

Krankenhausplan 2010 des Landes Schleswig-Holstein

S.

A.	ALLGEMEINER TEIL	
1.	Konzeptionelle Grundlage des Krankenhausplanes	3
	Fortschreibung des Krankenhausplanes	
2.	Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung	3
2.1	Gesetzliche Regelungen	
2.1.1	Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)	
2.1.2	Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG)	
2.1.3	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)	
2.2	Aufstellung des Krankenhausplanes	
2.3	Mitwirkung der Beteiligten	
2.4.	Bedeutung des Krankenhausplanes	
3.	Planungsgrundsätze	6
3.1	Regionale Versorgungsstruktur	
3.2	Regionale Abstufung in der Versorgung	
3.3	Trägervielfalt	
3.4	Versorgungsstufen	
3.5	Planungszeitraum	
4.	Besondere Schwerpunkte und Fachbereiche	11
4.1	Teilnahme an der Notfallversorgung	
4.2	Perinatalzentren	
4.3	Traumazentren	
4.4	Nephrologische Schwerpunkt-Einheiten	
4.5	Palliativmedizinische Schwerpunkt-Einheiten	
4.6	Onkologische Zentren	
4.7	Brustzentren	
4.8	Diabetologische Schwerpunkt-Einheiten	
4.9	Frührehabilitation Phase B	
4.10	Altersmedizin	
5.	Ermittlung der bedarfsdeckenden Versorgungsstrukturen	20
5.1	Bedarfsbestimmende Faktoren	
5.2	Berechnungsverfahren	
5.3	Anhörungsverfahren	
6.	Psychiatrische Versorgung	24
6.1	Psychiatrische Versorgung von Erwachsenen	
6.2	Weiterentwicklung einzelner Bereiche der Psychiatrie	
6.2.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie	
6.2.2	Gerontopsychiatrie	
6.2.3	Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin	
7.	Zusammenarbeit mit Hamburg	27

8.	Änderungen während des Planungszeitraumes	28
8.1	Zwischenfortschreibungen	
8.2	Anträge durch Krankenhausträger	

9.	Inhalt des Krankenhausplanungsblattes	28
9.1	Wesentlicher Inhalt	
9.2	Verbindliche Festlegungen	
9.3	Rahmenfestlegungen	

B. BESONDERER TEIL

1. Übersicht über die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser
2. Krankenhausplanungsblätter der Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken
3. Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag

C. ANLAGEN

1. Entwicklung der abteilungsbezogenen Fälle/Betten 2001–2009 / Prognose 2010
2. Auswertung der Krankenhausdaten nach der Krankenhausstatistikverordnung 2001 – 2009/ Prognose 2010
3. Abkürzungsverzeichnis

A. ALLGEMEINER TEIL

Die Länder sind bundesgesetzlich nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) verpflichtet Krankenhauspläne aufzustellen, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Wichtiges Indiz für die Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses, seiner Kapazität und die Bedarfsnotwendigkeit seiner Fachabteilungen ist der Grad der Inanspruchnahme durch die Patienten. Ferner soll der Krankenhausplan die Voraussetzung dafür schaffen, dass die Krankenhäuser durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten regional ausgewogen sicherstellen können.

Die Landesregierung des Landes Schleswig-Holstein setzt sich in diesem Zusammenhang für regionale Kooperationen zwischen den Krankenhäusern ein, um deren Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten. Notwendige Veränderungen sollen nach Möglichkeit im Konsens der an der Krankenhausplanung Beteiligten erreicht werden.

1. Konzeptionelle Grundlage des Krankenhausplanes

Der Schleswig-Holsteinische Krankenhausplan 2010 legt auf der Basis der geltenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern fest. Dabei wird die bewährte Struktur aus dem Krankenhausplan 2001 bis 2009 aufgenommen und weiter entwickelt.

1.1 Fortschreibung des Krankenhausplanes

Die während der Geltungsdauer des Krankenhausplanes 2001-2009 erfolgte kontinuierliche Anpassung ist aus dem im Jahr 1996 beauftragten Gutachten zur Krankenhausplanung entwickelt worden. Die Anpassung an die tatsächliche Belegungssituation hat dazu geführt, dass Schleswig-Holstein zu den ökonomischsten Ländern in der stationären und teilstationären Krankenhausversorgung wurde. Die bis 2009 vereinbarten Landesbasisfallwerte zeigen die hohe Effizienz der schleswig-holsteinischen Krankenhäuser. Es besteht somit keine Veranlassung, den erfolgreichen Weg Schleswig-Holsteiner Krankenhausplanung zu verlassen und eine andere Systematik zu verwenden.

2. Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung

Krankenhausplanung ist einerseits stark durch gesetzliche Rahmenbedingungen geprägt, bietet aber andererseits den Planungsbeteiligten einen Gestaltungsrahmen, der verantwortungsbewusst auszufüllen ist.

2.1 Gesetzliche Regelungen

Rechtliche Eckpunkte der Krankenhausplanung sind:

2.1.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Das KHG von 1972 wurde nach umfangreichen Änderungen am 10. April 1991 (BGBl. I. S. 886) neu bekannt gemacht und seitdem mehrfach und zuletzt durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) am 13. Febr. 2009 geändert.

Zur Krankenhausplanung und zur Krankenhausfinanzierung beschränkt sich der Bundesgesetzgeber auf nur wenige grundlegende Bestimmungen. Darüber hinausgehende Anforderungen überlässt das KHG ausdrücklich landesrechtlichen Regelungen. Die Länder haben damit weitgehenden eigenen Gestaltungsspielraum für das Recht der Krankenhausplanung und -finanzierung.

2.1.2 Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG)

Die in Schleswig-Holstein geltenden spezifischen landesrechtlichen Regelungen enthält das Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 12. Dezember 1986 (GVBl. Schl.-H. S. 302) zuletzt geändert am 12. Okt. 2005.

2.1.3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

Das zum 1. Januar 1989 in Kraft getretene SGB V in der Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) und seitdem durch zahlreiche Änderungen novellierte Gesetz enthält grundlegende Bestimmungen für den Bereich des Krankenhauswesens.

Nach § 108 SGB V dürfen die Krankenkassen für ihre Versicherten Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen; das sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser wird durch § 109 Abs. 1 SGB V der Versorgungsvertrag kraft Gesetzes begründet. Nach § 110 Abs. 1 SGB V haben die Krankenkassen das Recht, auch einen gesetzlich begründeten Versorgungsvertrag unter bestimmten Voraussetzungen zu kündigen.

Im Rahmen des SGB V wird es den Krankenhäusern ermöglicht, vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V) sowie ambulante Operationen und sonstige stationärer ersetzende Eingriffe (§ 115 b SGB V) durchzuführen.

Mit dem durch das GKV-WSG geänderten § 116 b SGB V ist die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung bei hochspezialisierten ambulanten Behandlungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen neu geregelt worden.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit (MASG) hat bereits Ende 2007 erste Zulassungen für Krankenhäuser in Schleswig-Holstein nach § 116 b SGB V erteilt und war damit das erste Bundesland, das von den neuen gesetzlichen Regelungen Gebrauch gemacht hat.

Diese schnelle Umsetzung war möglich, weil Schleswig-Holstein konsequent auf Kooperationen zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten gesetzt hat. Rechtsstreitigkeiten konnten so von vornherein vermieden werden.

2.2 Aufstellung des Krankenhausplanes

Nach § 6 Abs. 1 KHG i. V. m. § 2 Abs. 1 AG-KHG hat das MASG den Krankenhausplan für das Land Schleswig-Holstein aufzustellen und ihn der Entwicklung anzupassen. Mit dem vorliegenden Krankenhausplan erfüllt das MASG diese Verpflichtung.

Jede Planung ist ein kontinuierlicher Prozess. Daher will und kann auch dieser Krankenhausplan keine Endsituation beschreiben. Mit der Vorlage dieses Planes geht die Verpflichtung zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Anpassung an geänderte Voraussetzungen einher.

2.3. Mitwirkung der Beteiligten

§ 7 Abs. 1 KHG legt fest, dass die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammenarbeiten. Bei der Krankenhausplanung - und das gilt auch für die Aufstellung der Investitionsprogramme - sind mit den unmittelbar Beteiligten einvernehmliche Regelungen anzustreben.

Wer zum Kreis der Beteiligten und wer von ihnen zu den unmittelbar Beteiligten gehört, bestimmt § 19 AG-KHG.

Beteiligte sind:

1. Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V.
2. AOK Schleswig-Holstein – Die Gesundheitskasse
3. Verband der Ersatzkassen e. V (vdek). - Landesvertretung Schleswig-Holstein
4. BKK-Landesverband NORD
5. IKK-Landesverband Nord
6. Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg
7. Verband der privaten Krankenversicherung e. V. - Landesausschuss Schleswig-Holstein
8. Deutscher Städtetag - Landesverband Schleswig-Holstein
9. Schleswig-Holsteinischer Landkreistag
10. Städtebund Schleswig-Holstein
11. Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag
12. Deutsche Rentenversicherung Nord
13. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - Landesverband
14. Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e. V.
15. Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e. V.
16. Ärztekammer Schleswig-Holstein
17. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Unmittelbar Beteiligte sind die vorstehend unter Ziffer 1. bis 11. genannten Organisationen und Verbände.

Nach § 20 AG-KHG erörtert das MASG den Entwurf des Krankenhausplanes mit allen Beteiligten grundsätzlich gemeinsam. Erzielt es dabei mit den unmittelbar Beteiligten kein Einvernehmen, ist mit ihnen noch einmal mit dem Ziel zu beraten, einvernehmliche Regelungen herbeizuführen. Gibt es auch dann kein Einvernehmen, entscheidet das MASG (Letztentscheid).

