



Dezernat II - Krankenhausfinanzierung und -planung

**Bestandsaufnahme zur
Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung
in den Bundesländern**

- Stand: September 2010 -

Ansprechpartner für
Rückfragen/Anmerkungen:

Dr. Michael Mörsch
Referent der DKG
KH-Finanzierung/Planung
m.moersch@dkgev.de

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	II
TABELLENVERZEICHNIS.....	III
1 VORBEMERKUNGEN	1
2 RECHTSGRUNDLAGEN.....	2
2.1 KRANKENHAUSPLANUNG	2
2.2 INVESTITIONSFINANZIERUNG	2
2.2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz	2
2.2.2 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung	4
2.2.3 Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz	5
2.2.4 Aus- und Neubau von Hochschulkliniken.....	6
3 KRANKENHAUSPLANUNG.....	8
3.1 METHODEN UND GUTACHTEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG	8
3.1.1 Die Hill-Burton-Formel.....	8
3.1.2 Dornier/IGES-Gutachten.....	9
3.1.3 IGSF/Beske-Gutachten.....	9
3.1.4 Rüschemann (GSbG)-Gutachten	9
3.1.5 BASYS/I+G-Gutachten	10
3.1.6 Gebera-Gutachten.....	10
3.2 ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT IN DEUTSCHLAND	11
3.3 KRANKENHAUSPLANUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN	21
3.3.1 Baden-Württemberg	21
3.3.2 Bayern	22
3.3.3 Berlin.....	24
3.3.4 Brandenburg.....	26
3.3.5 Bremen	28
3.3.6 Hamburg	30
3.3.7 Hessen	31
3.3.8 Mecklenburg-Vorpommern.....	33
3.3.9 Niedersachsen	34
3.3.10 Nordrhein-Westfalen	35
3.3.11 Rheinland-Pfalz.....	36
3.3.12 Saarland	38
3.3.13 Sachsen	39
3.3.14 Sachsen-Anhalt.....	41
3.3.15 Schleswig-Holstein	42
3.3.16 Thüringen.....	43
3.4 VORGABEN ZUR NOTFALLVERSORGUNG INNERHALB DER KRANKENHAUSPLÄNE	44
3.5 QUALITÄTSKRITERIEN UND -FESTLEGUNGEN IN DER KRANKENHAUSPLÄNE	45
3.6 AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	55
3.7 FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	57
3.8 TEILSTATIONÄRE EINRICHTUNGEN UND REGELUNGEN ZU TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	58
3.9 ABGRENZUNG VON VERSORGUNGSSTUFEN IN DEN BUNDESLÄNDERN	61
4 INVESTITIONSFINANZIERUNG.....	62
4.1 GESAMTENTWICKLUNG UND INVESTITIONSQUOTE	62
4.2 EINZEL- UND PAUSCHALFÖRDERUNG.....	64
4.3 VERGLEICH DER BUNDESLÄNDER.....	65
4.4 VERORDNUNGEN DER BUNDESLÄNDER ZUR PAUSCHALFÖRDERUNG NACH § 9 Abs. 3 KHG.....	70
5 ANHANG	90
5.1 KHG-FÖRDERMITTEL, 1991 BIS 2009 – GESAMT.....	90
5.2 KHG-FÖRDERMITTEL, 1994 BIS 2009 - PAUSCHALFÖRDERUNG.....	91
5.3 KHG-FÖRDERMITTEL, 1994 BIS 2009 - EINZELFÖRDERUNG.....	92

