Leitenden Arztes/Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Klinik angegliedert ist ein Ambulanz- und Schulbereich.

Eigenständige Abteilungen sollten eine Größe von rd. 30 Betten haben, in denen ein tagesklinisches Behandlungsangebot bereits enthalten ist; effizient kann eine Tagesklinik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur dann arbeiten, wenn sie direkt mit der vollstationären Einrichtung verbunden ist.

10.3.3 Bedarfsplanung

Dem Grundsatz "ambulant vor stationär" kommt bei der psychiatrischen Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen besonderes Gewicht zu. Eine stationäre Behandlung, die das Kind aus dem Familiensystem löst, kommt nur als ultima ratio in Betracht. Daher wurde landesweit ein differenziertes ambulantes Hilfesystem geschaffen, das insbesondere besteht aus

- Erziehungsberatungsstellen
- schulpsychologischen Dienste
- klinischen Psychologen
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- niedergelassenen Ärzten

- sozialpädagogischer Familienhilfe
- intensiver sozialpädagogischer Einzelbetreuung
- Tagesgruppen
- verschiedenen betreuten Wohnformen.

Bei der Beurteilung der Versorgungsstruktur im stationären Bereich ist ganz wesentlich auch die große Zahl niedergelassener bzw. ambulant tätiger Kinder- und Jugendpsychiater sowie die fortgeführte intensive Kooperation mit der relativ gut differenzierten Jugendhilfe in Baden-Württemberg zu berücksichtigen. Zudem ist durch eine nochmals verbesserte Versorgungssituation im ambulanten Bereich durch das Inkrafttreten des "Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten, des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze" (PsychThG) zum 01.01.1999 von einem zukünftig rückläufigen Bedarf auch im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich auszugehen.

Für die Grundversorgung kann daher krankenhauplanerisch eine Bettenmessziffer von 4 Betten auf 100.000 Einwohner der Gesamtbevölkerung angenommen werden. Für die Sondernversorgung liegt die Messziffer bei 2 Betten pro 100.000 Einwohner. Legt man diese Bettenmessziffern zu Grunde, so ergibt sich bei einer Bevölkerung von 10,42 Mio. Einwohner (Stand Nov. 1998) in Baden-Württemberg folgender rechnerischer Bedarf:

- Grundversorgung: 417 Betten/Plätze
- Sondernversorgung: 208 Betten/Plätze

Etwa 20 % der Behandlungsangebote sollen in Anlehnung an das Gesagte als tagesklinische Plätze realisiert werden. Die tagesklinischen Behandlungsplätze können im Verhältnis 1 : 2 auf den Bettenbedarf angerechnet werden.

10.3.4 Bestand

Für die stationäre Krankenhausbehandlung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden am 31.12.1999 landesweit 375 Planbetten und 37 Tagesklinikplätze, insgesamt also 412 Betten und Plätze vorgehalten. Davon entfallen 94 Betten auf die Sondernversorgung für geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in Meckenbeuren, Gammertingen, Titisee-Neustadt und Mosbach.

10.3.5 Bewertung der Versorgungssituation

In der vollstationären Versorgung sind noch bestehende Lücken - insbesondere im Bereich Ostwürttemberg - zu schließen. Die Einrichtung einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung am Universitätsklinikum Ulm ist bereits beschlossen, eine Option für die Standortauswahl besteht für Ellwangen.

Angesichts des hohen Stellenwertes einer familiennahen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist auch die teilstationäre Versorgung an den vorhandenen bzw. geplanten Standorten der stationären Versorgung im Rahmen des Gesamtbedarfs auszubauen.

In Anbetracht der in Baden-Württemberg zur Verfügung stehenden Betten in neuropsychiatrischen und neuropädiatrischen Behandlungseinrichtungen (Epilepsiezentrum Kork in Kehl und Jugendwerk Gailingen zusammen 132 Betten) ist im Bereich der Sonderversorgung bei psychisch Erkrankten mit geistiger Behinderung eine geringfügige Erhöhung des gegenwärtigen Bestandes zur Bedarfsdeckung notwendig.

Die Behandlung drogenabhängiger und von Sucht bedrohter Jugendlicher ist ebenfalls der Sonderversorgung zuzuordnen. Derzeit wird geprüft, ob und ggfs. in welcher Form der Bedarf eines spezifischen Versorgungsangebotes in Form eines Angebotes zur Durchführung niederschwelliger Entzugsbehandlungen bei suchtkranken Jugendlichen gedeckt werden kann. Einzelheiten hierzu bedürfen noch der Beratung im LKHA.

10.4 Sucht

Für die Akutversorgung und Krisenintervention von Suchtkranken stehen in den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern Betten zur Verfügung. Die Zunahme der Aufnahmen im Suchtbereich ist nicht nur Ausdruck zunehmender Suchterkrankungen in der Bevölkerung sondern auch Ergebnis der Bemühungen, Suchterkrankte frühzeitig zu einem qualifizierten Entzug mit entsprechender Nachsorge zu bringen. Die Behandlungsstationen für den qualifizierten körperlichen Entzug bilden dabei nur ein Glied in der Behandlungskette von der Suchtberatungsstelle bis hin zur Entwöhnung.

Bewährt haben sich die Entgiftungsstationen für den niederschweligen Entzug Drogenabhängiger. Die wissenschaftliche Evaluation der niederschweligen Drogenentzugsstationen an den Zentren für Psychiatrie Wiesloch, Calw, Emmendingen und Weissenau sowie am Bürgerhospital in Stuttgart und in der Fachklinik Wittichen in Schenkenzell mit zusammen 95 Plätzen ergab eine insgesamt positive Bewertung. Bei maximaler Auslastung und höherer Behandlungsnachfrage sind vor weiteren planerischen Entscheidungen, ob eine Ausweitung des Angebots mittelfristig geboten ist, die Ergebnisse der

noch nicht abgeschlossenen fachlichen Diskussion um die Heroingabe an Schwerstabhängige unter stationären Bedingungen abzuwarten.

Im Bereich der Alkoholabhängigkeit liegen Konzepte des Bürgerhospitals in Stuttgart und des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim für eine tagesklinische und somit gemeindenahere Entzugsbehandlung vor. Danach sollen mit einem gestuften Therapieangebot unter Nutzung noch bestehender tragfähiger sozialer Kontakte stationäre Aufenthalte verkürzt werden. Einzelheiten hierzu bedürfen noch der Beratung im LKHA.

10.5 Psychotherapeutische Medizin

Der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin wurde 1995 neu geschaffen. Dieser Neuordnung muss bei der stationären Krankenhausbehandlung im Rahmen der Fortschreibung des Krankenhausplans Rechnung getragen werden.

Im Krankenhausplan wurden zur psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung genutzte Akutbetten bislang nur im Ausnahmefall in eigenen bettenführenden Fachabteilungen ausgewiesen. Die für diese Behandlung genutzten Planbetten sind derzeit dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie zugeordnet; teilweise sind sie auch in den körpermedizinischen Fächern vorhanden. Ausgehend von der Tatsache, dass sowohl somatische als auch psychiatrische Betten für die Behandlung von psychosomatischen Patienten genutzt werden, sind deshalb bei Einrichtung eines eigenständigen Fachbereichs entsprechend Betten aus den jeweiligen Fachgebieten umzuwidmen.

Insgesamt ist bei der Krankenhausplanung und Bedarfsermittlung zu berücksichtigen, dass in den Weiterbildungsrichtlinien somatischer Fächer in Zukunft die Vermittlung psychosomatisch/ psychotherapeutischen Fachwissens stärker verankert wird und eine Versorgung in den somatischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser durch einen konsiliar- oder liaisonärztlichen Dienst erwünscht ist. Im Krankenhausbereich wird dementsprechend ein gestuftes Versorgungssystem mit den Bausteinen "in die Organmedizin integrierte Psychotherapie", "Konsiliar- und Liaison-Dienste" und "Fachabteilung für Psychotherapeutische Medizin" errichtet.

Das Sozialministerium hat nach Beratung im LKHA im Jahr 1998 eine Rahmenkonzeption zur stationären Versorgung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin verabschiedet⁷. Die folgenden Ausführungen entsprechen den dort entwickelten Planungsgrundlagen.

Die Umsetzung der Rahmenkonzeption in verbindliche Einzelfall-Entscheidungen wird derzeit in Beratungen mit dem LKHA vorbereitet.

⁷ Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin - Rahmenkonzeption -, Reihe Gesundheitspolitik, Nr. 44, Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart, Februar 1999

10.6 Weiterentwicklung der außerklinischen Psychiatrie

Zur Weiterentwicklung der außerklinischen psychiatrischen Versorgung wird auf die Ausführungen in **Anhang 8** verwiesen.

10.7 Gerontopsychiatrische Versorgung

Die gerontopsychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten sind zunächst im Rahmen der zuständigen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser zu qualifizieren.

Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen nehmen in ihrem örtlichen Einzugsgebiet die Aufgaben der gerontopsychiatrischen Versorgung wahr. Darüber hinaus sind auch spezialisierte Versorgungsmöglichkeiten im Verbund mit den Geriatrischen Zentren und Geriatrischen Schwerpunkten (vgl. **Abschnitt 9.3**) zu entwickeln. Dies betrifft stationäre wie auch teilstationäre Angebote.

11. 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

- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut/in,
- Diätassistent/in,
- Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin
- Krankengymnast/in,
- Krankenschwester, Krankenpfleger,
- Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger,
- Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer,
- 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 -plätze gemäß § 2 Nr. 1 a KHG sind in **Anhang 9**, die sonstigen Ausbildungsstätten für Berufe des Gesundheitswesens sind in **Anhang 10** ausgewiesen.

12. Investitionsprogramme

12.1 Aktuelle Fördersituation

Die Kosten von Investitionsmaßnahmen in bedarfsgerechten Krankenhäusern werden grundsätzlich in angemessenem Umfang nach dem KHG und LKHG gefördert. Trotz erheblichen Mitteleinsatzes in den vergangenen Jahren können nicht alle Trägerwünsche zeitnah realisiert werden. Der Anmeldebestand bewegt sich derzeit in einer Größenordnung von rund 3 Mrd. DM.

Mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen der Krankenhausfinanzierung können aber dringende bauliche und strukturelle Maßnahmen auch kurzfristig eine Förderung erfahren und kann somit insgesamt der hohe bauliche und medizinische Standard der Krankenhäuser im Lande gehalten und weiter ausgebaut werden. Ein effizienter Einsatz der vorhandenen Fördermittel setzt eine restriktive Beurteilung hinsichtlich Notwendigkeit und Dringlichkeit der Einzelmaßnahme voraus.

12.2 Förderverfahren

Um bei potenziellen Baumaßnahmen teure Fehlinvestitionen zu vermeiden, wird die Förderbehörde bereits in einem frühen Stadium des Vorhabens an den Überlegungen und Planungen des Trägers beteiligt.

Unter besonderer Berücksichtigung der bedarfsplanerischen und strukturellen Vorstellungen des Sozialministeriums werden gemeinsam mit dem Träger frühzeitig die projektspezifischen Vorgaben (Raumprogramm) definiert und verbindlich festgelegt.

Bei größeren Bauvorhaben und Gesamtanierungen können weitere Detailplanungen einzelner Bauabschnitte erst freigegeben werden, wenn über eine aussagekräftige Zielkonzeption der grundsätzliche Nachweis einer sinnvollen und wirtschaftlichen Gesamtlösung geführt werden kann.

Nach Vorlage und Prüfung des jeweiligen detaillierten Förderantrages wird seitens der Förderbehörde über eine Aufnahme in ein konkretes Investitionsprogramm entschieden. Dies geschieht nach den gesetzlichen Vorgaben in enger Zusammenarbeit mit dem LKHA.

Bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen erfolgt abschließend die Einzelförderung des prioritären Vorhabens. Hierbei hat sich die in den vergangenen Jahren praktizierte Festbetragsförderung bewährt.

12.3 Förderschwerpunkte / Perspektiven

Durch den gezielten Einsatz von Fördermitteln soll die leistungsfähige, effiziente und wohnortnahe stationäre Krankenversorgung im Land sichergestellt und weiter ausgebaut werden. Sämtliche Investitionen sind vor allem unter dem Aspekt der Schaffung zweckmäßiger baulicher, hygienischer und räumlicher Bedingungen zu sehen. Eine Förderung können hierbei vorrangig Bereiche erfahren, die unmittelbar der medizinischen Versorgung wie z.B. Operations- und Entbindungseinheiten, Intensivstationen usw. dienen. Darüber hinaus sollen Krankenhäuser, entsprechend ihres Leistungsspektrums, zum Wohle der Patienten jeweils zeitnah über die neuesten Entwicklungen der Medizintechnik verfügen können.

Bei den sich rasch verändernden bedarfsplanerischen Rahmenbedingungen der stationären Krankenversorgung müssen zukünftig die Investitionsmittel verstärkt zur strukturellen Anpassung des baulichen Bestandes eingesetzt werden. Dadurch können weiter verbesserte, effizientere und wirtschaftlichere Betriebsabläufe der Kliniken erreicht werden und somit letztendlich die pflegesatzrelevanten Folgekosten positiv beeinflusst werden.

12.4 Investitionsförderung unter strukturellen und konjunkturellen Aspekten

Die Krankenhaus-Investitionsförderung hat im Rahmen des notwendigen Bedarfs außerordentlich hohe struktur- und beschäftigungspolitische Auswirkungen. Die Bedeutung der Krankenhäuser für die Infrastruktur wurde deshalb von den kommunalen Körperschaften, den Industrie- und Handelskammern sowie den Handwerkskammern in einer aktuellen Umfrage "als äußerst wichtig" bezeichnet.

Der Krankenhaussektor stellt außerdem einen wichtigen Impulsgeber für Innovationen dar. Diesem Gesichtspunkt kommt gerade in Baden-Württemberg, mit zahlreichen mittelständischen Betrieben mit teilweise weltweitem Renommée, besondere Bedeutung zu. Investitionsförderung bedeutet hier zusätzlich aktive Beschäftigungs- und Technologiepolitik.

Mit jährlich rund 650 Mio. DM stellt die Krankenhaus-Investitionsförderung neben der Wohnungsbau- und Städtebauförderung ein wichtiges wirtschaftspolitisches Förderinstrumentarium dar.

Anhang

- 1 Patienten in Krankenhäusern in Baden-Württemberg nach Fachabteilungen 1990 - 1997
- 2 Verweildauer in Krankenhäusern in Baden-Württemberg nach Fachabteilungen 1990 - 1997
- 3 Pflgetage in Krankenhäusern in Baden-Württemberg nach Fachabteilungen 1990 - 1997
- 4 Bettennutzung in Krankenhäusern in Baden-Württemberg nach Fachabteilungen 1990 - 1997
- 5 Geriatriische Rehabilitation in Baden-Württemberg
- 6 Medizinisch-technische Großgeräte in Baden-Württemberg - Standort Krankenhaus -
- 7 Notfallversorgung von Mehrfachverletzten und Hirnverletzten in Baden-Württemberg
- Teilnehmende Krankenhäuser -
- 8 Weiterentwicklung der außerklinischen Psychiatrie
- 9 Ausbildungsstätten für Berufe des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg
- Ausbildungsstätten und -plätze gemäß § 2 Nr. 1 a KHG –
- 10 Ausbildungsstätten für Berufe des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg
- Sonstige Ausbildungsstätten -
- 11 Akademische Lehrkrankenhäuser in Baden-Württemberg
- 12 Mitglieder des Landeskrankenhausausschusses Baden-Württemberg gemäß § 9 Abs. 1 LKHG
- 13 Standorte für die Versorgung von Apallikern (2. Akutphase) in Baden-Württemberg
- 14 Standorte Geriatriische Einrichtungen in Baden-Württemberg
- 15 Standorte Zugelassene Herzchirurgien und Herztransplantationszentren in Baden-Württemberg
- 16 Standorte Perinatologische Zentren und Schwerpunkte in Baden-Württemberg
- 17 Standorte Modell einer dreistufigen Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg
- 18 Standorte zur Versorgung Schwerbrandverletzter in Baden-Württemberg
- 19 Standorte Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte in Baden-Württemberg

Patienten in Krankenhäusern in Baden-Württemberg
- vollstationäre Fälle ohne Stundenfälle -

Fachabteilung	1990	1992	1994	1996	1997	Veränderung 1990-1997 v.H.
Augenheilkunde	41.787	45.467	47.277	47.962	50.913	+ 21,84
Chirurgie	466.341	474.439	471.415	490.715	487.693	+ 4,58
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	299.695	300.008	286.627	280.678	274.105	- 8,54
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	85.627	86.443	85.682	82.644	82.933	- 3,15
Haut- und Geschlechtskrankheiten	13.649	14.821	14.805	13.583	15.426	+ 13,02
Innere Medizin	462.491	485.651	519.595	556.346	571.598	+ 23,59
Kinderheilkunde (einschl. Ki.Kard.)	90.910	90.569	92.462	91.935	95.627	+ 5,19
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	14.288	14.820	14.578	13.127	14.305	+ 0,12
Neurochirurgie	12.088	11.879	13.807	14.446	15.382	+ 27,26
Neurologie	36.648	38.669	42.405	41.944	45.940	+ 25,35
Nuklearmedizin (Therapie)	2.810	2.967	3.712	5.365	6.452	+ 129,61
Orthopädie	54.576	55.126	56.219	56.903	59.743	+ 9,47
Psychosomatik	2.200	2.214	3.090	3.560	3.367	+ 53,08
Strahlentherapie	7.963	8.955	9.459	10.412	9.857	+ 23,79
Urologie	64.884	69.915	70.863	70.732	71.958	+ 10,90
Sonstige Fachber./Allgemeinbetten	33.054	25.684	30.280	29.146	25.639	- 22,43
Fachabteilungen (ohne Psychiatrie)	1.558.307	1.604.685	1.631.902	1.669.629	1.705.861	+ 9,47
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1.356	1.382	1.439	1.763	1.838	+ 35,55
Psychiatrie	45.876	46.372	51.568	56.884	58.901	+ 28,39
Fachabteilungen insgesamt	1.603.859	1.651.459	1.683.461	1.726.776	1.764.692	+ 10,03

Verweildauer in Krankenhäusern in Baden-Württemberg
- Tage -

Fachabteilung	1990	1992	1994	1996	1997	Veränderung 1990 - 1997 v.H.
Augenheilkunde	7,7	7,1	6,3	5,3	5,1	-33,8
Chirurgie	11,49	11,0	10,5	9,6	9,6	-16,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7,46	7,1	6,8	6,3	6,3	-16,2
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	6,42	6,4	6,0	5,7	5,7	-11,2
Haut- und Geschlechtskrankheiten	13,74	12,8	11,7	10,9	11,0	-19,9
Innere Medizin	14,37	13,6	12,8	11,5	11,2	-22,1
Kinderheilkunde (einschl. Ki.Kard.)	8,2	8,3	7,8	7,7	7,5	-8,7
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	8,9	8,8	8,4	7,9	7,5	-15,6
Neurochirurgie	9,96	9,4	9,5	9,4	9,0	-9,6
Neurologie	22,96	22,2	21,6	19,1	17,7	-22,9
Nuklearmedizin (Therapie)	9,86	9,2	7,8	6,3	5,8	-41,1
Orthopädie	16,77	16,9	16	15,3	14,5	-13,5
Psychosomatik	64,18	52,3	49,5	51,7	54,1	-15,7
Strahlentherapie	14,26	13,8	12,4	11,5	11,9	-16,8
Urologie	9,33	8,9	8,2	7,6	7,6	-18,5
Sonstige Fachber./Allgemeinbetten	12,4	11,6	9,3	8,1	6,6	-46,8
Fachabteilungen (ohne Psychiatrie)	12,41	11,9	11,3	10,4	10,2	-18,1
Kinder- und Jugendpsychiatrie	78,29	75,7	71,8	61,2	56,4	-27,9
Psychiatrie	46,29	46,3	41,4	38,1	36,9	-20,3
Fachabteilungen insgesamt	13,5	12,9	12,3	11,4	11,2	-16,7

Pflegetage in Krankenhäusern in Baden-Württemberg
- vollstationäre Patienten -

Fachabteilung	1990	1992	1994	1996	1997	Veränderung 1990 - 1997
Augenheilkunde	321.860	324.526	295.702	260.133	262.001	- 18,60 %
Chirurgie	5.356.678	5.230.560	4.961.937	4.693.169	4.674.439	- 12,74 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2.235.158	2.130.691	1.936.382	1.758.666	1.713.544	- 23,34 %
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	549.307	549.823	510.172	475.748	468.823	- 14,65 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	187.487	190.220	172.777	152.771	169.386	- 9,65 %
Innere Medizin	6.647.792	6.622.657	6.627.251	6.379.782	6.412.551	- 3,54 %
Kinderheilkunde (einschl. Ki.Kard.)	745.702	752.684	725.560	710.707	715.803	- 4,01 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	127.227	129.720	122.605	105.482	107.521	- 15,49 %
Neurochirurgie	120.432	112.026	131.618	136.137	138.949	+ 15,38 %
Neurologie	841.308	858.038	917.678	800.668	813.216	- 3,34 %
Nuklearmedizin (Therapie)	27.705	27.171	29.053	33.681	37.193	+ 34,25 %
Orthopädie	915.188	931.920	900.468	872.272	867.633	- 5,20 %
Psychosomatik	141.173	115.880	153.032	183.930	182.241	+ 29,09 %
Strahlentherapie	113.559	123.265	116.985	119.876	117.045	+ 3,07 %
Urologie	605.121	622.739	578.099	538.040	547.791	- 9,47 %
Sonstige Fachber./Allgemeinbetten	409.089	298.882	280.625	236.798	169.657	- 58,53 %
Fachabteilungen (ohne Psychiatrie)	19.344.786	19.020.802	18.459.944	17.457.860	17.397.793	- 10,06 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	106.160	104.663	103.294	107.926	103.737	- 2,28 %
Psychiatrie	2.123.402	2.145.176	2.133.019	2.164.848	2.175.732	+ 2,46 %
Fachabteilungen insgesamt	21.574.348	21.270.641	20.696.257	19.730.634	19.677.262	- 8,79 %

Bettennutzung in Krankenhäusern in Baden-Württemberg

(v.H. bezogen auf aufgestellte Betten)