2.4 Bedeutung des Krankenhausplanes

Ausgerichtet an der Zielsetzung des § 1 KHG ist der Krankenhausplan ein wichtiges Steuerungsinstrument für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen.

Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan hat zwei wichtige Rechtsfolgen:

- Die Krankenhäuser erhalten öffentliche Fördermittel nur, soweit und solange sie in den Krankenhausplan - und gegebenenfalls auch in das Investitionsprogramm - aufgenommen sind, § 8 Abs. 1 KHG.
Die Höhe der Fördermittel orientiert sich u.a. an dem Versorgungsauftrag und der Versorgungsstufe.
- Die Krankenkassen haben Krankenhausbehandlung für ihre Versicherten in allen in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern zu gewähren, § 108 Nr. 2 SGB V.

Die im Krankenhausplan getroffenen Festlegungen werden gegenüber dem Krankenhausträger durch Bescheid festgestellt und damit rechtsverbindlich.

3. Planungsgrundsätze

In Schleswig-Holstein wird die Krankenhauslandschaft geprägt durch ein relativ dezentrales Angebot, das seit vielen Jahren einen dynamischen Neustrukturierungs- und auch Rationalisierungsprozess durchlaufen hat und weiterhin durchläuft.

3.1 Regionale Versorgungsstruktur

Leitgedanke dieses Krankenhausplanes ist die ortsnahe, qualifizierte und wirtschaftliche Krankenhausversorgung. Daraus folgt, dass sich die Gesundheitspolitik des Landes unter Beachtung der Grundsätze des § 1 KHG – Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit - an den Interessen und Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert. Die Landesregierung unterstützt ausdrücklich Kooperationslösungen zur gemeinsamen Sicherstellung der regionalen Versorgung und die Bildung von Versorgungsnetzen. Telematische und Telemedizinische Strukturen können helfen, die dünner besiedelten Flächen oder Inseln mit hochqualifizierten Leistungen zu versorgen.

Durch die Einbindung auch der ambulanten fachärztlichen Versorgung kann ein Beitrag zur Erhaltung der flächendeckenden fachärztlichen Versorgungsstruktur in den ländlichen Regionen des Landes geleistet werden. Die von der Landesregierung frühzeitig erteilten Genehmigungen für die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V sind unter Beachtung wirtschaftlicher Leistungserbringung ein weiterer wichtiger Schritt zur Stabilisierung der Versorgung in den ländlichen Regionen. Die kostenneutrale Leistungsverlagerung wird dabei befürwortet. Weitere Kooperationen z.B. in den Fachbereichen Geburtshilfe/Gynäkologie, Kinder- und Jugendmedizin, Onkologie, Geriatrie, Augenheilkunde sowie in der notärztlichen Versorgung werden dabei ausdrücklich begrüßt.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können eine zusätzliche Möglichkeit medizinischer Versorgungsstruktur bieten. Durch MVZ kann eine Versorgung angeboten werden, mit der weite Wege und Doppeluntersuchungen vermieden werden können, wenn die Versorgung neben den Ballungsgebieten auch in der Fläche beibehalten wird.

Um die Sektoren übergreifende medizinische Behandlungskette für die Patientinnen und Patienten effektiv und ohne unnötige Unterbrechungen zu organisieren, ist jedes Krankenhaus gehalten, ein umfassendes Entlassmanagement aufzubauen. Die Landesregierung unterstützt die Weiterentwicklung dieser Regelungen zu einem - den gesamten Heilungsprozess umfassenden - Vertragswerk. Dabei können weitere ambulante Versorgungsformen, wie insbesondere die Integrierte Versorgung und indikationsspezifische Ärztenetze, eine wichtige Aufgabe übernehmen.

3.2 Regionale Abstufung in der Versorgung

Die ländliche Struktur des Landes Schleswig-Holstein mit wenigen größeren Städten erfordert eine sorgfältige Allokation der stationären Versorgungsangebote. Zur Sicherung einer flächendeckenden und wirtschaftlichen Versorgung muss in den ländlichen Regionen ein ausreichender Versorgungsumfang erhalten bleiben. Der regionalen Versorgung in den ländlichen Regionen dürfen nicht die Behandlungsfälle entzogen werden, indem konzentrierte Angebotsstrukturen nur für elektive Behandlungen etabliert werden, die Leistungsanbieter in der Fläche hingegen zur Sicherstellung der Notfallversorgung enorme Personalvorhaltungen zu leisten haben. Ein ausreichender Versorgungsumfang ist zur Kostendeckung der regionalen Notfallversorgung und zur Schaffung und Sicherstellung von Weiterbildungsangeboten für Ärzte notwendig.

Deshalb unterstützt die Landesregierung dezentrale Versorgungsstrukturen, bei denen im Benehmen mit der Planungsbehörde beispielsweise besonders qualifizierte Ärzte bzw. Behandlungsteams in anderen Schleswig-Holsteinischen Krankenhäusern auf Basis von Kooperationsverträgen im Rahmen des Versorgungsauftrages des aufnehmenden Krankenhauses tätig werden. Damit werden die fallzahlorientierten Qualitätsvorgaben eingehalten und es erfolgt eine möglichst regionale Versorgung.

Die Landesregierung hält deshalb an der Abstufung des Versorgungsangebotes durch Versorgungsstufen fest. Die Einteilung orientiert sich insbesondere an den vom gemeinsamen Bundesausschuss formulierten Qualitätsrichtlinien. Diese fordern in vielen Fällen Mindestmengen und strukturelle Mindestvoraussetzungen, die entsprechend kostenintensive Vorhaltungen voraussetzen, großenteils auch im Rahmen einer 24-Stunden-Notfallversorgung. Diese können und sollen jedoch nicht an jedem Standort vorgehalten werden.

3.3 Trägervielfalt

Öffentliche, frei gemeinnützige und private Krankenhausträger stellen seit Jahrzehnten in Schleswig-Holstein gemeinsam die stationäre Krankenhausversorgung erfolgreich sicher.

Die Landesregierung setzt sich weiterhin für den Erhalt der belegärztlichen oder damit vergleichbaren honorarvertraglichen Versorgung ein und unterstützt die Einführung einer angemessenen Vergütung auf DRG-Basis. Der nach wie vor hohe Anteil an kommunalen und freigemeinnützigen Trägern ist ein Beleg dafür, dass sich nicht nur die privaten, sondern auch die kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhausträger ihrer Verantwortung für eine wirtschaftliche Leistungserbringung gestellt haben. Die gesetzlich gebotene Trägervielfalt ist in Schleswig-Holstein weiterhin vorhanden und wird von der Landesregierung unterstützt.

3.4 Versorgungsstufen

A l l g e m e i n k r a n k e n h ä u s e r sind Einrichtungen, die die Voraussetzungen von § 2 Nr. 1 KHG und § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, ohne dass eine bestimmte Fachrichtung im Vordergrund steht.

F a c h k r a n k e n h ä u s e r sind Krankenhäuser, die grundsätzlich nur über Versorgungsangebote eines Fachgebietes verfügen (z.B. Fachkrankenhaus für Chirurgie, Orthopädie oder Psychiatrie) oder nur Kranke bestimmter Krankheitsarten aufnehmen (z.B. Krankenhaus für Rheumakranke oder Lungenheilkunde). Fachkrankenhaus sind keiner Versorgungsstufe zugeordnet.

Die Einstufung der Allgemeinkrankenhäuser in vier Versorgungsstufen oder als Fachkrankenhaus hat sich in Schleswig-Holstein bewährt und wird im Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten beibehalten.

Grundsätzlich gelten folgende Kriterien:

Begrenzte Regelversorgung

Krankenhäuser mit begrenzter Regelversorgung erfüllen nicht alle an ein Krankenhaus der Regelversorgung zu stellenden Anforderungen. Sie halten internistische und chirurgische Angebote vor, stehen während des Tages als erstversorgende Anlaufpunkte in der Region mit einem allgemeinmedizinischen Versorgungsauftrag zur Verfügung, sind jedoch nicht immer hauptamtlich geführt und nicht verpflichtend rund um die Uhr aufnahmebereit.

Krankenhäuser der begrenzten Regelversorgung und die in der Region vorhandenen Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen sollen durch vertragliche Regelungen Netzwerke bilden, um eine optimale Betreuung der Patienten und ggf. eine zeitnahe Verlegung entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages zu gewährleisten.

Regelversorgung

Krankenhäuser der Regelversorgung haben je eine hauptamtlich geführte Abteilung für Innere Medizin und Chirurgie und zusätzlich eine hauptamtlich oder belegärztlich geführte Abteilung für Geburtshilfe und/oder Gynäkologie. Darüber hinaus sind Belegbetten für weitere Disziplinen möglich.

Krankenhäuser der Regelversorgung halten 24 Stunden täglich interdisziplinär und aufnahmebereit Intensivbetten vor; sie haben grundsätzlich eine hauptamtlich geleitete Anästhesie, die ebenfalls täglich 24 Stunden zur Verfügung steht. Für die Versorgung der Patienten stehen eine radiologische Versorgung und eine für die Akutversorgung ausreichende Laborversorgung ggf. auch in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten oder anderen Krankenhäusern zur Verfügung.