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 3.1: ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUS- UND BETTENZAHLEN	11
ABBILDUNG 3.2: ENTWICKLUNG DER BETTENDICHTE	12
ABBILDUNG 3.3: ENTWICKLUNG DER BEHANDLUNGSFÄLLE UND DER BESCHÄFTIGTENZAHL	12
ABBILDUNG 3.4: ENTWICKLUNG DER BESCHÄFTIGTENZAHLEN	13
ABBILDUNG 3.5: ENTWICKLUNG DER VERWEILDAUER	13
ABBILDUNG 3.6: KRANKENHÄUSER NACH TRÄGERSCHAFT, ANTEILE IN DEN JAHREN 1991 UND 2008	14
ABBILDUNG 3.7: BETTEN NACH TRÄGERSCHAFT, ANTEILE IM JAHR 2008	15
ABBILDUNG 3.8: KRANKENHÄUSER NACH TRÄGERSCHAFT IM JAHR 2008	15
ABBILDUNG 3.9: BETTEN NACH TRÄGERSCHAFT IM JAHR 2008	16
ABBILDUNG 3.10: KRANKENHAUSPLANUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG	21
ABBILDUNG 3.11: KRANKENHAUSPLANUNG IN BAYERN	23
ABBILDUNG 3.12: KRANKENHAUSPLANUNG IN BERLIN	24
ABBILDUNG 3.13: KRANKENHAUSPLANUNG IN BRANDENBURG	27
ABBILDUNG 3.14: KRANKENHAUSPLANUNG IN BREMEN	29
ABBILDUNG 3.15: KRANKENHAUSPLANUNG IN HAMBURG	30
ABBILDUNG 3.16: KRANKENHAUSPLANUNG IN HESSEN	31
ABBILDUNG 3.17: KRANKENHAUSPLANUNG IN MECKLENBURG-VORPOMMERN	33
ABBILDUNG 3.18: KRANKENHAUSPLANUNG IN NIEDERSACHSEN	34
ABBILDUNG 3.19: KRANKENHAUSPLANUNG IN NORDRHEIN-WESTFALEN	35
ABBILDUNG 3.20: KRANKENHAUSPLANUNG IN RHEINLAND-PFALZ	37
ABBILDUNG 3.21: KRANKENHAUSPLANUNG IM SAARLAND	38
ABBILDUNG 3.22: KRANKENHAUSPLANUNG IN SACHSEN	39
ABBILDUNG 3.23: KRANKENHAUSPLANUNG IN SACHSEN-ANHALT	41
ABBILDUNG 3.24: KRANKENHAUSPLANUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN	42
ABBILDUNG 3.25: KRANKENHAUSPLANUNG IN THÜRINGEN	43
ABBILDUNG 4.1: ENTWICKLUNG DES KHG-FÖRDERMITTELVOLUMENS UND DES BIP	63
ABBILDUNG 4.2: KRANKENHAUS-INVESTITIONSQUOTE UND VOLKSWIRTSCHAFTLICHE INVESTITIONSQUOTE....	63
ABBILDUNG 4.3: KHG-MITTEL 2009 JE BETT, IN EURO	66
ABBILDUNG 4.4: SUMME DER KHG-MITTEL IM ZEITRAUM VON 1991 BIS 2009 JE BETT IN EURO	67
ABBILDUNG 4.5: VERTEILUNG DER KHG-FÖRDERMITTEL AUF PAUSCHAL- UND EINZELFÖRDERUNG	68
ABBILDUNG 4.6: PAUSCHALFÖRDERMITTEL IM JAHR 2009 JE KHG-BETT UND JE EINWOHNER	69

Tabellenverzeichnis

TABELLE 3.1: GRUNDDATEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DAS JAHR 2008, DEUTSCHLAND.....	17
TABELLE 3.2: GRUNDDATEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DAS JAHR 2008, VERGLEICH DER BUNDESLÄNDER .	18
TABELLE 3.3: KRANKENHAUSTRÄGER, DEUTSCHLAND	19
TABELLE 3.4: KRANKENHAUSTRÄGER IM JAHR 2008, VERGLEICH DER BUNDESLÄNDER	20
TABELLE 3.5: VORGABEN ZUR NOTFALLVERSORGUNG INNERHALB DER KRANKENHAUSPLÄNE	44
TABELLE 3.6: QUALITÄTSKRITERIEN UND –FESTLEGUNGEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG	45
TABELLE 3.7: AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	55
TABELLE 3.8: FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	57
TABELLE 3.9: TEILSTATIONÄRE EINRICHTUNGEN UND REGELUNGEN ZU TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	58
TABELLE 3.10: VERSORGUNGSSTUFEN DER BUNDESLÄNDER	61
TABELLE 5.1: KHG-FÖRDERMITTEL INSGESAMT	90
TABELLE 5.2: KHG-PAUSCHALFÖRDERUNG.....	91
TABELLE 5.3: KHG-EINZELFÖRDERUNG	92