- vollstationäre Patienten -

Fachabteilung	1990	1992	1994	1996	1997
Augenheilkunde	78,9	81,6	78,3	68,0	70,2
Chirurgie	85,6	84,4	81,4	77,0	78,3
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	83,0	80,1	74,5	70,0	71,0
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	74,4	74,5	73,8	69,5	72,7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	83,8	86,9	84,7	84,2	82,6
Innere Medizin	86,9	86,2	85,7	84,1	84,7
Kinderheilkunde (einschl. Ki.Kard.)	73,3	71,1	70,9	70,8	71,9
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	78,9	81,5	76,5	68,5	69,8
Neurochirurgie	87,8	85,7	85,0	82,1	87,3
Neurologie	92,0	89,2	90,5	88,3	89,0
Nuklearmedizin (Therapie)	79,9	85,3	82,9	90,2	87,8
Orthopädie	90,6	90,3	88,0	84,0	84,7
Psychosomatik	87,5	95,7	89,4	91,2	92,8
Strahlentherapie	80,4	84,0	77,4	75,8	76,7
Urologie	80,3	83,3	77,6	73,8	77,5
Sonstige Fachber./Allgemeinbetten	81,5	75,2	77,6	75,8	72,2
Fachabteilungen (ohne Psychiatrie)	84,8	83,9	81,9	78,8	80,0
Kinder- und Jugendpsychiatrie	81,7	84,4	87,9	91,3	95,1
Psychiatrie	89,6	89,5	89,5	89,9	90,8
Fachabteilungen insgesamt	85,3	84,4	82,6	80,0	81,1

Geriatrische Rehabilitation in Baden-Württemberg

- Stand 01.02.2000 -

Stadt-/Landkreis	Plätze					
	geplant	realisiert bei		in Betrieb		Vorvertrag
	lt. SM	Einrichtung	vollstationär	teilstationär	Bemerkungen	
Stuttgart	130	Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart	80	20	Februar 1998	
		RehaKlinik am Krankenhaus vom Roten Kreuz Stuttgart	20	10	März 1998	
Böblingen	75	Ger. Reha-Klinik am KKH Böblingen	60	15	Juli 1997	
Esslingen	105	Geriatrische Klinik ES-Kennenburg	105		Oktober 1994	
Göppingen	55	Christophsbad Göppingen	55		Mai 1998	
Ludwigsburg	100	Klinik für Geriatrische Rehabilitation Ludwigsburg	38	8	April 1994	
Rems-Murr-Kreis	85	KKH Schorndorf				
		Krankenhaus Bethel Welzheim	70		Akutversorgung	
Heilbronn Stadt- und Landkreis	85	KKH Brackenheim	25		August 1995	
		Sophie-Luisen-Klinik, Bad Rappenau	60		August 1994	
Hohenlohekreis	20	KKH Öhringen	20		Februar 1996	
Schwäbisch Hall	35	Geriatr. Rehabilitation Ilshofen	40		Januar 1997	
Main-Tauber-Kreis	25	Kh St. Rochusstift, Bad Mergenth.	25		Akutversorgung	
Heidenheim	29	Geriatr.Reha Giengen	30		Juli 1998	
Ostalbkreis	65	Geriatr. Reha-Klinik Aalen	60		April 1998	
Baden-Baden		(wird durch Gernsbach abgedeckt)				
Karlsruhe Stadtkreis	65	Ev. Diakonissenkranken. Karlsruhe	60	5	Mai 1995	
Karlsruhe Landkreis	85	Albtal-Klinik Marzzell	40		April 1995	
		Geriatr. Reha am KKH Bretten 1)			1999	
		Klinikum Karlsbad-Langensteinbach gGmbH	40		Akutversorgung	
Rastatt	55	Geriatr. Reha, Gernsbach	55		Jan 97 / Juli 99	
Heidelberg	30	Geriatr. Zentrum Bethanien, HD	44		Oktober 1992	
Mannheim	70	Diakonissen-KH, Mannheim	64	12	April 1995	
Neckar-Odenwald-Kreis	30	Geriatr. Reha am KKH Mosbach	20		Januar 1993	
		Geriatrizentrum St. Josef, Walldürn	20		September 1993	
Rhein-Neckar-Kreis	110	Geriatrische Reha Hockenheim	38	5	April 1995	
		Geriatrische Reha Weinheim	30		Juni 1997	
		Geriatrische Reha Sinsheim	35	5	Juli 1992	
Pforzheim und Enzkreis	65	Ger.Reha am KKH Mühlacker	65		September 1998	
Calw	35	Johannes-Klinik, Bad Liebenzell	35		Januar 1993	
Freudenstadt	25	Martin-Haug-Stift, Freudenstadt	30		Januar 1998	
Freiburg i.Breisgau und Breisgau-Hochschwarzwald	90	Median-Klinik Freiburg Mooswald	90		März 1997	
Emmendingen	30	Neurologische Klinik Elzach	30		Januar 1994	
Ortenaukreis	80	Oberrhinesisches Zentrum, Offenburg	40		April 1993	
		Fachkrankenhaus Bad Peterstal	40		Januar 1994	
Rottweil und Tuttlingen	55	Diakoniewerk Bethel, Trossingen	80		Akutversorgung	
Schwarzwald-Baar-Kreis	44	Haus der Geriatr. Reha. GmbH VS	44		August 1998	
Konstanz	55	Kliniken Schmieder, Konstanz	45	10	Juli 1993	
Lörrach	45	KH Zell im Wiesental	45		Akutversorgung	
Waldshut	34	St. Marienhaus, Bad Säckingen	34		Beginn 1993	
Reutlingen	55	Kliniken Hohenurach, Bad Urach	55		September 1993	
Tübingen	45	Kl. für Orthopäd. Reha., Bad Sebast.	45		Beginn 1994	
Zollernalbkreis	40	SANA-Klinik Zollernalb, Albstadt	40		Juli 1996	
Ulm	25	Bethesda Geriatrische Klinik Ulm		24	November 1998	
Alb-Donau-Kreis	35	Geriatr. Reha am KKH Ehingen				35
Biberach	35	Kreisklinik f. Geriatr. Reha, Biberach	40	20	April 1996	
Bodenseekreis	40	St. Franziskus-Zentrum, Friedrichsh.	40		April 1996	
Ravensburg	55	Stephanuswerk Isny	25		Januar 1995	
		Heilig-Geist-Spital Ravensburg	54	6	Februar 1998 stufenw. bis 2000	
Sigmaringen	25					
Summe	2.167		2.011	140		35

1) Umsetzung

2.151

Anmerkungen:

- Die Spalte "Plätze geplant" beinhaltet die nach einheitlichen Kriterien errechnete Platzzahl für die Wohnbevölkerung des jeweiligen Kreises

**Medizinisch-technische Großgeräte in Baden-Württemberg
- Standort Krankenhaus -**

- Stand: 01.03.2000 -

Krankenhaus	MR	LHKM	CO	LB	PET	Summen
Katharinenhospital Stuttgart	2	3		3	1	9
Olgahospital Stuttgart	1	1				2
Marienhospital Stuttgart	1	1		2		4
Robert-Bosch-KH Stuttgart		2				2
Karl-Olga-Krankenhaus		1				1
KKH Böblingen			1			1
Städt. KH Sindelfingen	1	1				2
Städt. Kliniken Esslingen	2	1				3
KKH Kirchheim	1					1
Paracelsus-KH Ostfildern-Ruit			1	1		2
Klinik am Eichert, Göppingen	1	1	1	1		4
Fachklinik Christophsbad Göppingen	1					1
Klinikum Ludwigsburg	1	1		2		4
Zentrum für Psychiatrie Winnenden	1					1
Klinikum Heilbronn GmbH	1	1		2		4
KKH Bad Friedrichshall		1				1
ZIF Weinsberg	1					1
Diak. KH Schwäbisch-Hall	1			1		2
Caritas-KH Bad-Mergentheim	1	1				2
KKH Heidenheim	1	1		1		3
Ostalbkrankenhaus Aalen	1	1				2
Stadtklinik Baden-Baden	1					1
Städt. Klinikum Karlsruhe	1	2		3	1	7
St. Vincentius-KH Karlsruhe	1	2		2		5
Diakonissen-KH Karlsruhe	1					1
Klinikum Karlsbad-Langensteinbach	1					1
Stiftung Orthop. UniKlinik HD-Schlier	1					1
Universitätsklinikum Heidelberg	1	4		7		12
DKFZ Heidelberg 1)	2			2	1	5
Klinikum Mannheim gGmbH	2	2		2		6
Theresien KH Mannheim	1	1				2
Städt. Klinikum Pforzheim	1	1				2
Universitätsklinikum Freiburg	2	3	1	4	1	11
St. Josefs KH Freiburg	1	1				2
Herzzentrum Bad Krozingen		4				4
Klinikum Lahr	1	1				2
Herzzentrum Lahr		1				1
Klinikum Offenburg	1			1		2
St. Josefskrankenhaus Offenburg	1					1
Klinikum der Stadt Villingen-Schwen	2	1		2		5
Hegau-Klinikum Singen	1	1				2
Kliniken Schmieder Gailingen/Allenst	1					1
Klinikum Konstanz	1					1
KKH Lörrach		1				1
KKH Reutlingen	1					1
Universitätsklinik Tübingen	2	4		4	1	11
Universitätsklinik Ulm	1	3		3	1	8
Bundeswehr-KH Ulm	1					1
Rehabilitationskrankenhaus Ulm	1					1
KKH Biberach	1	0,5				1,5
Fachklinik Schwendi-Dietenbronn	1					1
Städt. KH Friedrichshafen		1				1
St.-Elisabethen-KH Ravensburg	1	1		2		4
KKH Sigmaringen		0,5				0,5
Summen	51	52	4	45	6	158

1) nicht im Krankenhausplan enthalten

Legende:

MR	Kernspintomograph
LHKM	Linksherzkathetermeßplatz
CO	Telekobaltgerät
LB	Linearbeschleuniger
PET	Positronenemissionstomograph

**Notfallversorgung von Mehrfachverletzten und Hirnverletzten
in Baden-Württemberg**

Teilnehmende Krankenhäuser

- Stand: Dezember 1999 -

Krankenhaus	Standort	Krankenhaus	Standort
Ostalbkrankenhaus	Aalen	Kreiskrankenhaus	Mosbach
Kreiskrankenhaus	Albstadt	Kreiskrankenhaus	Mühlacker
Kreiskrankenhaus	Backnang	Stauferklinik Schwäbisch Gmünd	Mutlangen
Kreiskrankenhaus Am Plattenwald	Bad Friedrichshall	Kreiskrankenhaus	Nagold
Caritaskrankenhaus	Bad Mergentheim	Kreiskrankenhaus	Nürtingen
Stadtklinik	Baden-Baden	Klinikum	Offenburg
Kreiskrankenhaus	Balingen	St. Josefskrankenhaus	Offenburg
Kreiskrankenhaus	Biberach	Paracelsus Krankenhaus	Ostfildern-Ruit
Krankenhaus	Bietigheim-Bissingen	Städtisches Klinikum	Pforzheim
Kreiskrankenhaus	Böblingen	Krankenhaus Siloah	Pforzheim
Rechbergklinik	Bretten	Kreiskrankenhaus	Rastatt
Fürst-Stirum-Krankenhaus	Bruchsal	St. Elisabethen-Krankenhaus	Ravensburg
Kreiskrankenhaus	Calw	Kreiskrankenhaus	Reutlingen
Kreiskrankenhaus	Donaueschingen	Krankenhaus	Rottweil
Kreiskrankenhaus	Emmendingen	Kreiskrankenhaus	Schorndorf
Städtische Kliniken	Esslingen	Diakonie-Krankenhaus	Schwäbisch Hall
St. Josefskrankenhaus	Freiburg	Kreiskrankenhaus	Schwetzingen
Universitätsklinikum	Freiburg	Kreiskrankenhaus	Sigmaringen
Kreiskrankenhaus	Freudenstadt	Städtisches Krankenhaus	Sindelfingen
Städtisches Krankenhaus	Friedrichshafen	Hegau-Klinikum	Singen
Kreiskrankenhaus	Geislingen	Bürgerhospital	Stuttgart
Klinik am Eichert	Göppingen	Katharinenhospital	Stuttgart
St. Josefskrankenhaus	Heidelberg	Diakonissenkrankenhaus	Stuttgart
Universitätsklinikum	Heidelberg	Karl-Olga-Krankenhaus	Stuttgart
Kreiskrankenhaus	Heidenheim	Marienhospital	Stuttgart
Klinikum	Heilbronn	Olgahospital	Stuttgart
Städtisches Klinikum	Karlsruhe	Robert-Bosch-Krankenhaus	Stuttgart
St. Vincentius-Krankenhäuser	Karlsruhe	Krankenhaus Bad Cannstatt	Stuttgart
Diakonissenkrankenhaus	Karlsruhe	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	Tübingen
Kreiskrankenhaus	Kirchheim	Universitätsklinikum	Tübingen
Klinikum	Konstanz	Kreiskrankenhaus	Tuttlingen
Klinikum	Lahr	Bundeswehrkrankenhaus	Ulm
Kreiskrankenhaus	Leonberg	Universitätsklinikum	Ulm
Kreiskrankenhaus	Lörrach	Klinikum der Stadt VS	Villingen-Schwenningen
Klinikum	Ludwigsburg	Kreiskrankenhaus	Waiblingen
Klinikum der Stadt	Mannheim	Krankenhaus-Spitalfond	Waldshut-Tiengen
Diakonissenkrankenhaus	Mannheim	Kreiskrankenhaus	Wangen
Heinrich-Lanz-Krankenhaus	Mannheim	Kreiskrankenhaus	Weinheim
Theresienkrankenhaus	Mannheim	Städtisches Krankenhaus	Wertheim