Krankenhäuser der Regelversorgung sollten weder in den hauptamtlich noch in den belegärztlich geführten Disziplinen Teilgebiete betreiben, die einer über das „Standardprogramm für Krankenhäuser in Schleswig-Holstein“ für ein Regelkrankenhaus hinausgehenden baulichen und apparativen sowie einer besonderen personellen Ausstattung bedürfen. Ausnahmen bedürfen der Zustimmung der Beteiligten gem. 2.3.

Krankenhäuser der Regelversorgung und die in der Region vorhandenen Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen sollen durch vertragliche Regelungen Netzwerke bilden, um eine optimale Betreuung der Patienten und ggf. eine zeitnahe Verlegung entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages zu gewährleisten.

Schwerpunktversorgung

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung sollen folgende hauptamtlich geleitete Abteilungen haben:

- Innere Medizin
mit qualifizierten Behandlungsmöglichkeiten in den Bereichen Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen, Hämatologie/Onkologie und Kardiologie mit vollen Weiterbildungsermächtigungen; darüber hinaus Behandlungsmöglichkeiten in der Nephrologie mit Hämodialyse sowie Pulmonologie
- Viszeral- und Gefäßchirurgie, mit qualifizierter Behandlungsmöglichkeit in der Kinderchirurgie, operative Onkologie und Thoraxchirurgie

- Unfallchirurgie/Orthopädie
eingebunden in das Traumanetzwerk Schleswig-Holstein
- Gynäkologie/Geburtshilfe
mit Behandlungsmöglichkeiten in den Bereichen spezielle operative Gynäkologie, Onkologie, Endokrinologie und Perinatalogie (mindestens Perinatalzentrum Level 2)
- Pädiatrie, mit qualifizierter Behandlungsmöglichkeit in der Neugeborenen- und Kinder-Intensivmedizin (24 Std. täglich)
- Anästhesie und Intensivmedizin
im ärztlichen Rund-um-die-Uhr-Anwesenheitsdienst
- Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Pathologie, Histologie und Labor in eigener Zuständigkeit oder ständiger Verfügbarkeit.

Darüber hinaus können weitere hauptamtlich oder belegärztlich geführte Abteilungen/Betten und Schwerpunktversorgungseinrichtungen (siehe 3.4) bestehen, die im Einzelnen im Krankenhausplan festgelegt sind. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung betreiben interdisziplinär/disziplinär Intensivbetten im ärztlichen Rund-um-die-Uhr-Anwesenheitsdienst; darunter in der Regel eine neonatologische Intensivstation.

Die Schwerpunktversorgung kann bei Vorliegen der vorstehenden Voraussetzungen gemeinschaftlich durch mehrere Krankenhäuser in örtlicher Kooperation in einer verbindlich festgelegten Netzwerkstruktur erbracht werden. Die bisher im Krankenhausplan als solche ausgewiesenen Schwerpunktkrankenhäuser behalten diesen Status für die Laufzeit dieses Krankenhausplanes, auch wenn sie nicht alle hier geforderten Voraussetzungen erfüllen.

Schwerpunktkrankenhäuser haben auf eine Vernetzung sowohl mit den regionalen Krankenhäusern der Regelversorgung als auch mit den überregionalen Einrichtungen und Zentren der Maximalversorgung in Schleswig-Holstein durch vertragliche Regelungen hinzuwirken und die Verlegung von Patienten zu regeln, die nicht dem eigenen Versorgungsauftrag entsprechen.

Maximalversorgung

Maximalversorgung findet in Schleswig-Holstein ausschließlich am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Standorte Kiel und Lübeck - statt. Es hält neben den bei den Schwerpunkthäusern genannten Fachabteilungen weitere Spezialgebiete vor wie zum Beispiel Transplantationschirurgie, Nephrologie, Thorax- und Herzchirurgie sowie eigene Fachabteilungen in den Fachgebieten Augenheilkunde, Dermatologie/Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Orthopädie/Unfallchirurgie, Strahlentherapie und Urologie. Im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein werden alle Fachgebiete hauptamtlich geleitet.

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein hat als Maximalversorgungskrankenhaus darauf hinzuwirken, dass vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenhäusern niedriger Versorgungsstufen des Landes Schleswig-Holstein über deren Beteiligung, Funktion und Aufgaben in einer Netzwerkstruktur getroffen werden.

3.5 Planungszeitraum

Der Krankenhausplan ist spätestens nach Ablauf von 6 Jahren fortzuschreiben. Innerhalb dieses Zeitraumes sollen jedoch die Festlegungen des besonderen Teiles des Krankenhausplanes regelmäßig auf die aktuellen Entwicklungen hin überprüft und ggf. angepasst werden.

4. **Besondere Schwerpunkte**

Die Festlegung von besonderen Fachbereichen, Schwerpunkten oder Zentrumsstrukturen soll eine Ressourcen sparende Abstufung besonderer Behandlungsangebote gewährleisten, die nicht an jedem Krankenhausstandort vorgehalten werden können oder sollen. Dabei sollen die Abstufungen des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), der DMP-Strukturkriterien oder die Kriterien der Fachgesellschaften sinngemäß für die stationäre/teilstationäre Versorgung gelten. Bei der Ausweisung ist die regionale Versorgungsstruktur zu berücksichtigen.

Die Ausweisung von besonderen Fachbereichen und Schwerpunkten erfolgt zunächst in Form einer Bestandsaufnahme. Ein Anspruch auf Ausweisung im Krankenhausplan besteht nicht. Die Krankenhausplanungsbeteiligten entscheiden gem. § 20 AG-KHG unter Berücksichtigung der Kriterienerfüllung über den landesplanerischen Bedarf. Perspektivisch und bei sich zeigenden Fehlallokationen behält sich das MASG vor, in Abstimmung mit den Krankenhausplanungsbeteiligten gem. § 20 AG-KHG eine Überplanung der Angebote im Land vorzunehmen. Gleiches gilt für Ausnahmen von den hier getroffenen Regelungen oder die Aufnahme neuer Schwerpunktbereiche bzw. Zentren. Mit der Ausweisung eines besonderen Fachbereiches, Schwerpunktes oder Zentrums im Krankenhauseinzelblatt ist eine Aussage über die Erfüllung der Voraussetzungen eines Zentrums oder Schwerpunktes gem. § 5 des Krankenhausentgeltgesetzes nur verbunden, wenn dieses besonders im Planungsblatt vermerkt ist (Zuschlagsfähige Zentren). Im Übrigen handelt es sich um krankenhauplanerische Entscheidungen über die Allokation der besonderen Versorgungsangebote im Land. Nur im Krankenhauseinzelblatt für einen Fachbereich, Schwerpunkt oder ein Zentrum ausgewiesene Krankenhäuser tragen diese Bezeichnungen.

4.1 Teilnahme an der Notfallversorgung

Ziel: Durch die Formulierung von Voraussetzungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung soll gewährleistet werden, dass in Schleswig-Holstein eine qualitativ hochwertige, zwischen den verschiedenen Versorgungsstufen abgestimmte und mit dem niedergelassenen Bereich koordinierte Notfallversorgung gewährleistet wird.

Die Landesregierung legt wegen der ländlichen Struktur weiter Teile des Landes Schleswig-Holstein Wert darauf, dass die Notfallversorgung möglichst flächendeckend sichergestellt wird. Dabei sollen die Vorgaben des Rettungsdienstgesetzes Schleswig-Holstein und die Notfallversorgung in Krankenhäusern aufeinander abgestimmt sein. Der Verbund von Notfallversorgungs-Krankenhäusern und (Notfall-) Anlaufpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein wird als sinnvoll angesehen.

Mit § 17 b Abs. 1 KHG (Satz 4) ist ein finanzielles Anreizsystem zur Teilnahme an der Notfallversorgung geschaffen worden. Für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung kann ein Entgelt-Abschlag durch die Vertragsparteien vereinbart werden.

Ein Plankrankenhaus nimmt an der stationären Notfallversorgung teil,

- soweit es eine 24-stündige Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht sowie an den Wochenenden alleine oder im Rahmen eines Klinikverbundes gemeinsam gewährleistet,
- eine Meldung gegenüber der Rettungsleitstelle oder einer anderweitig benannten stationären Notfallstelle abgegeben wurde
- und die Möglichkeit der Intensivüberwachung und -beatmung besteht, soweit dies nach dem Versorgungsauftrag erforderlich ist.
- Bei der i.d.R. interdisziplinär organisierten Intensivüberwachung und -behandlung ist ein 24-stündiger ärztlicher Anwesenheitsdienst vorzuhalten.
- An den Notfallkrankenhäusern bzw. dem Notfallverbund ist im Regelfall ein Notarztstandort eingerichtet.

Die Teilnahme an der Notfallversorgung ist der Planungsbehörde anzuzeigen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen erfolgt ein Ausweis im Planungs-Einzelblatt.

4.2 Perinatalzentren

Ziel: Durch die Übernahme der Qualitätskriterien des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die neonatologische Versorgung in Schleswig-Holstein soll bei Erhalt einer hohen Flächendeckung größtmögliche Qualitätssicherung erreicht werden.

Der GBA hat eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen verabschiedet. Die Ziele entsprechend Anlage 1 zur G-BA Vereinbarung sind Bestandteil des neonatologischen Versorgungskonzepts in Schleswig-Holstein:

1. die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung aller Früh- und Neugeborenen,
2. die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung von Früh- und Neugeborenen,
3. eine nach dem Risikoprofil des Früh- oder Neugeborenen differenzierte Zuweisung und daher optimierte neonatologische Versorgung sowie
4. die Verringerung von Säuglingssterblichkeit und frühkindlichen Behinderungen.