1 Vorbemerkungen

Die vorliegende Bestandsaufnahme gibt einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Stand der Krankenhausplanung und der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Dargestellt werden neben den Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung insbesondere die der Krankenhausplanung in den einzelnen Bundesländern zu Grunde liegenden Verfahren und Methoden sowie die unterschiedlichen Entwicklungen der Investitionsförderung in den Bundesländern seit Anfang der 1990er Jahre bis zum Jahr 2009. Von einem bewertenden Vergleich der Aktivitäten der einzelnen Bundesländer auf dem Gebiet der Krankenhausplanung und Investitionsförderung wurde wie in den Vorjahren abgesehen.

In die Überarbeitung der letztjährigen Bestandsaufnahme sind neben neu herausgegebenen bzw. fortgeschriebenen Krankenhausplänen die aktuellen Verordnungen der Bundesländer zur Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG eingeflossen. Darüber hinaus wurden die aktuellen Zahlen zur Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel und aktualisierte Daten des Statistischen Bundesamtes berücksichtigt.

In enger Zusammenarbeit mit den Landeskrankengesellschaften wird die Geschäftsstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Übersicht zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung auch in Zukunft regelmäßig aktualisieren.

2 Rechtsgrundlagen

2.1 Krankenhausplanung

Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern verpflichtet das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Bundesländer Krankenhauspläne aufzustellen (§ 6 KHG). Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen.

Die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan wird durch Bescheid, gegen den der Verwaltungsrechtsweg gegeben ist, festgestellt. Ein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht. Bei notwendiger 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 KHG). Im Gegensatz zu den Feststellungsbescheiden besitzen die Krankenhauspläne keine verbindliche Rechtswirkung.

Insbesondere mit dem Ziel, die Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen, haben die Länder ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) abzustimmen.

Näheres zu Form und Inhalt der Krankenhauspläne bestimmen die Krankenhausgesetze der Länder.

2.2 Investitionsfinanzierung

2.2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Auf der Bundesebene ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die bedeutendste rechtliche Grundlage für die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausplanung. Mit der Verabschiedung des KHG im Jahr 1972 wurde die duale Finanzierung, also die Investitionsfinanzierung als Aufgabe der öffentlichen Hand und die Begleichung der Betriebskosten über die Krankenkassen, eingeführt.

Der Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 KHG).

Durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz soll außerdem die Vielfalt der Krankenhausträger und damit das Bestehen öffentlicher, freigemeinnütziger und auch privater Krankenhäuser gefördert werden. Die Rechtsform eines Krankenhauses soll keinen Ausschlag bei der Verteilung von Fördermitteln geben.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz bietet nur einen Rahmen für die Krankenhausplanung und -finanzierung, der durch die individuellen Krankenhausgesetze der Bundesländer erweitert und mit Inhalt gefüllt wird. Dies kann u. a. als Folge der dua-

len Krankenhausfinanzierung, aber auch des föderalistischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, gesehen werden.

Unter Investitionskosten versteht das KHG

- a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter),
- b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter).

Zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihre Finanzierung (§ 2 Abs. 2 KHG).

Die Investitionsfinanzierung ist wie die Krankenhausplanung auf Bundesebene in § 6 Abs. 1 KHG geregelt. Jedes Bundesland hat danach einen Investitionsplan aufzustellen. Die Investitionsförderung teilt sich in zwei Bereiche, in die Einzelförderung und in die Pauschalförderung, auf.

Nach § 8 Abs. 1 KHG besitzen ausschließlich die Krankenhäuser einen Anspruch auf Förderung, die im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 KHG eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren.

➤ **Einzelförderung**

Nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG fördern die Länder auf Antrag des Krankenhausträgers entstehende Investitionskosten insbesondere

1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.

Die Länder bewilligen auf Antrag des Krankenhausträgers ferner Fördermittel

1. für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt,
2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,

3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind,
4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,
5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,
6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.