Weiterentwicklung der außerklinischen Psychiatrie

Die Weiterentwicklung der außerklinischen Versorgung, deren wesentliche Entwicklung insbesondere nach der Psychiatrie-Enquête 1975 und durch die im Anschluss daran aufgelegten Programme eingesetzt hat, ist weiterhin ein wichtiges Ziel. Hierdurch soll eine möglichst wohnortnahe und die Lebensumstände des Betroffenen möglichst wenig beeinträchtigende Behandlung, Betreuung und Gewährung anderer Hilfemaßnahmen ermöglicht werden. Die Rolle der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen für die Versorgung psychisch Kranker im Behandlungskontinuum von der Vorsorge über die teil- und vollstationäre Versorgung bis zur Nachsorge bleibt unberührt.

Im Rahmen des von der Landesregierung geförderten Landesprogramms zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung wurden zahlreiche außerklinische Einrichtungen und Dienste aufgebaut. Als wesentliche Elemente der außerklinischen Versorgung sind in allen Stadt- und Landkreisen sozial-psychiatrische Dienste eingerichtet. Daneben bestehen insbesondere Tagesstätten, Wohn- und Übergangseinrichtungen, Wohngemeinschaften für seelisch Behinderte, Werkstätten, arbeitstherapeutische Einrichtungen mit beschützenden Arbeitsplätzen und ambulante psychiatrische Pflegedienste. Dieses Angebot wird ergänzt durch Patienten- und Freizeitclubs, Kontakt- und Selbsthilfegruppen sowie Angehörigenclubs und Angehörigengruppen.

In Fortsetzung und Weiterentwicklung der konkreten Erkenntnisse aus dem Landesprogramm und der weiteren Erfahrungen soll in den nächsten Jahren entsprechend dem Konzept der vernetzten Versorgungsstrukturen das System der außerklinischen psychiatrischen Versorgung in allen Versorgungsgebieten in sich besser abgestimmt und damit eine gleichmäßige und an den konkreten Bedürfnissen ausgerichtete Versorgung erreicht werden. Regionale Betreuungs- und Versorgungskonzepte werden sich vor allem auf folgende differenzierte Möglichkeiten der ambulanten, komplexeren und rehabilitativen Versorgung stützen:

- sozialpsychiatrische Dienste,
- ambulante psychiatrische Pflegedienste,
- betreutes Wohnen,
- Familienpflege,
- Einrichtungen für die (ambulante) Krisen- und Notfallversorgung,
- berufsbegleitende psycho-soziale Dienste,
- beschützende Arbeitsplätze in Betrieben,
- Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, berufliche Trainingszentren,
- Firmen für psychisch Behinderte,
- Werkstätten für psychisch Behinderte,
- Übergangseinrichtungen,
- Psychiatrisches Pflegeheim,
- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK),
- Patientenfürsprecher in allen Stadt- und Landkreisen,
- Tagesstätten, Kontaktclubs/Freizeitclubs sowie Selbsthilfegruppen.

Diese Bausteine bilden im Verbund mit der voll- und teilstationären Versorgung und den niedergelassenen (Nerven-) Ärzten und Psychologen ein gemeindenahes Versorgungssystem.

Der Landesarbeitskreis Psychiatrie unter Vorsitz des Sozialministeriums hat - u.a. auf der Grundlage der Erkenntnisse des Landesmodellprogramms - zum weiteren Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung im Frühjahr 1989 Empfehlungen verabschiedet.

Der komplexe Hilfebedarf chronisch psychisch kranker Menschen erfordert eine enge Verzahnung und Abstimmung der oft von einer Vielzahl selbständiger Träger erbrachten Versorgungs- und Hilfeleistungen. Das Prinzip der Vernetzung ist daher ein wesentliches Element der Versorgung. Die vom Landesarbeitskreis Psychiatrie 1994 verabschiedete "Konzeption eines gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)" sieht ein kreisweites Netzwerk von Einrichtungen und Diensten vor, die unter der Federführung der Stadt- und Landkreise eng kooperieren und gemeinsam eine vertragliche Versorgungsverpflichtung für chronisch psychisch Kranke mit dem Ziel der gemeindenahen Versorgung übernehmen. Rein institutionenorientierte Planungs- und Versorgungskonzepte sind dabei nicht sachgerecht. Vielmehr steht der konkrete Bedarf der Betroffenen im Zentrum der Überlegungen (Personenzentrierter Hilfeansatz). Die Landesregierung hat unter fachlicher Beratung durch den Landesarbeitskreis Psychiatrie vielfältige Maßnahmen ergriffen, um die Weiterentwicklung des GPV in den Kreisen voranzubringen und zu unterstützen. Sie lässt sich dabei von der Maxime leiten, dass die kommunale Eigenverantwortung gestärkt wird und regionale Besonderheiten in den Versorgungsstrukturen bzw. regionale Konzeptionen und Lösungswege Berücksichtigung finden können. Daher müssen entsprechende Planungen für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur für psychisch Kranke und Behinderte im außerklinischen Bereich unbeschadet der gesetzlich vorgesehenen Planungszuständigkeiten (z.B. der Sozialleistungsträger gem. § 17 SGB I) auf kommunaler Ebene erfolgen. Dies trägt auch dem Umstand Rechnung, dass in einem Flächenland wie Baden-Württemberg in städtischen, städtisch-ländlichen und ländlichen Regionen unterschiedliche Gegebenheiten bestehen und einzelne für andere Gegebenheiten entwickelten Elemente nicht ohne weiteres übertragbar sind.

Bei der Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts haben die auf Stadt- und Landkreisebene eingerichteten Psychiatrie-Arbeitskreise eine wichtige Beratungsfunktion im Bezug auf Funktion, Umfang und Struktur der Leistungsangebote sowie die Koordination und die Kooperation innerhalb des Versorgungsnetzes. In organisatorischer Hinsicht ist es Aufgabe der Stadt- und Landkreise, diese Angebote und die Arbeit ihrer Träger zu koordinieren.

**Ausbildungsstätten und -plätze gemäß § 2 Nr. 1 a KHG
in Baden-Württemberg**

- Stand: Oktober 1999 -

Kurzbezeichnung des Krankenhauses	Ort	Krankenschwester, Krankenpfleger	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	Krankenpfleger/in	Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin	Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in	Ergotherapeut/in	Med.- techn. Laboratoriumsassistent/in	Med.- techn. Radiologieassistent/in	Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	Diätassistent/in	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	Summe
Kreiskrankenhaus	Aalen	91	36											127
Kreiskrankenhaus	Achern	68												68
Kreiskrankenhaus	Albstadt	75												75
Kreiskrankenhaus	Backnang	75												75
Kreiskrh. Am Plattenwald	Bad Friedrichshall	125												125
Caritaskrankenhaus	Bad Mergentheim	132	30											162
Kreiskrankenhaus	Bad Säckingen	36												36
Zentrum für Psychiatrie	Bad Schussenried	75												75
Kreiskrankenhaus	Bad Urach	60												60
Kreiskrankenhaus	Bad Waldsee	30												30
Stadtklinik	Baden-Baden	70	15	15										100
Kreiskrankenhaus	Balingen	54												54
Kreiskrankenhaus	Biberach	75		20										95
Krankenhaus	Bietigheim-Bissingen	75												75
Kreiskrankenhaus	Böblingen	80	50											130
Rechbergklinik	Bretten	60												60
Fürst-Stirum-Krankenhaus	Bruchsal	80												80
Kreiskrankenhaus	Calw	60												60
Landesklinik Nordschwarzw.	Calw - Hirsau	80												80
Kreiskrankenhaus	Crailsheim	57												57
Kreiskrankenhaus	Donaueschingen	60												60
Kreiskrankenhaus	Eberbach	54												54
Kreiskrankenhaus	Ehingen	60												60

**Ausbildungsstätten und -plätze gemäß § 2 Nr. 1 a KHG
in Baden-Württemberg**

- Stand: Oktober 1999 -

Kurzbezeichnung des Krankenhauses	Ort	Krankenschwester, Krankenpfleger	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	Krankenpfleger/in	Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin	Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in	Ergotherapeut/in	Med.- techn. Laboratoriumsassistent/in	Med.- techn. Radiologieassistent/in	Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	Diätassistent/in	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	Summe
Kreiskrankenhaus	Ellwangen	60												60
Kreiskrankenhaus	Emmendingen	64												64
Zentrum für Psychiatrie	Emmendingen	108		30										138
Städt. Kliniken	Esslingen	130	33											163
Filderklinik	Filderstadt-Bonlanden	60												60
Ev. Diakoniekrankenhaus	Freiburg	50												50
Loretto-Krankenhaus	Freiburg	70												70
St. Josefskrankenhaus	Freiburg	60	45											105
Universitätsklinikum	Freiburg	205	72	15	45	100		64	52				8	561
Kreiskrankenhaus	Freudenstadt	90												90
Städt. Krankenhaus	Friedrichshafen	80												80
Kreiskrankenhaus	Geislingen	62												62
Klinik am Eichert	Göppingen	150	30											180
Kreiskrankenhaus	Hechingen	60												60
Krankenhaus Speyererhof (seit 1.1.1999 privater Träger; Ausbildungsstätte wird aufgegeben; Kurse laufen aus)	Heidelberg										30			30
Stiftung Orthopädie	Heidelberg	70				75								145
St. Josefskrankenhaus	Heidelberg	66												66
Krankenhaus Salem	Heidelberg	45												45
Universitätsklinikum	Heidelberg	225	95		45			120	60			30	8	583
Kreiskrankenhaus	Heidenheim	93												93
Klinikum Heilbronn	Heilbronn	90	75											165
Kreiskrankenhaus	Herrenberg	60												60

