

Ziffer 4.1.1 Rahmenplanung

Die Krankenhausplanung ist gemäß § 6 LKHG als Rahmenplanung angelegt. Das Land verzichtet grundsätzlich darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern bis ins Detail festzulegen. Die Krankenhäuser erfüllen die Anforderungen für eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Leistungserbringung. Nur in Ausnahmefällen wird eine Leistungsplanung in Form medizinischer Fachplanungen (Versorgungskonzepte gem. § 4 Abs. 1 Satz 2 LKHG) vorgenommen. Der vom Land vorgegebene Rahmen wird gemäß § 11 Abs.1 KHEntgG von den Pflegesatzparteien vor Ort ausgefüllt. Dabei ist möglichst Einvernehmlichkeit anzustreben. Im Falle einer Nichteinigung kann eine Entscheidung der Schiedsstelle gem. § 18a KHG herbeigeführt werden. In diesem Rahmen sind auch ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V möglich, insbesondere im Rahmen medizinischer Fachplanungen. Die planerischen Festlegungen betreffen insbesondere - den Standort des Krankenhauses und ggfs. den Standort seiner Betriebsstellen, - die Gesamtplanbettenzahl und - die bedarfsgerechten Fachabteilungen des Krankenhauses - die Festlegung von Leistungsschwerpunkten bei „einheitlichen Krankenhäusern“ und Fachkliniken. Die Krankenhausrahmenplanung orientiert sich vor allem an der medizinischen Leistungsfähigkeit und Zweckmäßigkeit, an der langfristig zu sichernden medizinischen Qualität, an der möglichst wirtschaftlichen Leistungserbringung, an der Sicherung der wohnortnahen, regionalen medizinischen Versorgung (siehe auch Ziffer 4.5), an der Sicherung der Notfallversorgung (siehe auch Ziffer 4.8), an der Sicherung der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung, an der Sicherung der Vielfalt der Krankenhausträger (siehe auch Ziffer 4.10) und an einer sinnvollen regionalen und fachlichen Aufgabenteilung zwischen den medizinischen Leistungserbringern. Die Planung der Fachabteilungen findet grundsätzlich auf der Ebene der Fachgebiete der ärztlichen Weiterbildungsordnung (WBO) der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der jeweils aktuell gültigen Fassung statt. Die somatischen Fachgebiete werden dabei – außer in den nachstehend genannten Ausnahmen – hinsichtlich ihrer Bettenzahl zusammengefasst. Von der Möglichkeit des § 6 Abs. 1 Satz 6 LKHG, Betten abteilungsbezogen festzulegen, wird somit in der Regel kein Gebrauch gemacht. Der Krankenhausträger hat die Möglichkeit, innerhalb des festgelegten somatischen Planbettenkontingents die Betten auf die verschiedenen Fachabteilungen in eigener Verantwortung zu verteilen. Zur Verbesserung der Transparenz werden den Pflegesatzparteien vor Ort im somatischen Bereich Übersichten des jeweiligen Krankenhauses zur Bettenvorhaltung je Fachgebiet zur Verfügung gestellt. Für große Fachgebiete wird empfohlen, auch eine Untergliederung in Teilgebiete zur Verfügung zu stellen. Das jeweilige Fachgebiet muss die Versorgung entsprechend den Anforderungen in der jeweils aktuellen WBO gewährleisten. Die Schwerpunkte der jeweils aktuellen WBO sind grundsätzlich sowohl bei den Bedarfsprognosen als auch bei den Bestandszahlen im jeweiligen Gebiet enthalten. Der Bedarf an Planbetten wird entsprechend der gefestigten Rechtsprechung aus der tatsächlichen Nachfrage ermittelt. Die Gesamtbettenzahl ergibt sich durch Anwendung der Burton-Hill-Formel unter Einbeziehung der planerischen Richtwerte der Bettennutzung. Individuelle medizinische und organisatorische Sachverhalte können berücksichtigt werden. Als Richtwerte für die angemessene Bettennutzung werden angesetzt:

Kinder- und Jugendpsychiatrie 70%

Kinderheilkunde 75%

Augenheilkunde, Frauenheilkunde, HNO, MKG, Nuklearmedizin (Therapie), Urologie
80%

Chirurgie, Dermatologie, Innere Medizin, Neurochirurgie, Strahlentherapie, 82%

Herzchirurgie, Neurologie 85%

Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik
90%

Ziffer 5.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

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

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

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

Bei der Standortauswahl liegt der Schwerpunkt auf der Sicherstellung einer durchgängigen Behandlungskette zwischen ambulanter und (teil-)stationärer Behandlung und auf der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Jugendhilfe sowie den Kinderkliniken. Weiterhin sollen die Erfordernisse von Forschung und Lehre, von Aus- und Weiterbildung und die Unterstützung innovativer Versorgungsansätze berücksichtigt werden.