Das neonatologische Versorgungskonzept der GBA-Vereinbarung umfasst die folgenden vier Stufen:

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. Perinatalzentrum Level 1 | für die Versorgung von Patienten mit höchstem Risiko |
| 2. Perinatalzentrum Level 2 | für die möglichst flächendeckende intermediäre Versorgung von Patienten mit hohem Risiko |
| 3. Perinataler Schwerpunkt | für die flächendeckende Versorgung von Neugeborenen, bei denen eine postnatale Therapie absehbar ist, durch eine leistungsfähige Neugeborenenmedizin in Krankenhäusern mit Geburtsklinik und Kinderklinik im Haus oder mit kooperierender Kinderklinik |
| 4. Geburtsklinik | ohne eine mindestens der Nummer 3. entsprechende Kinderklinik, in denen nur noch reife Neugeborene ohne bestehendes Risiko zur Welt kommen sollen. |

Der Nachweis der entsprechenden Kriterien sowie der gemeldeten Behandlungsfälle aus dem Leistungsbereich Geburtshilfe der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V sind unaufgefordert dem Gesundheitsministerium vorzulegen.

Der Ausweis im Planungs-Einzelblatt erfolgt auf Basis dieses Nachweises.

4.3 Traumazentren

Ziel: Durch Traumazentren soll jedem Schwerverletzten in Schleswig-Holstein rund um die Uhr die bestmögliche Versorgung unter standardisierten Qualitätsmaßstäben ermöglicht werden. Dieses setzt fachliche Kompetenz und die Bereitschaft aller beteiligten Leistungserbringer, Kosten- und Krankenhausträger voraus, bestehende Versorgungskonzepte gemeinsam weiter zu entwickeln.

Über die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung hinaus erfolgt in Schleswig-Holstein eine Festlegung von regionalen und überregionalen Traumazentren auf der Basis des Weissbuches „Schwerverletzten-Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (siehe www.dgu-online.de/de/unfallchirurgie/weissbuch bzw. www.dgu-traumanetzwerk.de/de/index.html). Traumanetzwerke bestehen aus Verbänden von regelmäßig an der Versorgung von schwerverletzten Patienten beteiligten Einrichtungen. Das Weissbuch legt die Voraussetzungen für die Einrichtung eines Traumanetzwerkes entsprechend der Leitlinie „Polytrauma-Versorgung“ mit Häusern der Basisversorgung sowie regionalen und überregionalen Versorgungseinrichtungen fest. Diese Voraussetzungen sind

- die verpflichtende Sicherstellung des entsprechenden Aufgabebereiches innerhalb des Traumanetzwerkes,
- eine enge regionale Zusammenarbeit zwischen der Basisversorgung und den regionalen Traumazentren,

- die Beteiligung an externen qualitätssichernden Maßnahmen inklusive Nachweis der geforderten strukturellen, prozessualen und ergebnisorientierten Qualitätskriterien.

Ein wichtiger Faktor bei der Festlegung der Grenzen eines Traumanetzwerkes ist die Erreichbarkeit der einzelnen Kliniken mit bodengestützten Rettungsmitteln unter Einhaltung der von Schleswig-Holstein festgelegten Rettungs- und Hilfszeiten.

Die Ziele eines Traumanetzwerkes sind

1. der Erhalt und die Verbesserung der flächendeckenden Versorgungsqualität von Schwerverletzten durch verbesserte Kommunikation, abgestimmte Versorgungsstandards und qualitätsgestützte Kooperation,
2. die Steigerung der Effizienz durch Nutzung vorhandener Ressourcen, z.B. Bildung eines regionalen oder überregionalen Traumazentrums unter Beteiligung mehrerer, nah beieinander liegender Einrichtungen
3. die Nutzung von Möglichkeiten zur interhospitalen Regelung einer aufwandsadäquaten Erlösaufteilung im DRG System
4. die Nutzung von Möglichkeiten zur Einrichtung eines Verbund-Systems zur Fort- und Weiterbildung

Für die Leitstellen und Rettungsdienste wird durch die Festlegung der Traumazentren festgestellt, welches das „für die weitere Versorgung geeignete Krankenhaus“ nach § 1 des RDG SH ist, das anzufahren oder anzufliegen ist. Bei Verlegungen ist das nächstgelegene geeignete Traumazentrum zu wählen. Der Nachweis über die Zulassung als Haus der Basisversorgung, regionales und überregionales Traumazentrum ist durch die fortlaufende Teilnahme an der Zertifizierung der Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. zu führen. Der Nachweis ist unaufgefordert dem Gesundheitsministerium vorzulegen. Der Ausweis im Planungs-Einzelblatt erfolgt entweder auf Basis der Zertifizierung oder, im Startjahr 2010, aufgrund der Selbsteinschätzung der Klinik, wenn die Zertifizierungsurkunde bis zum 31.12. nachgereicht wird.

4.4 Nephrologische Schwerpunkt-Einheit (Dialysezentrum am Krankenhaus)

Ziel: Durch die Definition nephrologischer Schwerpunkt-Einheiten soll trennschärfer als bisher zwischen stationärer und ambulanter Dialyse unterschieden werden.

Die Dialysebehandlung findet in Schleswig-Holstein in ambulanten Zentrumsdialysen i.d.R. im niedergelassenen Bereich und nephrologischen Schwerpunkt-Einheiten von Krankenhäusern statt.

Ambulante Zentrumsdialyse

Mit der ambulanten Zentrumsdialyse behandelte Patienten sind aufgrund des Krankheitsbildes, des Alters, der physischen oder geistigen Leistungsfähigkeit oder der psychischen Verfassung nicht in der Lage und/oder willens, in Form der Heimdialyse oder der LCD (Limited Care Dialyse) behandelt zu werden.

Stationäre Dialyse (Vollstationär und teilstationär)

Die Dialysebehandlung durch ein Krankenhaus findet in der Regel in Nephrologischen Schwerpunkt-Einheiten statt. Sie ist anzuwenden bei Patienten, bei denen wegen der Schwere ihrer Erkrankung eine stationäre Behandlung erforderlich ist (z.B. akutes Nierenversagen, Auffangdialysen, Komplikationen nach Nierentransplantation oder Indikation zur stationären Behandlung dialysierter Patienten bei dialyseunabhängigen Erkrankungen).

Gemäß der Ausführungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie sollen in einem **nephrologischen Schwerpunkt** mindestens die folgenden Voraussetzungen (Qualitätskriterien) vorhanden sein:

1. Stationäre Diagnostik und Behandlung von Nieren und Hochdruck-erkrankungen
2. Therapie schwieriger Krankheitsfälle, insbesondere akutes Nierenversagen und Nierenerkrankungen, einschließlich intensivmedizinische Behandlung
3. Vorhalten einer Auffangdialyse für Patienten anderer nephrologischer Einrichtungen bei kompliziertem Dialyseverlauf und interkurrenten Erkrankungen
4. Bereitstellung aller Verfahren der Hämo- und Peritonealdialyse sowie auch von Apherese-Verfahren
5. Ausbildung von Patienten und Angehörigen für die Heimdialyse auch für Patienten anderer Einrichtungen
6. Versorgung infektiöser Dialysepatienten, auch für andere Einrichtungen
7. Vorhalten von Gefäßchirurgen für Dialysezugänge
8. Betreuung von Patienten vor und nach einer Nierentransplantation in enger Kooperation mit einem Transplantationszentrum; Möglichkeiten der Behandlung von Komplikationen und Nachsorge
9. Weiterbildung von Ärzten im Schwerpunkt Nephrologie und Ausbildung von Fachpflegekräften

Nephrologische Schwerpunkt-Einheiten sind in der Regel an einem Krankenhaus der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung eingerichtet.

Der Krankenhausplan weist aus, welche Krankenhäuser die genannten Voraussetzungen erfüllen. Der Nachweis der vorgegebenen Qualitätskriterien, die auch durch Kooperationsverträge erfüllt werden können, ist unaufgefordert dem Gesundheitsministerium vorzulegen.

Erfüllt ein Krankenhaus mit einer bestehenden Dialysebehandlungseinheit die Voraussetzungen eines nephrologischen Schwerpunktes nicht vollständig, so kann es Patienten mit zusätzlichen gesundheitlichen Risiken behandeln, bei denen aufgrund ihrer Erkrankung eine ambulante Zentrumsdialyse nicht möglich ist. Dies ist i.d.R. der Fall, wenn eine engmaschige, intensive und fachübergreifende Überwachung erforderlich ist (teilstationär). Die Anwesenheit eines Nephrologen oder eines Arztes mit gleicher Qualifikation ist erforderlich.

4.5 Palliativmedizinische Schwerpunkt-Einheit

Ziel: Die Ausweisung stationärer palliativmedizinischer Schwerpunkt-Einheiten betont die Verantwortung dieser Einheiten für die vernetzte, vertraglich abgestimmte Zusammenarbeit von Palliativstationen, Hospizen und Palliativ-Care-Teams.

Palliativstationen und Hospize verfolgen gemeinsame Ziele, sie haben jedoch unterschiedliche Versorgungsaufträge. Eine Aufnahme auf einer Palliativstation ist nur möglich, wenn eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erforderlich ist. In Hospizen werden hingegen Patienten betreut, bei denen eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich und eine ambulante Betreuung nicht möglich ist. Angesichts der unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkte sollten Hospize und Palliativstationen als komplementäre Versorgungssysteme, das heißt sich ergänzende, aber sich nicht gegenseitig ersetzende Einrichtungen, flächendeckend in Schleswig-Holstein eingerichtet werden.