**Ausbildungsstätten und -plätze gemäß § 2 Nr. 1 a KHG
in Baden-Württemberg**

- Stand: Oktober 1999 -

Kurzbezeichnung des Krankenhauses	Ort	Krankenschwester, Krankenpfleger	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	Krankenpfleger/in	Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin	Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in	Ergotherapeut/in	Med.-techn. Laboratoriumsassistent/in	Med.-techn. Radiologieassistent/in	Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	Diätassistent/in	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	Summe
Klinikum	Karlsbad	80				120	105							305
Städt. Klinikum	Karlsruhe	240	90		45			96	48					519
St. Vincentius-Krankenhäuser	Karlsruhe	200												200
Diakonissenkrankenhaus	Karlsruhe	96												96
Kreiskrankenhaus	Kehl	52												52
Kreiskrankenhaus	Kirchheim	84												84
Klinikum	Konstanz	75	36											111
Krankenhaus	Künzelsau	40												40
Klinikum	Lahr	122		20										142
Kreiskrankenhaus	Laupheim	72												72
Kreiskrankenhaus	Leonberg	95												95
Kreiskrankenhaus	Lörrach	60	30											90
St. Elisabethenkrankenhaus	Lörrach	93												93
Klinik Löwenstein	Löwenstein			12										12
Klinikum	Ludwigsburg	165	50											215
Klinikum der Stadt Mannheim, Universitätsklinikum	Mannheim		120			75		60	35					290
Krankenpflegeschule Kurpfalz; (gemeinsam betrieben vom Diakonissen- und Heinrich-Lanz-Krankenhaus und dem Klinikum der Stadt Mannheim, Universitätsklinikum seit 1.4.1999)	Mannheim	300												300
Theresienkrankenhaus	Mannheim	160												160
Kreiskrankenhaus	Mosbach	62												62
Kreiskrankenhaus	Mühlacker	62												62

**Ausbildungsstätten und -plätze gemäß § 2 Nr. 1 a KHG
in Baden-Württemberg**

- Stand: Oktober 1999 -

Kurzbezeichnung des Krankenhauses	Ort	Krankenschwester, Krankenpfleger	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	Krankenpfleger/in	Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin	Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in	Ergotherapeut/in	Med.- techn. Laboratoriumsassistent/in	Med.- techn. Radiologieassistent/in	Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	Diätassistent/in	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	Summe
HELIOS-Klinik	Müllheim	60												60
Stauferklinik Schw. Gmünd	Mutlangen	90												90
Kreiskrankenhaus	Nagold	50												50
Kreiskrankenhaus	Neuenbürg			24										24
Kreiskrankenhaus	Nürtingen	96												96
Städt. Krankenhaus	Oberndorf	40												40
Klinikum	Offenburg	84		20										104
St. Josefskrankenhaus	Offenburg	66												66
Paracelsus-Krankenhaus	Ostfildern-Ruit	75												75
Städt. Klinikum	Pforzheim	65	40											105
Krankenhaus Siloah	Pforzheim	81												81
Krankenhaus	Pfullendorf	36												36
Kreiskrankenhaus	Plochingen			17										17
Kreiskrankenhaus	Rastatt	81												81
Zentrum für Psychiatrie	Ravensburg-Weissenau	90												90
St. Elisabethen-Krankenhaus	Ravensburg	105	75											180
Zentrum für Psychiatrie	Reichenau	75		15										90
Kreiskrankenhaus	Reutlingen	64	40											104
Kreiskrankenhaus	Rottweil	71												71
Krankenhaus Rottenmünster	Rottweil	60		20										80
Kreiskrankenhaus	Schorndorf	76												76
Kreiskrankenhaus	Schramberg	60												60
Diakonie-Krankenhaus	Schwäbisch Hall	150	72											222

**Ausbildungsstätten und -plätze gemäß § 2 Nr. 1 a KHG
in Baden-Württemberg**

- Stand: Oktober 1999 -

Kurzbezeichnung des Krankenhauses	Ort	Krankenschwester, Krankenpfleger	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	Krankenpfleger/in	Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin	Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in	Ergotherapeut/in	Med.- techn. Laboratoriumsassistent/in	Med.- techn. Radiologieassistent/in	Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	Diätassistent/in	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	Summe
Kreiskrankenhaus	Schwetzingen	51												51
Kreiskrankenhaus	Sigmaringen	90												90
Städt. Krankenhaus	Sindelfingen	110												110
Hegau-Klinikum	Singen	90												90
Kreiskrankenhaus	Sinsheim	80												80
Bürgerhospital	Stuttgart	110												110
Katharinenhospital	Stuttgart	150						96	51		34			331
Krankenhaus Bad Cannstatt	Stuttgart	60												60
Diakonissenkrankenhaus	Stuttgart	120												120
Karl-Olga-Krankenhaus	Stuttgart	75												75
Krankenhaus Bethesda	Stuttgart	60												60
Marienhospital	Stuttgart	126									32			158
Olgahospital	Stuttgart		165		54									219
Robert-Bosch-Krankenhaus	Stuttgart	104												104
Kreiskrankenhaus	Tauberbischofsheim	72												72
Bodenseekreiskrankenhaus	Tettngang	54												54
Kreiskrankenhaus	Titisee-Neustadt	45												45
Berufsgen. Unfallklinik	Tübingen					90								90
Universitätsklinikum	Tübingen	185	60		75			75	45			30		470
Kreiskrankenhaus	Tuttlingen	80		20										100
Städt. Krankenhaus	Überlingen	60												60
Bundeswehrkrankenhaus	Ulm	90												90
Universitätsklinikum	Ulm	210	45		30			75	40		36	60		496

**Ausbildungsstätten und -plätze gemäß § 2 Nr. 1 a KHG
in Baden-Württemberg**

- Stand: Oktober 1999 -

Kurzbezeichnung des Krankenhauses	Ort	Krankenschwester, Krankenpfleger	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	Krankenpfleger/in	Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin	Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in	Ergotherapeut/in	Med.- techn. Laboratoriumsassistent/in	Med.- techn. Radiologieassistent/in	Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	Diätassistent/in	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	Summe
Klinikum der Stadt VS	Villingen-Schwenningen	90	45		45									180
Kreiskrankenhaus	Waiblingen	76	45											121
Bruder-Klaus-Krankenhaus	Waldkirch	45												45
Krankenhaus-Spitalfond	Waldshut-Tiengen	60												60
Kreiskrankenhaus	Wangen	72												72
Zentrum für Psychiatrie	Weinsberg	81												81
Diakoniewerk Bethel	Welzheim			15										15
Städt. Krankenhaus	Wertheim	66												66
Zentrum für Psychiatrie	Wiesloch	80												80
Zentrum für Psychiatrie	Winnenden	105												105
Zentrum für Psychiatrie	Zwiefalten	60												60
Summe		9.920	1.394	243	339	460	105	586	331	0	132	120	16	13.646

**Sonstige Ausbildungsstätten für Berufe des Gesundheitswesens
in Baden-Württemberg**

- Stand: Juli 1999 -

Name der Einrichtung oder des Krankenhauses	Ort	Krankenschwester, Krankenpfleger	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	Krankenpfleger/in	Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin	Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in	Ergotherapeut/in	Med.- techn. Laboratoriumsassistent/in	Med.- techn. Radiologieassistent/in	Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	Diätassistent/in	Logopäde, Logopädin	Orthoprist, Orthopristin	Masseur/ Masseurin und med. Bademeister
Hebammenschule der DAA	Lahr				20									
MTAF-Schule der DAA	Lahr									25				
Lehranstalt für Diätassistenten	Ravensburg										40			
Logopädenschule des Internationalen Bundes für Sozialarbeit	Reichenau											75		
Schule für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie an der Volkshochschule Reutlingen	Reutlingen						75							
Krankengymnastikschule Bildungswerk der DAG	Schwäbisch Gmünd					72								
Berufsfortbildungswerk	Stuttgart	100												
Krankengymnastikschule des Internationalen Bundes für Sozialarbeit	Stuttgart					82								
Krankengymnastikschule	Stuttgart					80								
Freie Schule für Arbeits- und Beschäftigungstherapie	Stuttgart						128							
Schule für Ergotherapie	Stuttgart						115							
Physiotherapieschule des Forums für Bildung Stuttgart	Stuttgart					84								
Schule für Logopädie des Euro-Medizinal-Kollegs	Stuttgart											40		
Schule für Logopädie des Internationalen Bundes für Sozialarbeit	Stuttgart											50		

**Sonstige Ausbildungsstätten für Berufe des Gesundheitswesens
in Baden-Württemberg**

- Stand: Juli 1999 -

Name der Einrichtung oder des Krankenhauses	Ort	Krankenschwester, Krankenpfleger	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	Krankenpfleger/in	Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin	Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in	Ergotherapeut/in	Med.-techn. Laboratoriumsassistent/in	Med.-techn. Radiologieassistent/in	Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	Diätassistent/in	Logopäden, Logopädin	Orthoprist, Orthopristin	Masseure/Masseuse und med. Bademeister
Schule für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie des Internationalen Bundes für Sozialarbeit	Tübingen						90							
Lehranstalt für Krankengymnastik und Massage	Ulm					150								82
Schule für Physiotherapie Motima	Villingen-Schwenningen					128								
Krankengymnastikschule Waldenburg	Waldenburg					168								
Schule für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie an der Gotthilf-Vöhringer-Schule	Wilhelmsdorf						75							
Schule für Physiotherapie Ortenau	Willstätt-Eckertsweier					360								
Ergotherapieschule der CAK gGmbH	Zell a. H.						10							
Summe		116	0	16	20	2.452	955	192	54	40	40	307	0	293

**Akademische Lehrkrankenhäuser
in Baden-Württemberg**

- Stand: September 1999 -

Lfd. Nr.	Krankenhaus	Anschrift	Bemerkungen
Universität Freiburg			
1	Kreiskrankenhaus	78166 Donaueschingen	Sonnhaldenstr. 2
2	Ev. Diakoniekrankenhaus	79104 Freiburg	Wirthstr. 11
3	Städt. Klinikum	76133 Karlsruhe	Moltkestr. 14 - 18
4	St. Vincentius-Krankenhaus	76137 Karlsruhe	Steinhäuserstr. 18
5	Krankenhaus der Ev. Diakonissenanstalt	76199 Karlsruhe	Diakonissenstr. 28
6	Klinikum Konstanz	78461 Konstanz	Luisenstr. 7
7	Klinikum	77933 Lahr	Klosterstr. 19
8	Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH	79539 Lörrach	Spitalstr. 25
9	Klinikum	77654 Offenburg	Ebertplatz 12
10	Klinikum der Stadt Villingen-Schwenningen GmbH	78050 Villingen-Schwenningen	Vöhrenbacher Str. 23 -25
11	Hegau-Klinikum GmbH	78221 Singen	Virchowstr. 10
12	Rechbergklinik Bretten	75015 Bretten	Virchowstr. 15 (ab 01.10.99 ALK der Universität Heidelberg)
13	Kreiskrankenhäuser Tuttlingen (Tuttlingen, Spaichingen)	78532 Tuttlingen	Schlößleweg 10
14	Stadtklinik Baden-Baden	76532 Baden-Baden	Balger Str. 50
Universität Heidelberg			
1	Caritaskrankenhaus	97980 Bad Mergentheim	Uhlandstr. 7
2	Caritaskrankenhaus Abteilung Chirurgie	97980 Bad Mergentheim	Wachbacher Straße
3	Krankenhaus St. Rochusstift	97980 Bad Mergentheim	Würzburger Str. 7
4	Reha-Klinik Ob der Tauber (früherer Name: Stoffwechsellinik)	97980 Bad Mergentheim	Bismarckstr. 31 (bis 30.09.2000)
5	Fürst-Stürum-Krankenhaus	76646 Bruchsal	Gutleutstr. 9 - 14
6	Krankenhaus Salem	69121 Heidelberg	Zeppelinstr. 11 - 33
7	St. Josefs-Krankenhaus	69115 Heidelberg	Landhausstr. 25
8	Thoraxklinik-Heidelberg gGmbH	69126 Heidelberg	Amalienstr. 5
9	Krankenhaus Bethanien Geriatrisches Zentrum Heidelberg	69126 Heidelberg	Rohrbacher Straße 149
10	Klinikum Heilbronn GmbH	74078 Heilbronn	Am Gesundbrunnen 20 - 24
11	Klinikum Karlsbad-Langensteinbach gGmbH	76307 Karlsbad	Guttmanstr. 1
12	Diakonissenkrankenhaus	68163 Mannheim	Speyerer Str. 91 - 93
13	Theresien-Krankenhaus	68165 Mannheim	Josef-Braun-Ufer 9
14	Heinrich-Lanz-Krankenhaus	68163 Mannheim	Feldbergstr. 68 - 70
15	Klinikum Darmstadt	Darmstadt	(Fakultät Mannheim) (Fakultät Mannheim) (Fakultät Mannheim) (Fakultät für Klinische Medizin Mannheim)
16	Zentrum für Psychiatrie Nordbaden PZN	69168 Wiesloch	Heidelberger Str. 1a
17	Klinikum Ludwigsburg-Bietigheim	71640 Ludwigsburg	Posilipostr. 49
18	Städt. Klinikum	75175 Pforzheim	Kanzlerstr. 4 - 6
19	Diakoniekrankenhaus	74523 Schwäbisch Hall	Heilbronner Str. 100
20	Kreiskrankenhaus	68723 Schwetzingen	Bodelschwinghstr. 11
21	Kreiskrankenhaus	74889 Sinsheim	Alte Waibstadter Str. 2
22	Kreiskrankenhaus	74821 Mosbach	Knopfweg 1
23	Krankenhaus Speyererhof GmbH	69117 Heidelberg	Speyerhof 1
24	St. Vincentius-Krankenhaus	69117 Heidelberg	Untere Neckarstr. 1 - 5
25	Kurpflanzkrankenhaus gGmbH	69123 Heidelberg	Bonhoefferstr. 1
26	Vulpius Klinik GmbH	74906 Bad Rappenau	Vulpiusstr. 29