Die palliativmedizinischen Schwerpunkt-Einheiten sind in Schleswig-Holstein in der Regel an Schwerpunktkrankenhäusern angesiedelt:

- Sie verfügen im Regelfall über eine palliativmedizinische Station mit mindestens fünf Betten, zusätzliche Räumlichkeiten für Angehörige.
- Sie halten alle für die palliativmedizinische Versorgung notwendigen Kompetenzen aus hauptamtlich geleiteten Fachrichtungen (Onkologie, Anästhesie (incl. Schmerztherapie), Psychoonkologie) sowie entsprechende Therapieangebote vor.
- Sie stellen die Vernetzung mit den Hospiz-Vereinigungen und Palliativ-Care-Teams im Einzugsbereich dar,
- Mit dieser Vernetzung ermöglichen die palliativmedizinischen Schwerpunkt-Einheiten einen hohen Standard.

4.6 Onkologische Zentren

Ziel: Durch die Benennung konkreter Anforderungsprofile für onkologische Zentren wird die Kooperation und der Informationsfluss zwischen den onkologischen Einrichtungen der Maximalversorgung mit der Onkologieversorgung in der Fläche zwingend vorgegeben, um einen landesweit hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten.

Im Rahmen der onkologischen Maximalversorgung strebt das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein die Anerkennung als Spitzenzentrum (Comprehensive-Cancer-Center / Krebszentrum Nord - CCC) durch die Deutsche Krebshilfe e.V. an. Im Rahmen einer allumfassenden Mehrschichtigkeit im Forschungs- und Klinikbereich steht dabei die Tumorbiologie im Vordergrund. Geplant ist die dynamische Entwicklung einer Interaktion zwischen vorhandenen Forschungszentren, z.B. mit Rotationsprogrammen für junge Kliniker in der Tumorbiologie. Parallel dazu ist die Vernetzung im klinischen Bereich unabdingbar erforderlich.

Um die onkologisch anerkannt besten Behandlungsverfahren auch der Breite der Bevölkerung zugänglich zu machen, wird von den einzelnen onkologischen Zentren in Schleswig-Holstein gefordert, sich im Wege von Kooperationsverträgen in der Fläche zu vernetzen.

Onkologische Zentren sind in der Regel an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung angesiedelt, die

- die Anforderungen eines Onkologischen Zentrums der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) an eine kontinuierliche, umfassende ambulante und stationäre Versorgung von onkologischen Patienten in der jeweils gültigen Fassung erfüllen, oder über mindestens zwei Tumorzentren (Brusttumorzentrum, Darmtumorzentrum, Prostatazentrum, Lungentumorzentrum, Hauttumorzentrum, Lymphomzentrum, Hirntumorzentrum) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft verfügen,
- mit einem Zentrum der onkologischen Maximalversorgung eine Vereinbarung zur Kooperation abgeschlossen haben,
- die von dem GBA formulierten strukturellen Voraussetzungen zur Durchführung ambulanter onkologischer Behandlungen nach § 116b SGBV erfüllen.

Der Krankenhausplan enthält Festlegungen, welche Krankenhäuser die vorstehende Versorgungsstufe vorhalten. Der Nachweis der vorgegebenen Qualitätskriterien ist unaufgefordert dem Gesundheits-Ministerium vorzulegen. Der Ausweis im Planungs-Einzelblatt erfolgt auf Basis dieses Nachweises.

4.7 Brustzentren

Ziel: Die von Brustzentren zu erfüllenden Kriterien dienen der abgestimmten und vertraglich geregelten Zusammenarbeit der in der gynäkologischen Onkologie tätigen medizinischen Einrichtungen.

Die Landesregierung hat dazu beigetragen, dass ein flächendeckendes Angebot an Brustzentren auf hohem Niveau entstanden ist, das den aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts darstellt. Jede an Brustkrebs erkrankte Patientin und jeder Patient sollen eine zeitgemäße Versorgung erhalten können, die die bestmöglichen Heilungschancen gewährleistet und mit den geringstmöglichen Beeinträchtigungen verbunden ist.

Ein im Krankenhausplan ausgewiesenes Brustzentrum erfüllt - entweder als einzelnes Krankenhaus (= Brustzentrum mit einem Standort) oder in vertraglich geregelter Kooperation mehrerer Krankenhäuser (= Brustzentrum mit mehreren Standorten) - die aktuellen in der Vereinbarung nach §137 g SGB V i.V. mit § 140 b SGB V über ein strukturiertes, sektorenübergreifendes Behandlungsprogramm DMP - Brustkrebs festgelegten „Qualitätsanforderungen“, sowie die Qualitätskriterien für die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

Zu den **allgemeinen Anforderungen** zählt dabei insbesondere:

- Erstellung eines individuellen, auf die Bedürfnisse der Patientin abgestimmten Behandlungsplans auf der Basis der evidenzbasierten Behandlungsinhalte und Aushändigung dieses Plans an die Patientin.
- Durchführung regelmäßige interdisziplinäre Tumorkonferenzen entsprechend den speziellen Anforderungen an Tumorkonferenzen.

- Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Beratungs- und Selbsthilfeeinrichtungen.

Zu den **speziellen Anforderungen** gehören unter anderem:

- Durchführung perkutaner Biopsien in der erforderlichen Mindestanzahl.
- Einhaltung vorgegebener Zeitrahmen für die präoperative invasive Abklärung.
- Möglichkeit zur Schnellschnittdiagnostik im vorgegebenen Zeitrahmen.
- Durchführung von primären Mamma-CA-Operationen in der erforderlichen Mindestanzahl.
- Gemeinsames Qualitätsmanagement-System und strikte Einhaltung von Qualitätsstandards bei dezentraler Erbringung.
- Qualifikationsanforderungen an den verantwortlichen Operateur und hinsichtlich der Brustrekonstruktion.
- Durchführung der Strahlentherapie im interdisziplinären Konsens.
- Durchführung der Chemotherapie im interdisziplinären Konsens.

Zurzeit sind in Schleswig-Holstein sieben regionale Brustzentren vorhanden, von denen vier durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert wurden. Generell wird die Erfüllung der DMP-Kriterien als Nachweis für die regelhafte Vorhaltung der Qualitätskriterien seitens des Gesundheitsministeriums gefordert, um eine Ausweisung im Planungs-Einzelblatt des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigen zu können. Für die Erfüllung der Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 KHEntgG ist die Zertifizierung notwendig. Der Nachweis ist dem Gesundheitsministerium unaufgefordert vorzulegen.

4.8 Diabetologische Schwerpunkt-Einheit (Diabetologisches Zentrum)

Ziel: Die Abgrenzung diabetologischer Schwerpunkt-Einheiten und der regionalen diabetologischen Versorgung mit konsiliarischer Verantwortung der Schwerpunkte sollen dem hohen schleswig-holsteinischen Qualitätsanspruch in der Diabetologie gerecht werden.

Diabetologische Schwerpunkt-Einheiten verfügen über eine besondere diabetologische Kompetenz und werden als Diabetologisches Zentrum ausgewiesen.

Diabetologische Schwerpunkt-Einheiten müssen mindestens

- über zwei Diabetologinnen oder Diabetologen,
- mindestens eine Psychologin oder einen Psychologen und
- zwei Diabetesberaterinnen oder Diabetesberater verfügen.
- Ärztinnen und Ärzte müssen zu Diabetologinnen oder Diabetologen weitergebildet werden können.

Diabetologische Schwerpunkt-Einheiten bieten die Schulung

- von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern (strukturierte Kurse mit Curriculum),
- von schwangeren Diabetikerinnen sowie Patientinnen mit Gestationsdiabetes

- sowie von Kindern und Jugendlichen (strukturierte Kurse mit Curriculum) an.

Die Voraussetzungen sind durch die DDG-Anerkennung Stufe 1 (Basisanerkennung) oder 2 (erweiterte Anerkennung mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement) nachzuweisen.

Diabetologische Schwerpunkt-Einheiten erfüllen auch die Voraussetzungen, die nach den DMP-Strukturverträgen für Typ2-Diabeteserkrankte von den am DMP teilnehmenden Krankenhäusern erfüllt werden müssen. Dies sind:

- Mindestens eine Diabetologin oder ein Diabetologe in dauerhafter Beschäftigung,
- mindestens ein/e Diabetesberater/in und ein/e Diabetesassistent/in in dauerhafter Beschäftigung,
- Möglichkeit der konsiliarischen Einbeziehung anderer Fachkräfte (DiätassistentInnen, PsychologInnen, medizinische FußpflegerInnen u.s.w.),
- qualitätsgesicherte Blutzuckermessung, HbA1c-Messung, Ultraschall sowie 24-Stunden-Blutdruckmessung.
- Die Voraussetzungen sind durch die DDG-Anerkennung nachzuweisen.

Darüber hinaus können Patienten mit Diabetes mellitus in jeder Inneren Abteilung eines Krankenhauses unabhängig von der Versorgungsstufe behandelt werden.

Der Nachweis der Erfüllung der (Schwerpunkt-)Kriterien ist unaufgefordert dem Gesundheitsministerium vorzulegen. Der Ausweis im Planungs-Einzelblatt erfolgt auf Basis dieses Nachweises.

4.9 Frührehabilitation Phase B

Ziel: Die Frührehabilitation der Phase B ist ein wichtiger und kostenintensiver Therapieteil in der Behandlung von Hirnschädigungen, die eine klare Abgrenzung zu den folgenden, der Rehabilitationsphase zugehörigen Therapieabschnitten erfordert.

In Schleswig-Holstein sind die Betten der Frührehabilitation Phase B leistungsrechtlich der Krankenhausversorgung gem. § 39 SGB V zugeordnet, während die sich anschließenden Versorgungsbereiche Phase C und D nach § 40 SGB V vereinbart und vergütet werden. Da die Frührehabilitation im Bereich der **neurologischen** Rehabilitation stattfindet, stützt sich die leistungsrechtliche und damit die planerische Zuordnung auf die „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

Die Abgrenzung der Betten und der Behandlungspfade erfolgt auf der Grundlage des Versorgungsvertrages nach § 40 SGB V. Die Planungsbeteiligten gehen davon aus, dass an den Kliniken, die aufgrund der Krankenhausplanung Planbetten für Frührehabilitation nach Phase B vorhalten, auch weiterführend Versorgungsverträge nach § 40 SGB V abgeschlossen werden oder Kooperationsverträge mit entsprechenden Rehabilitationskliniken (§ 111 SGB V) bestehen.

Neurologische Frührehabilitationsbetten werden - medizinisch begründet – zweckmäßiger Weise an Schwerpunktversorgungskrankenhäusern eingerichtet, die auch über eine ausreichende Zahl an akutneurologischen Betten verfügen.

4.10 Altersmedizin

Ziel: Um der demografischen Entwicklung gerecht zu werden, soll in Schleswig-Holstein ein flächendeckendes, dreiphasiges altersmedizinisches Angebot verwirklicht werden.

Das Gesundheitsministerium hat die Geriatrie in Schleswig-Holstein ins Zentrum der täglichen medizinischen Versorgung der Akutkrankenhäuser gestellt.

Die Krankenhauslandschaft im Land wird durch ein relativ dezentrales Angebot geprägt, ist dabei regional und an der Anzahl der Bevölkerung orientiert ausgewogen. Dieses Angebot sichert orts- und bürgernah in einer Struktur von kleineren Krankenhäusern mit einem abgestuften dreiphasigen Angebot die Versorgung der älteren, schleswig-holsteinischen Menschen. Für die weitere Krankenhausplanung wird die demographische Entwicklung kontinuierlich berücksichtigt.

Die geriatrischen Kliniken und die angeschlossenen Tageskliniken bieten für diese überwiegend älteren Patienten eine umfassende Diagnostik, Behandlung, Therapie und Frührehabilitation an. Neben der medizinischen und psychosozialen Behandlung steht dabei die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung einer möglichst selbständigen Lebensführung im Vordergrund des Handelns. Die Tagesklinik dient der Verkürzung oder Vermeidung eines vollstationären Behandlungsaufenthaltes und macht in vielen Fällen eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung erst möglich.

Daneben bemüht sich Schleswig-Holstein als erstes Bundesland, die Gesundheitsversorgung älterer Menschen flächendeckend und kassenartenübergreifend in einem dreiphasigen geriatrischen Versorgungskonzept zu regeln. Mit dem neuen geriatrischen Versorgungsangebot im ambulant/rehabilitativen Bereich wird ein zusätzliches Angebot geschaffen, das das bereits auf qualitativ hochwertigem Niveau bestehende Versorgungsangebot im vollstationären und tagesklinischen Bereich ergänzt.

Modellhaft wurde dieses ambulant/rehabilitative geriatrische Versorgungsangebot seit dem 01.01.2007 in vier Regionen (Flensburg, Heide, Lübeck und Itzehoe) für die Dauer von zwei Jahren erprobt und soll zum einen eine stationäre oder teilstationäre Behandlung vermeiden, zum anderen soll es den funktionalen Erfolg der vorherigen stationären Behandlung festigen und vor allem eine Behandlungskette bei einer demographisch wachsenden Bevölkerung lückenlos schließen. Gegenwärtig soll die Umsetzung in die Regelversorgung erfolgen.

5. **Ermittlung der bedarfsdeckenden Versorgungsstruktur**

Die Ermittlung von zukünftig vorzuhaltenden sozialen Dienstleistungen, wie z.B. der Krankenhausplanung, ist erfahrungsgemäß gekennzeichnet

- durch die Suche nach Kompromissen zwischen divergierenden Interessen,
- von der Interpretation „harter“ statistischer und „weicher“ prospektiver Angaben und Informationen sowie
- durch die Schwierigkeit, zukünftige politische und wissenschaftliche Veränderungen folgerichtig einzuschätzen.

Erfahrungen mit vergangenen Krankenhausplänen haben gezeigt, dass es von sehr geringem Wert ist, prognostische Bedarfsermittlungen für einzelne Plankrankenhäuser auf Jahre hinaus festzulegen.

Infolge von medizinisch, wirtschaftlich oder demographisch ausgelösten Nachfrageveränderungen in der Krankenhausversorgung, verbunden mit immer schneller aufeinander folgenden Änderungen der gesetzlichen Grundlagen sowie der Nutzung von Telematik und Telemedizin wird eine Prognose des erforderlichen Leistungspotentials eines Krankenhauses anhand von Fallzahlen und Planbetten allenfalls für einen kurzen Zeitraum (ca. zwei bis drei Jahre) als zweckmäßig angesehen. Auch sich regional entwickelnde Verbundstrukturen müssen dabei berücksichtigt werden.

Als Folge der Einführung des Fallpauschalensystems ist es flächendeckend zu einer signifikanten Reduzierung des Pflagevolumens und damit auch zu einer Reduzierung des Bedarfs an Krankenhausplanbetten gekommen. Diese Tendenz hält an, scheint sich aber zu verlangsamen. Prognostische Aussagen über mittelfristig erforderliche Betten- und Fallzahlkapazitäten sind jedoch erst möglich, wenn die Umstellung der Krankenhäuser auf das DRG-System vollständig abgeschlossen ist und die derzeit zu beobachtenden deutlichen Umstrukturierungen der medizinischen und organisatorischen Gegebenheiten in den Krankenhäusern in prognostisch sicherere Bahnen zurückgekehrt ist.

5.1 Bedarfsbestimmende Faktoren

Bedarfsbestimmende Faktoren wie die Bevölkerungsentwicklung und die Morbiditätsentwicklung sind wichtige Parameter zur Einschätzung des mittelfristigen stationären Versorgungsbedarfs in Schleswig-Holstein.

Da die Krankenhausplanungsbeteiligten sich entschieden haben, aus den vorab genannten Gründen auf die mittelfristige prognostische Festlegung von Kapazitäten zu Gunsten einer kurzfristigen verlässlichen Orientierung an der tatsächlichen Bedarfsentwicklung zu verzichten, macht sich die demographische Entwicklung der Bevölkerung Schleswig-Holsteins in den krankenhauplanerischen Festlegungen für das Jahr 2010 nur gering bemerkbar. Sie fließt ein in einen prozentual festgelegten Entwicklungsfaktor, der für jedes Fachgebiet aufgrund gutachterlicher Ermittlung berücksichtigt wurde (siehe 4.2).

Bevölkerungsentwicklung

Nach der Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes ist noch bis zum Jahre 2010 mit einer leichten Bevölkerungszunahme, ab 2011 jedoch mit einer Abnahme der Gesamtbevölkerung Schleswig-Holsteins zu rechnen. Ende 2020 werden in Schleswig-Holstein voraussichtlich etwa 26.400 Menschen weniger leben als im Jahre 2010. Hinzu kommt, dass der demographische Alterungsprozess sich in den nächsten Jahren weiter fortsetzen wird. 2020 wer-

den bereits rund 30 % aller Einwohnerinnen und Einwohner 60 Jahre und älter sein.

Regional wird die Einwohnerentwicklung im Land sehr unterschiedlich verlaufen. Neben Kreisen, die über 2010 hinaus Einwohnerzuwächse verzeichnen werden, wird es sowohl Regionen mit stagnierenden als mit sinkenden Einwohnerzahlen bis 2020 geben.

Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Krankenhauslandschaft fließen in die Bemessung des Entwicklungsfaktors ein.

Morbiditätsentwicklung

In Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung und des demografischen Alterungsprozesses einerseits sowie des zu erwartenden medizinischen Fortschritts aus voranschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und der verstärkten Krankheitsvermeidung durch Intensivierung präventiver Maßnahmen andererseits geht das MASG davon aus, dass ein weiterer Abbau des stationären Angebotes nur aufgrund tatsächlicher Entwicklungen ggf. sukzessive realisiert werden kann. Zur zeitnahen Reaktion auf Änderungen der Morbidität und tatsächlichen Inanspruchnahme stationärer Leistungen räumt der Krankenhausplan den Budget-Vertragsparteien daher einen Gestaltungsspielraum für Leistungsvereinbarungen ein (siehe 5.2).

5.2 Berechnungsverfahren

Zur Ermittlung des Bettensolls zum 1.1.2010 wurde für jedes Krankenhaus eine Bedarfsanalyse mit seinen statistischen Werten für Fallzahlen, Nutzungsgrade und Verweildauern des Jahres 2008 durchgeführt, und zwar mit Werten, die von den Krankenhäusern abteilungsbezogen gemeldet wurden.

Die Fallzahlen für das Jahr 2010 werden aus den Meldungen der Krankenhäuser nach der SA 2-Statistik für das Jahr 2008 sowie Hochrechnung um einen Entwicklungsfaktor ermittelt; dafür wurden auf der Grundlage der gutachterlich im Krankenhausplan bis 2009 ermittelten Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung von den Planungsbeteiligten für jedes Fachgebiet jährliche Zuwachsraten (siehe folgende Tabelle) festgelegt.