**Akademische Lehrkrankenhäuser
in Baden-Württemberg**

- Stand: September 1999 -

Lfd. Nr.	Krankenhaus	Anschrift	Bemerkungen
Universität Tübingen			
1	Kreiskrankenhaus	72764 Reutlingen	Steinbergstr. 25
2	Paracelsus-Krankenhaus	73760 Ostfildern-Ruit	Hedelfinger Str. 166
3	Städt. Krankenhaus	71065 Sindelfingen	Arthur-Gruber-Str. 70
4	Diakonissenkrankenhaus	70176 Stuttgart	Rosenbergstr. 38
5	Klinikum Stuttgart (Bürgerhospital, Olgahospital, Katharinenhospital, Krankenhaus Bad Cannstatt)	70173 Stuttgart	Stadtverwaltung, Marktplatz
6	Kreiskrankenhaus	72488 Sigmaringen	Hohenzollernstr. 40
7	Marienhospital	70199 Stuttgart	Böheimstr. 37
8	Kreiskrankenhaus	72458 Albstadt	Friedrichstr. 39
9	Städt. Krankenhaus	88048 Friedrichshafen	Röntgenstr. 2
10	Kreiskrankenhaus	71032 Böblingen	Bunsenstr. 120
11	Städt. Kliniken	73730 Esslingen	Hirschlandstr. 97
12	Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH	70376 Stuttgart	Auerbachstr. 110
Universität Ulm			
1	Kreiskrankenhaus	88400 Biberach	Ziegelhausstr. 50
2	Kreiskrankenhaus	88471 Laupheim	Eugen-Bolz-Str. 1
3	Kreiskrankenhaus	88499 Riedlingen	Zwiefalter Str. 62
4	Ostalbkrankenhaus	73428 Aalen	Im Kälbesrain 1
5	Klinik am Eichert	73006 Göppingen	Postfach 660
6	Kreiskrankenhaus	89522 Heidenheim	Schloßhausstr. 100
7	Stauferklinik Schwäbisch Gmünd	73557 Mutlangen	Wetzgauer Str. 85
8	St. Elisabethenkrankenhaus	88191 Ravensburg	Elisabethenstr. 15
9	Fachklinik für Neurologie Dietenbronn GmbH	88477 Schwendi	
<i>Akademische Krankenhäuser:</i>			
1	Bundeswehrkrankenhaus Ulm	89081 Ulm	Oberer Eselsberg 40
2	Rehabilitationskrankenhaus Ulm	89081 Ulm	Oberer Eselsberg 45
nachrichtlich:			
3	Bezirkskrankenhaus Günzburg	89031 Günzburg	

Landeskrankenhausausschuß Baden-Württemberg

Seite: 1

gemäß § 9 Landeskrankenhausgesetz

- Stand: März 2000 -

Vorsitz: Sozialministerium Baden-Württemberg**Ständiger Vertreter****Stellvertreter****Sechs Vertreter der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft**

- | | |
|---|---|
| 1. Vorstandsvorsitzender
Wolfgang E. Pföhler
Universitätsklinikum Mannheim
Theodor-Kutzer-Ufer
68167 Mannheim | 1. Bürgermeister
Ulrich Eidenmüller
Rathaus
Postfach 62 60
76402 Karlsruhe |
| 2. Landrat
Franz Weber
Landratsamt
Postfach 8 09
73008 Göppingen | 2. Krankenhausdezernent
Manfred Lörch
Landratsamt
Badstraße 20
77652 Offenburg |
| 3. Direktor
Egon Möhlmann
St. Vincentius-Krankenhäuser
Steinhäuser Straße 18
76135 Karlsruhe | 3. Direktor
Michael Beck
Caritaskrankenhaus
Uhlandstraße 7
97980 Bad Mergentheim |
| 4. Direktor
Dr. Dietmar Köhrer
Evangelische Diakonissenanstalt
Diakonissenstraße 28
76199 Karlsruhe | 4. Direktor
Volker Geißel
Diakonissenanstalt
Rosenbergstraße 38
70176 Stuttgart |
| 5. Geschäftsführer
Dr. Joseph Graf von Waldburg-Zeil
Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co.
Riedstr. 16
88316 Isny-Neutrauchburg | 5. Vorstand
Franz Schreijäg
Kraichgau-Klinik
Fritz-Hagner-Promenade 15
74906 Bad Rappenau |
| 6. Verbandsdirektor
Dr. Josef Siebig
Baden-Württembergische
Krankenhausgesellschaft e.V.
Postfach 10 04 28
70003 Stuttgart | 6. Geschäftsführer
Dr. Matthias Geiser
Baden-Württembergische
Krankenhausgesellschaft e.V.
Postfach 10 04 28
70003 Stuttgart |

Ständiger Vertreter**Stellvertreter****Fünf Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen im Sinne von § 27 KHG**

- | | |
|--|--|
| <p>1. Vorstandsvorsitzender
Roland Sing
Allgemeine Ortskrankenkasse
Baden-Württemberg
Postfach 10 29 54
70025 Stuttgart</p> | <p>1. Vorstandsmitglied
Dr. Rolf Hoberg
Allgemeine Ortskrankenkasse
Baden-Württemberg
Postfach 10 29 54
70025 Stuttgart</p> |
| <p>2. Leiter der Landesvertretung
Roger Jaeckel
Verband der
Angestellten-Krankenkassen
Postfach 10 10 43
70009 Stuttgart</p> | <p>2. Margit Seifert
Verband der
Angestellten-Krankenkassen
Postfach 10 10 43
70009 Stuttgart</p> |
| <p>3. Direktor
Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
BKK-Landesverband
Baden-Württemberg
Stuttgarter Str. 105
70806 Kornwestheim</p> | <p>3. Claus Beham
BKK-Landesverband
Baden-Württemberg
Stuttgarter Str. 105
70806 Kornwestheim</p> |
| <p>4. Wolfgang Beinhofer
BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft
Vertragspartner-Service
Stuttgarter Str. 105
70806 Kornwestheim</p> | <p>4. Harald Kuhn
BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft
Vertragspartner-Service
Stuttgarter Str. 105
70806 Kornwestheim</p> |
| <p>5. Direktor
Jürgen Haller
Landwirtschaftliche Krankenkasse
Württemberg
Postfach 10 60 29
70049 Stuttgart</p> | <p>5. Leitender Verwaltungsdirektor
Jörg Zinnow
Landwirtschaftliche Krankenkasse
Württemberg
Postfach 10 60 29
70049 Stuttgart</p> |

Ein Vertreter des Landesausschusses Baden-Württemberg des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

Prokurist
Theo Gauch
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Landesausschuß Baden-Württemberg
Postfach 10 60 17
70049 Stuttgart

Ständiger Vertreter

Stellvertreter

Ein Vertreter des Landkreistags Baden-Württemberg

Landrat
Manfred Autenrieth
Landratsamt
Postfach 14 62
78614 Rottweil

Stellvertretender Hauptgeschäftsführer
Karlheinz Kibele
Landkreistag Baden-Württemberg
Panoramastraße 37
70174 Stuttgart

Ein Vertreter des Städtetags Baden-Württemberg

Bürgermeister
Dr. Dieter Blessing
Rathaus
Marktplatz 1
70049 Stuttgart

Leitender Verwaltungsdirektor
Manfred Stehle
Städtetag Baden-Württemberg
Relenbergstraße 12
70174 Stuttgart

Ein Vertreter des Gemeindetags Baden-Württemberg

Oberbürgermeister
Gerd Gerber
Rathaus
88250 Weingarten

Beigeordneter
Dieter Hillebrand
Gemeindetag Baden-Württemberg
Panoramastraße 33
70174 Stuttgart

Ein Vertreter des Landesärztekammer Baden-Württemberg

Dr. Ulrike Wahl
Karl-Olga-Krankenhaus
Schwarenbergstraße 7
70190 Stuttgart

Dr. Jürgen Reitingner
An der Alten Bach 7
76139 Karlsruhe

Zwei Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen im Lande

Dr. Gerhard Dieter
Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen
Vereinigung Südbaden
Sundgauallee 27
79114 Freiburg