Jährliche Entwicklungsfaktoren

Fachbereich

Augenheilkunde	0,1 %
Chirurgie	1,6 %
Frauenheilkunde/Geb	0,7 %
Geriatric	1,8 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,5 %
Haut- und Geschlechtskrankh.	2,0 %
Innere Medizin	1,8 %
Kinderheilkunde	0,1 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1,5 %
Mund-Kiefer-Gesicht	1,1 %
Neurochirurgie	2,2 %
Neurologie	1,5 %

Nuklearmedizin	1,5 %
Orthopädie	1,8 %
Urologie	1,5 %
Psychiatrie/Psychosomatik *	

Die Gesamtplanbettenzahl wird aus den ermittelten Fallzahlen und den tatsächlich erzielten Verweildauern errechnet. Im Einzelfall kann als angemessene Verweildauer der landesdurchschnittliche Wert der jeweiligen Fachabteilung des Jahres 2008 zugrunde gelegt werden.

Als Richtwerte für die Auslastung der Krankenhausabteilungen wurden zugrunde gelegt:

<u>Grundsatz</u>	86 v.H.
------------------	---------

Ausnahmen gelten für:

Psychiatrie/Psychosomatik	90 v.H.
Pädiatrie	80 v.H.
Gynäkologie / Geburtshilfe	85 v.H.
Belegabteilungen/Belegkrankenhäuser	75 v.H.

Die Ergebnisse aller Berechnungen sind auf Unplausibilitäten und Einwände der Krankenhäuser hin überprüft und ggf. geändert worden. Dabei wurde in begründeten Fällen von den Auslastungs- und Verweildauerstandards abgewichen.

Im Krankenhausplan werden fachabteilungsbezogen die Planbetten nicht mehr ausgewiesen; es wird lediglich die Gesamtplanbettenzahl des jeweiligen Krankenhauses festgelegt.

Für die vom Krankenhaus vorzuhaltenden Fachabteilungen werden Fallzahlen nachrichtlich, die Gesamtfallzahl wird verbindlich ausgewiesen.

Von der Gesamtfallzahl können die Pflegesatzparteien ohne Änderung der Planfestlegungen eine Abweichung von +/- 7 % vereinbaren.

Intensivbehandlung/Intermediate Care

Die Intensivbetten werden (als „Davonbetten“ für Intensivtherapie) im Krankenseinzelblatt ohne Bezugnahme auf eine Fachrichtung ausgewiesen. Dabei wird davon ausgegangen, dass jedes Krankenhaus mit einer Intensivtherapieausstattung auch über Intermediate Care-Betten (IMC) verfügt und diese für die Intensivüberwachung nutzt. Auch Krankenhäuser ohne Intensivtherapieausstattung können über IMC-Betten (Intensivüberwachungsbetten) verfügen, soweit dies für den Versorgungsauftrag erforderlich ist. IMC-Betten sind in der Gesamtbettenzahl enthalten und werden nicht gesondert ausgewiesen.

Als wichtiger Grundsatz bei der Festlegung der Zahl der Intensivtherapiebetten gilt, dass für den Notfall mindestens ein Intensivbett aufnahmebereit zur Verfügung stehen soll. Selbst bei einer kleinen Station mit z. B. nur 5 Betten ist dies bei der angesetzten Richtgröße von 80% Auslastung auch durchschnittlich gegeben.

* Psychiatrie/Psychosomatik siehe Pkt. 6

5.3 Anhörungsverfahren

Der Entwurf des Krankenhausplans wurde mit den Krankenhausplanungsmitgliedern in den Sitzungen vom 13. Mai und 11. November 2009 im Einzelnen erörtert. Den Festlegungen wurde einvernehmlich zugestimmt.

Allen Krankenhausträgern wurden die beabsichtigten Planungen zur Stellungnahme übersandt. Differierende Versorgungsvorstellungen wurden in den Entscheidungsgremien erörtert und führten in berechtigten Fällen zu Korrekturen des Entwurfs.

Abschließend wurde der Krankenhausplan von den Planungsmitgliedern am 11. November 2009 zuletzt beraten und beschlossen. Das MASG hat seinen Vorschlag gemäß § 6 Abs. 2 KHG auch den Bundesländern Hamburg, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern zugeleitet, die keine Einwendungen erhoben haben. Am 15. Dezember 2009 hat das Kabinett die Fortschreibung der Krankenhausplanung 2010 zustimmend zur Kenntnis genommen.

6. Psychiatrische Versorgung

Die Behandlung psychisch kranker Menschen in dezentralen, gestuften Versorgungseinheiten ist gerade vor dem Hintergrund der geplanten Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems auch in der Psychiatrie für das Gesundheitsministerium von großer Bedeutung.

Die Behandlung psychisch kranker Menschen bedarf einer engen und umfangreichen Kooperation aller Behandlungs- und Betreuungsangebote. Diese Notwendigkeit geht über den Regelungsbereich des SGB V hinaus.

Bereits der Psychiatrieplan 2000 des Landes Schleswig-Holstein hat Empfehlungen der Zusammenarbeit von Leistungsanbietern, Ämtern, Psychiatererfahrenen Menschen und deren Angehörige formuliert (Arbeitskreise gemeindenahe Psychiatrie und Gemeindepsychiatrischer Verbund), die auch heute noch ihre Gültigkeit haben.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Versorgung bedarf es vor allem auch der qualitativen Weiterentwicklung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Besondere Planungskriterien

Der Bewertung von Anträgen zur Erweiterung der Kapazität werden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

1. Eine Erhöhung der stationären Kapazität kann beantragt werden, wenn eine Auslastung der stationären Behandlungskapazität von mehr als 90 % für mindestens ein Jahr nachgewiesen wird, eine Kompensation innerhalb des Gesamtbettenkontingents nicht möglich ist und die Nutzung von gestuften Versorgungsangeboten nachgewiesen wird.
2. Eine Erhöhung der tagesklinischen Kapazität erfolgt, wenn eine Auslastung der tagesklinischen Behandlungskapazität von mehr als 90 % bezogen auf 250 Behandlungstage/Jahr für mindestens ein Jahr und die Nutzung von gestuften Versorgungsangeboten nachgewiesen wird.

Die Verbände der Krankenkassen können den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Entscheidungsfindung hinzuziehen.

Bei der Weiterentwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen nehmen die ambulanten Angebote, wie z. B. Institutsambulanzen und Home Treatment eine Schlüsselfunktion ein. Dabei soll auch die Vernetzung mit den umliegenden Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden.

In den psychiatrischen und psychosomatischen Fachbereichen werden die Planbettenanpassungen im Einzelfall auf ihre Begründetheit untersucht.

6.1 Psychiatrische Versorgung von Erwachsenen

Schleswig-Holstein verfügt über ein enges Netz stationärer und teilstationärer psychiatrischer Kliniken. In jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt gibt es für die betroffenen Menschen leicht erreichbare Angebote. Deshalb sind in der Krankenhausplanung keine neuen Standorte für vollstationäre Kliniken vorgesehen.

Für psychiatrische Tageskliniken mit spezialisierten Angeboten wird dagegen noch Bedarf gesehen, so z. B. dort, wo bereits an differenzierten Angeboten für von illegalen Drogen abhängige Menschen, für vorwiegend von Alkohol und Medikamenten abhängige Menschen sowie für allgemeine psychiatrische Krankheiten gearbeitet wird.

Die bauliche Umsetzung der bereits in der Krankenhausplanung vorgesehenen Tageskliniken in den Kreisen Ostholstein, Pinneberg und Segeberg erfolgt zur Zeit.

Die Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer psychiatrischen Tagesklinik ist für die meisten psychisch kranken Menschen nur ein kurzer, vorübergehender Zeitabschnitt. Ambulante Hilfen stehen ganz im Vordergrund. Es ist deshalb erforderlich, das bereits vorhandene gesetzliche Instrumentarium in der ambulanten Versorgung zu nutzen, um die Soziotherapie, die ambulante psychiatrische Krankenpflege, ebenso wie die Etablierung von Mobilien Krisen-Interventions-Teams und Home Treatment weiterzuentwickeln.

Es besteht eine enge Wechselwirkung zwischen einem guten ambulanten Behandlungsangebot und psychosozialen Versorgungsnetz und der Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Krankenhausleistungen. Deshalb ist bei allen Aspekten einer psychiatrischen Krankenhausplanung die medizinische und psychosoziale Versorgungssituation mit zu berücksichtigen.

Für die Krankenhausversorgung selbst werden verstärkt die inzwischen vorhandenen Instrumente der integrierten Versorgungsformen genutzt. Schleswig-Holstein war das erste Bundesland, in dem mit einem Regionalbudget ein modernes Versorgungskonzept ermöglicht wurde, indem die Grenzen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung aufgehoben wurden. Die positiven Erfahrungen sollen in der zukünftigen Krankenhausversorgung verstärkt auch in den Regionen genutzt werden, die bisher noch keine Regionalbudgets vereinbart haben. In den Krankenhäusern mit Regionalbudget werden die stationären und tagesklinischen Kapazitäten auf dem Niveau vor Einführung des Budgets ausgewiesen. Die Vereinbarung von Regionalbudgets wird im Krankenhausplanungsblatt unter „Bemerkungen“ ausgewiesen.

Die Träger der Krankenhäuser und die Krankenkassen erarbeiten Konzepte zur weiteren Integration der Versorgung als langfristiges Ziel. Die bisher etablierten

Modelle der Regionalen Versorgungsbudgets in der Psychiatrie sind dazu ein richtiger Schritt.

6.2 Weiterentwicklung einzelner Bereiche der Psychiatrie

6.2.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Besonderheiten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Bereich der Psychiatrie wird in Schleswig-Holstein im besonderen Rechnung getragen. Fast immer handelt sich um ein Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren und Bedingungen. Daraus leiten sich spezifische (multidimensionale) diagnostische und (multimodale) therapeutische Strategien ab, um diese Komplexität hinreichend zu erfassen. Damit wird ausdrücklich und nachvollziehbar Interdisziplinarität und Multiprofessionalität begründet. Eine enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und ggf. Sozialpädiatrischen Zentren ist unabdingbar.

Vollstationäre Krankenhäuser und Tageskliniken unterliegen den gleichen Qualitätsanforderungen. So wird erwartet, dass eine Tagesklinik die gleichen Leistungen erbringt wie im vollstationären Bereich, ergänzt durch den spezifischen Auftrag, die Einbeziehung der Familie und des Umfeldes umfassender als im vollstationären Bereich zu ermöglichen. Danach ist das tagesklinische Setting vorwiegend nur in solchen Fällen nutzbar, in denen die familiären Ressourcen einen hinreichenden Rahmen abgeben.

Die häufigste Größe einer Tagesklinik bietet 10-12 Plätze, bevorzugt zwei Halbstationen oder getrennte Behandlungsgruppen. Organisationseinheiten unterhalb dieser Größe sind kaum sinnvoll wirtschaftlich und organisatorisch führbar, es sei denn sie sind unmittelbarer, integrierter Teil eines vollstationären Angebots (z.B. zur Umwidmung von vollstationär in teilstationär im Verlauf einer Behandlung), als Vorschaltaufnahme oder Übergangsort zur Entlassung. Organisationseinheiten darüber könnten als eigenständige Kliniken fungieren in einem regionalen psychiatrischen Versorgungskonzept.

Perspektivisch ist es sinnvoll, auch den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in ein Regionalbudget einzubeziehen.

6.2.2 Gerontopsychiatrie

Das Hauptaktionsfeld im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung in S.-H. liegt außerhalb des klinischen Bereiches und vorrangig im ambulanten und präventiven Bereich. Eine stationäre krankenhauplanerische Subdisziplin Gerontopsychiatrie ist nicht entscheidend und für eine zu optimierende Versorgung nicht ausschlaggebend. Daher haben die Planungsbeteiligten im November 2008 beschlossen, keine weitere Subdisziplin Gerontopsychiatrie in den Krankenhausplan SH aufzunehmen. Im Rahmen der psychiatrischen Versorgung werden die Patienten in den psychiatrischen Fachabteilungen zielgerichtet und angemessen behandelt. Es soll eine Kooperation zwischen ortsansässigen Psychiatrien und Geriatrien in Form von Konsildiensten geben.

6.2.3 Psychosomatik/psychotherapeutische Medizin

Psychosomatik/psychotherapeutische Medizin wird im Krankenhausplan

ausgewiesen. Die Versorgung ist flächendeckend ausreichend und wird in einer Kombination von dezentralen und zentralen Angeboten abgedeckt. Dies erfolgt in den psychosomatischen Kliniken im Lande, in Krankenhäusern der Zentral- und Schwerpunktversorgung und in Krankenhäusern, die für somatische Häuser der Umgebung verbindlich Konsiliar- oder Liaisondienste wahrnehmen. Nach wie vor sind folgende Grundsätze zu beachten:

- Beachtung des Prinzips ambulant vor vollstationär
- Konsiliarische Leistungen für somatische Krankenhäuser der Umgebung
- Abgestimmte Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten
- Beachtung der Abgrenzung Akutbehandlung zur Rehabilitationsbehandlung

7. Zusammenarbeit mit Hamburg

§ 6 Abs. 2 KHG sieht vor, dass sich benachbarte Bundesländer in der Krankenhausplanung abstimmen, wenn ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung des anderen Landes wesentliche Bedeutung hat.

Entsprechend einer langjährig bestehenden und im Krankenhausplan 2010 der Freien und Hansestadt Hamburg bestätigten Absprache bekennt sich Hamburg weiterhin zu seiner Metropolfunktion für die anteilige Schwerpunktversorgung der Umlandbevölkerung.

Tatsächlich nehmen schleswig-holsteinische Patienten aus dem Hamburger Umland im Rahmen ihres Wahlrechtes in nicht unerheblichem Umfang Leistungen in Hamburger Krankenhäusern in Anspruch.

Der Hamburger Senat und die Landesregierung Schleswig-Holsteins haben sich darauf verständigt, die Krankenhausversorgung im Norden Hamburgs und für das angrenzende Umland in Schleswig - Holstein gemeinsam sicherzustellen. Dazu werden seit 1990 in den Krankenhausplänen beider Länder in folgenden Krankenhäusern Bettenkapazitäten ausgewiesen:

- Asklepios Klinik Nord (ehemals AK Heidberg).
- Krankenhaus Großhansdorf der DRV Nord - Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie
- Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus
- Fachklinik Bokholt
- Fachklinik Rickling

Ein wichtiges Bindeglied zwischen den Bundesländern sind darüber hinaus die krankenhausesindividuell vereinbarten Kooperationen. Insbesondere das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) als auch das Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) setzen in medizinischen und wirtschaftlichen Fragen vermehrt auf weitreichende Kooperationen über die Landesgrenzen hinaus. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass eine mit überlangen Transport- und Austauschwegen verbundene Kooperation nur im Ausnahmefall sachdienlich ist.

Für die im Umlandbereich Hamburgs angesiedelten Krankenhäuser kann es jedoch sinnvoll sein, neben schleswig-holsteinischen Kooperationspartnern auch Hamburger Kooperationspartner einzubeziehen.

Zwischen der Hamburger und der Schleswig-Holsteinischen Krankenhausplanungsbehörde finden regelmäßige Planungsgespräche statt, um die Entwick-

lung der Krankenhausversorgung im Grenzbereich beider Länder und darüber hinaus miteinander abzustimmen.

8. Änderungen während der Laufzeit des Planes

8.1 Zwischenfortschreibungen

Es ist vorgesehen, den besonderen Teil des Krankenhausplanes 2010 regelmäßig auf seine Übereinstimmung mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf hin zu überprüfen. Dazu werden die Belegungs- und Diagnosedaten sowie das Versorgungsspektrum der Krankenhäuser vom MASG unter Mitwirkung der Planungsbeteiligten gem. § 20 AG-KHG überprüft und ggf. an den aktuellen Bedarf angepasst.

8.2 Anträge durch Krankenhausträger

Über Änderungsanträge von Krankenhausträgern bezüglich der Festlegungen im Krankenhausplanungsblatt entscheidet das MASG unter Mitwirkung der Planungsbeteiligten gem. 20 AG-KHG.

Im Hinblick auf den - den Budgetpartnern eingeräumten - Gestaltungsspielraum ist für die Änderung des Krankenhausplanes eine Abweichung von +/- 7 % von den ausgewiesenen Gesamtfallzahlen erforderlich. Soweit diese Erheblichkeitsgrenze nicht erreicht wird, sollen im Rahmen des Versorgungsauftrages eingetretene Leistungsänderungen durch die Budgetpartner verhandelt und dem MASG mitgeteilt werden.

9. Inhalt des Krankenhausplanungsblattes

9.1 Wesentlicher Inhalt

Der "Besondere Teil" (Teil B) des Krankenhausplanes enthält für jedes Plankrankenhaus ein Krankenhaus-Planungsblatt. Dieses besteht aus zwei Seiten, die im Amtsblatt für Schleswig-Holstein veröffentlicht werden:

Seite 1 enthält die nach § 6 KHG / § 3 AG-KHG sowie für die pauschale Förderung erforderlichen Festlegungen, insbesondere

- den Namen und den Standort/die Standorte des Krankenhauses,
- die Gesamtzahl der vollstationären Planbetten und der darin enthaltenen Intensivbetten,
- die mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten und
- die Anzahl der Tagesklinik- und teilstationären Plätze.

Darüber hinaus enthält Seite 1 ggf. für das Krankenhaus Bemerkungen und Planungsempfehlungen.

Seite 2 bildet den stationären und teilstationären Kapazitäts- und Leistungs-Rahmen des Krankenhauses ab. Neu aufgenommen wurden Angaben über Schwerpunkte und Zentrumsfunktionen des Krankenhauses gem. Punkt 4.

Das gesamte Krankenhausplanungsblatt wird dem Feststellungsbescheid beigefügt.

9.2 Verbindliche Festlegungen

Die Gesamtzahl der Planbetten, der Betten für Intensivmedizin und der Tageskliniken und teilstationären Einrichtungen werden im Feststellungsbescheid verbindlich festgelegt; sie können nur nach § 20 AG-KHG durch einen neuen Feststellungsbescheid verändert werden.

Die Gesamtfallzahl des Krankenhauses wird - mit zwei Ausnahmen – ebenfalls verbindlich festgelegt:

- Die Budget-Partner können eine Abweichung von + bis - 7% der Gesamtfallzahlen vereinbaren.
- Die Gesamtfallzahlen stellen keine Kontingentierung dar, nach deren Erreichen ein Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag erfüllt hat und keine weiteren Patientinnen oder Patienten mehr behandeln darf. Der Versorgungsauftrag geht also ggf. über die Erfüllung der ausgewiesenen Fallzahlen hinaus und ergibt sich aus dem tatsächlich vorhandenen Bedarf.

9.3 Rahmenfestlegungen

Die übrigen Inhalte des Krankenhausplanungsblattes, insbesondere die fachrichtungsbezogenen Fallzahlen gelten als erwartete Entwicklungen und sind somit informative Anhaltspunkte für Budget-Vereinbarungen.