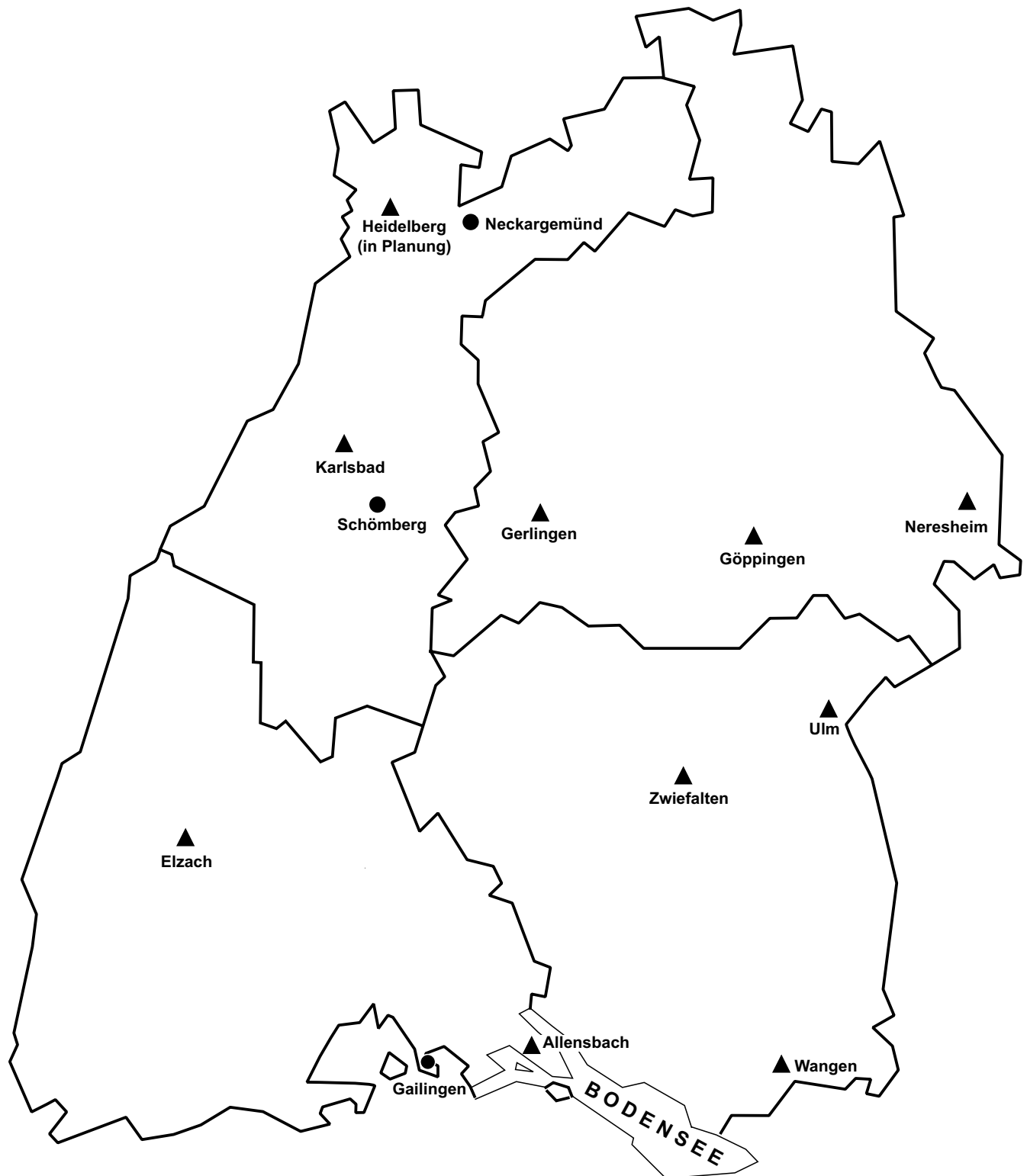
Dr. Berchthold Künkelin
Vorstandsmitglied der
Kassenärztlichen Vereinigung
Südwestfalen
Haldenhausstraße 11
72770 Reutlingen

Dr. Peter Stehling
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung
Nordbaden
Durlacher Allee 4
76131 Karlsruhe

Dr. Norbert Metke
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung
Nord-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Standorte für die Versorgung von Apallikern (2. Akutphase) in Baden-Württemberg

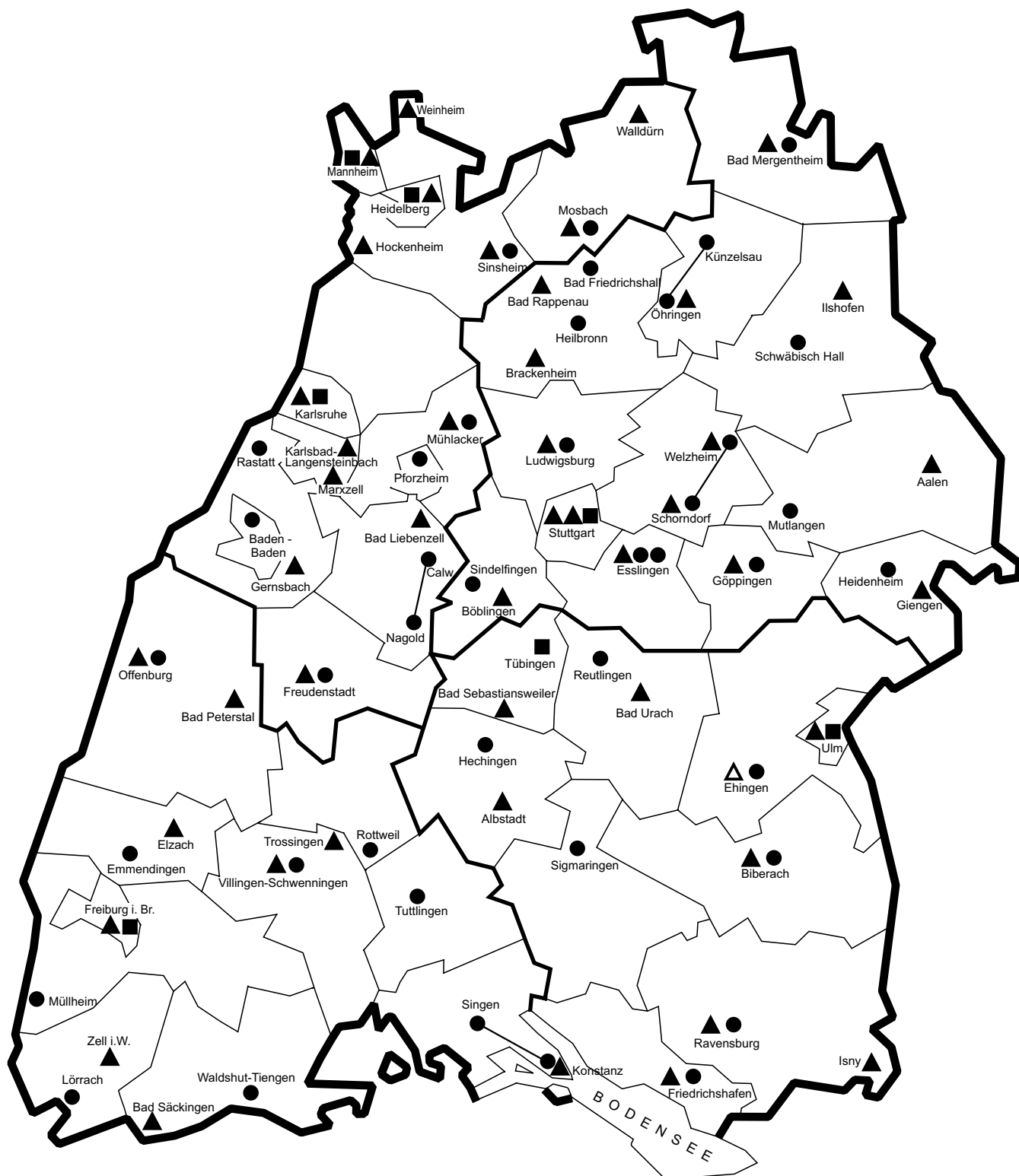
- ▲ Plätze für Erwachsene
- Plätze für Kinder



Geriatrische Einrichtungen in Baden-Württemberg

- Geriatrische Zentren
- Geriatrische Schwerpunkte
- Kooperation
- ▲ Geriatrische Reha
- △ im Bau

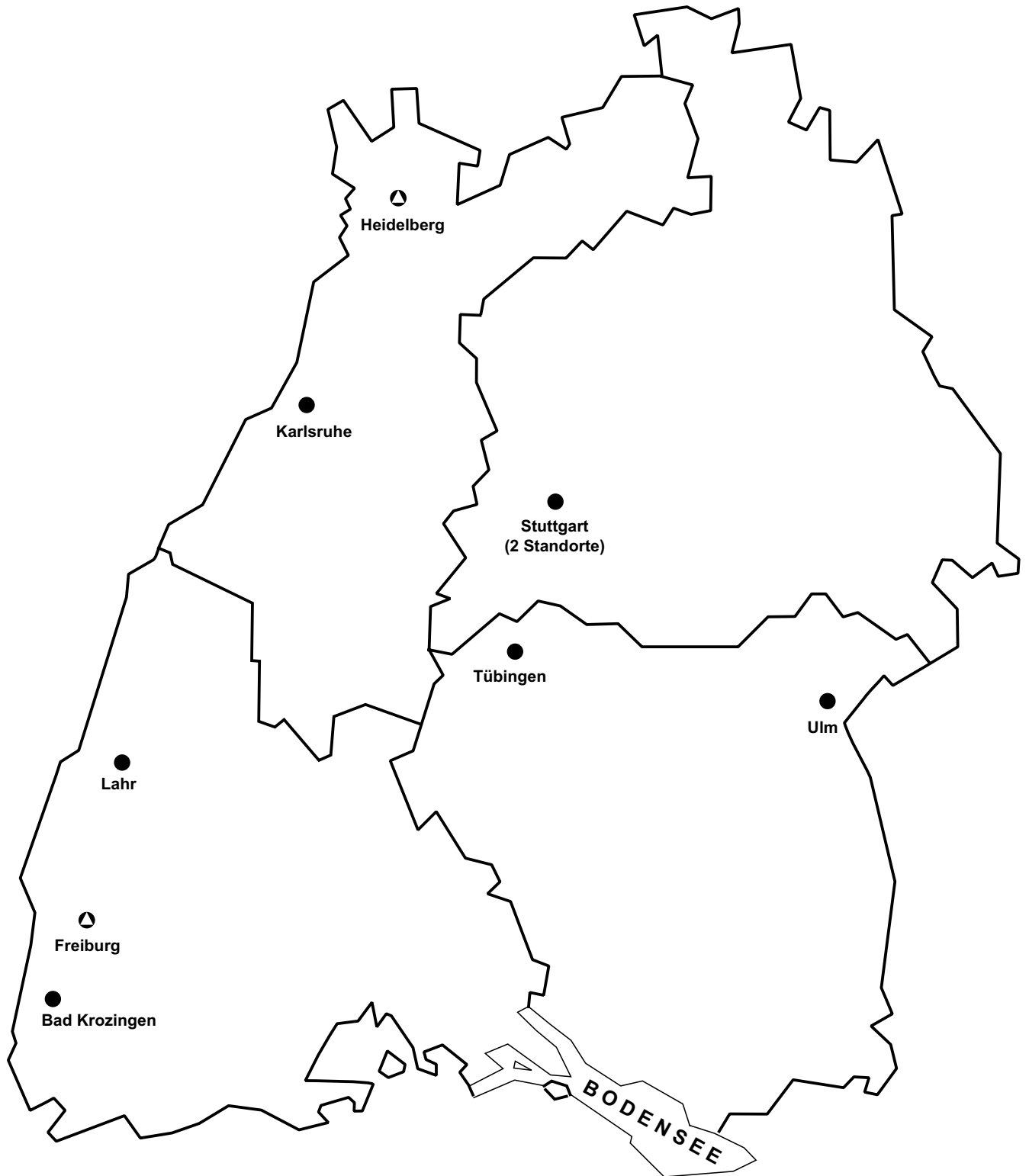
- Kreisgrenze
- Regierungsbezirksgrenze



Zugelassene Herzchirurgien und Herztransplantationszentren in Baden-Württemberg

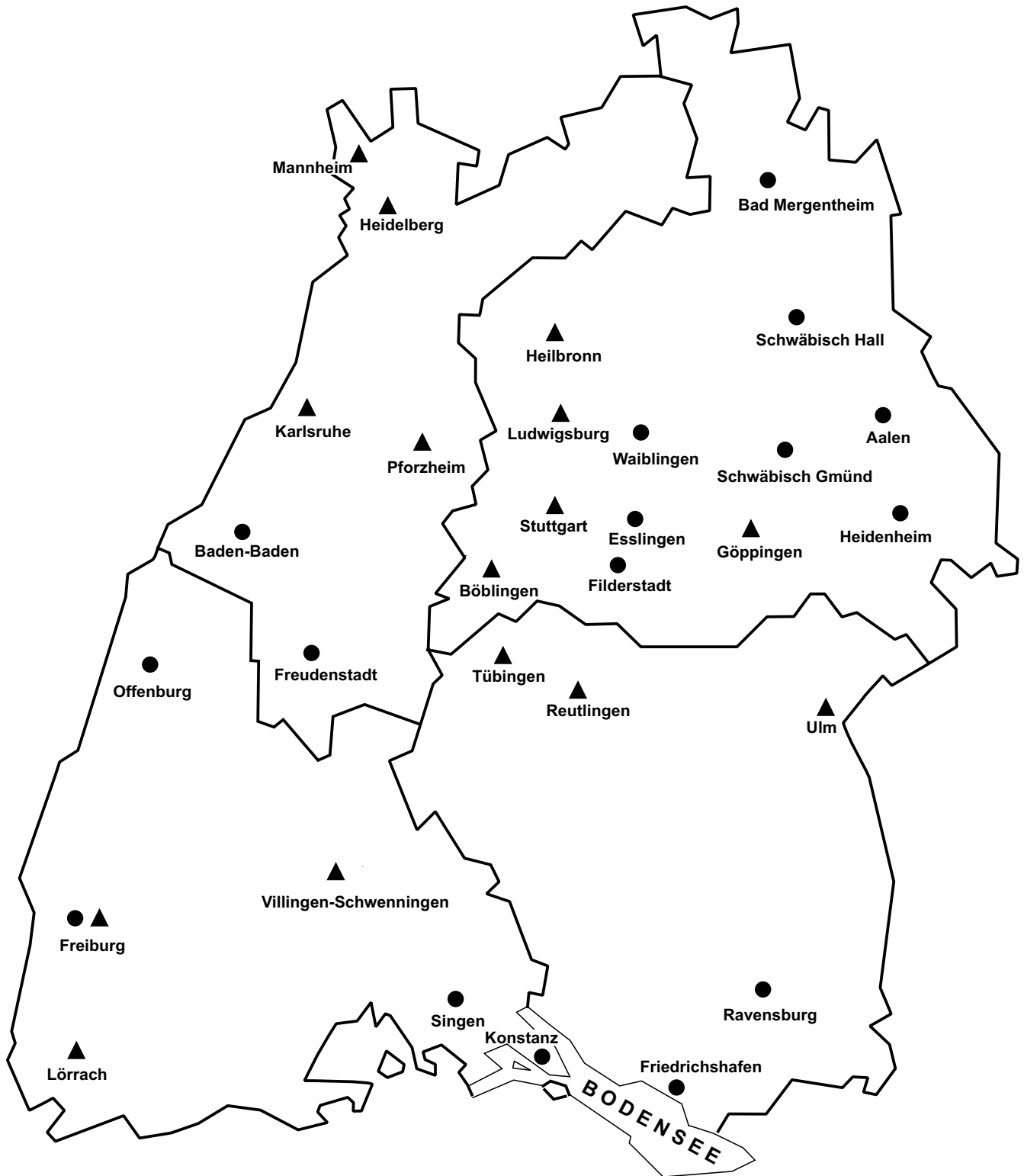
● Herzchirurgie

▲ zugleich Herztransplantationszentrum



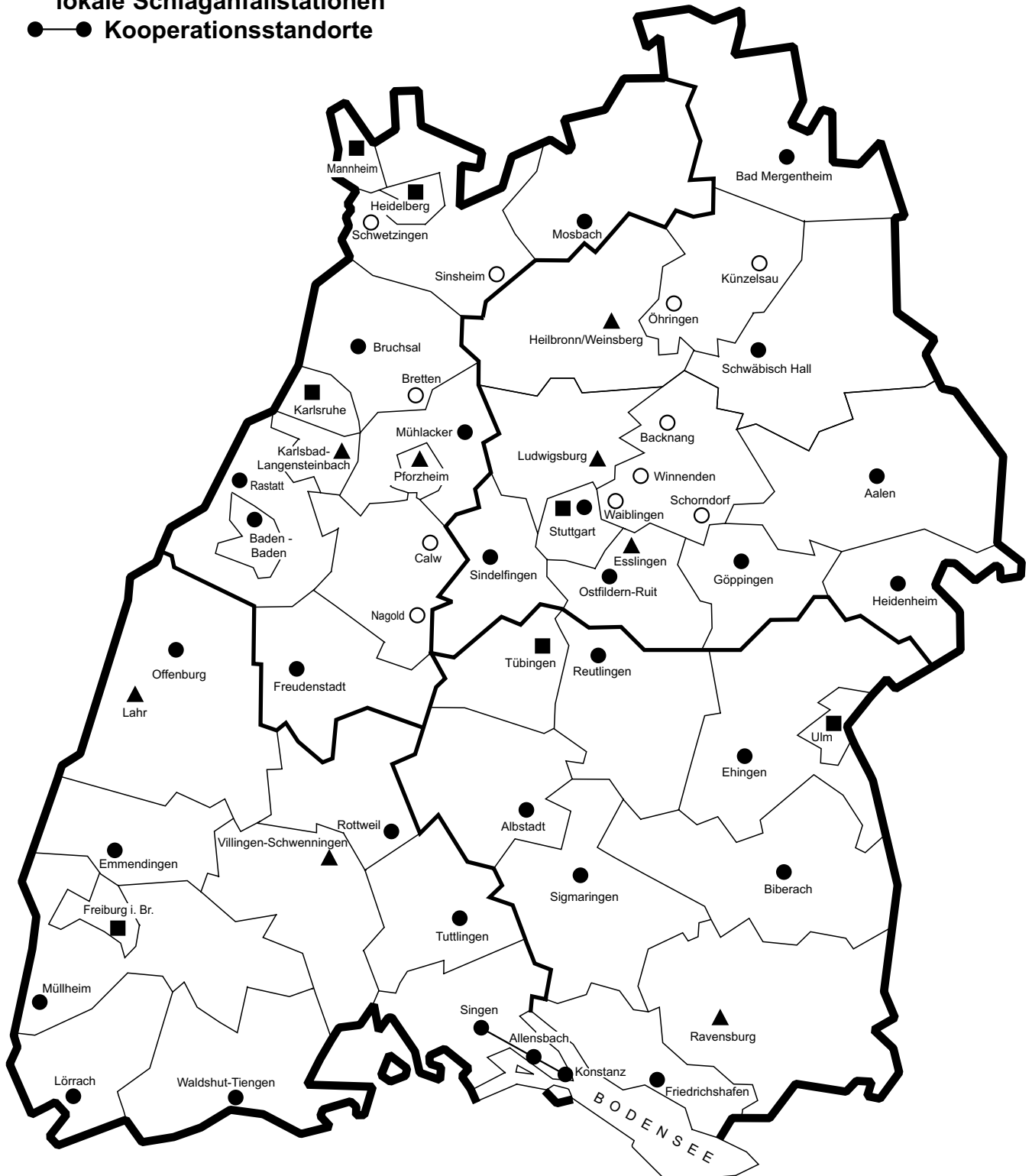
Perinatologische Zentren und Schwerpunkte in Baden-Württemberg

- ▲ Perinatologisches Zentrum
- Perinatologischer Schwerpunkt



Modell einer dreistufigen Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg*

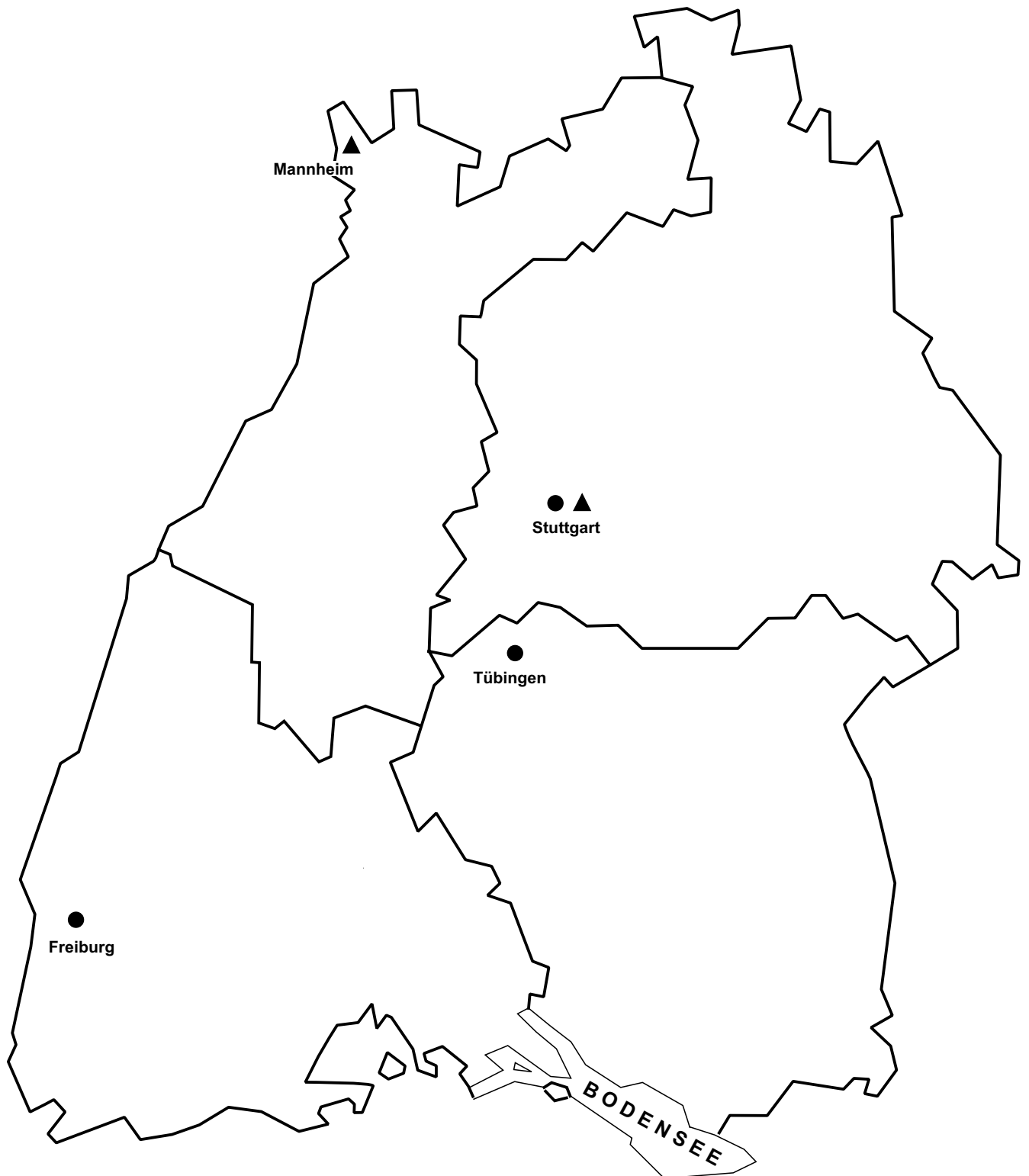
- Schlaganfallzentrum (Stroke Unit)
 - ▲ Regionaler Schlaganfallsschwerpunkt
 - Lokale Schlaganfallstation
 - Alternative Standorte für lokale Schlaganfallstationen
 - Kooperationsstandorte
- Kreisgrenze
 - Regierungsbezirksgrenze



* Die Schlaganfallzentren sind bereits in Betrieb. Die endgültigen Standorte der regionalen und lokalen Schlaganfalleinheiten werden im Rahmen der vom Landeskrankenhausauschuss verabschiedeten Konzeption zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg vom Sozialministerium festgelegt.

**Standorte zur Versorgung Schwerbrandverletzter in Baden-Württemberg
- Stand: Juni 1999 -**

- Betten für Erwachsene
- ▲ Betten für Kinder



**Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte in Baden-Württemberg
- Stand: August 1999 -**

- ▲ Tumorzentrum
- Onkologischer Schwerpunkt