Die weiteren Einzelheiten zur Einzelförderung sind nach § 11 KHG in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen geregelt.

➤ Pauschalförderung

Laut § 9 Abs. 3 KHG fördern die Länder die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann; § 10 KHG bleibt unberührt. Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden. Sie sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen.

Die weiteren Einzelheiten zur Pauschalförderung sind nach § 11 KHG in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen geregelt und werden durch landesspezifische Verordnungen der zuständigen Landesbehörde in bestimmten Abständen ergänzt bzw. korrigiert. Einen Überblick über die Verordnungen der Bundesländer zur Pauschalförderung ist Kapitel 4.4 zu entnehmen.

2.2.2 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

Infolge des im März 2009 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) soll für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und Entgelte nach § 17b erhalten, eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden.

Gemäß § 10 Abs. 1 KHG sind zu diesem Zweck bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene zu entwickeln. Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken soll dabei berücksichtigt und die näheren Einzelheiten des Verfahrens von Bund und Ländern festgelegt werden.

Darüber hinaus wurden die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene mit dem KHRG bzw. gemäß § 10 Abs. 2 KHG beauftragt, bis zum 31. Dezember 2009 die

Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern, zu vereinbaren. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Außerdem sieht das Gesetz eine Beauftragung des InEK vor, bis zum 31. Dezember 2010 für das DRG-Vergütungssystem und bis zum 31. Dezember 2012 für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren.

Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt.

2.2.3 Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz

Unmittelbar mit dem Beitritt der neuen Bundesländer bestand u. a. auch politischer Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit einer zügigen und nachhaltigen Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern mit dem Ziel der Anpassung des Versorgungsniveaus an das in den alten Bundesländern.

Frühzeitig und nicht zuletzt auf Grund mehrerer einschlägiger Gutachten (z. B. DKI) wurde ein bestandsbezogener Investitionsstau von ca. 31 Mrd. DM konstatiert, der sich in der politischen Meinungs- und Willensbildung in dieser Größenordnung auch festsetzte, ebenso wie die Auffassung, dass ein solcher Bedarf im Wesentlichen nur auf dem Weg einer öffentlichen Finanzierung gedeckt werden kann.

So wurde im Jahre 1992 im Zuge des GSG ein gemeinsam und paritätisch von Bund, neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) und GKV zu finanzierendes Investitionsprogramm gesetzlich verankert.

Dieses beinhaltet ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 21 Mrd. DM, das zu gleichen Teilen – also jeweils insgesamt 7 Mrd. DM – von Bund und Länder im Zeitraum von 10 Jahren (1994 bis 2004) und von der GKV in 20 Jahren (1994 bis 2014) zu finanzieren ist.

Die länderbezogenen Finanzhilfen des Bundes betragen – orientiert an der Einwohnerzahl – für

Berlin	68,3 Mio. DM
Brandenburg	110,0 Mio. DM
Mecklenburg-Vorpommern	82,1 Mio. DM
Sachsen	204,4 Mio. DM
Sachsen-Anhalt	123,1 Mio. DM
Thüringen	112,1 Mio. DM

Im Lande Berlin durften diese Finanzhilfen des Bundes nur für entsprechende Investitionen im östlichen Teil eingesetzt werden.

Voraussetzung für die Gewährung des Bundesanteils war, dass die Länder Beträge in mindestens gleicher Höhe für Krankenhausinvestitionen über die Länderhaushalte

zur Verfügung stellten (Komplementärfinanzierung), was in der Praxis auch weitestgehend geschah.

Der Investitionsbeitrag der GKV wurde und wird als abrechnungsbezogener Investitionszuschlag i. H. v. 8 DM (1995 bis 1997) bzw. 11 DM (1998 bis 2014), gegenwärtig 5,62 € für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage, aufgebracht.

Verwaltungstechnisch (Verteilung, Finanzierungsformen, Entscheidungsverfahren, Abrechnung, u. a.) wurde das Gesetz über eine entsprechende Bund-Länder-Vereinbarung umgesetzt.

Während die Bundes- und Landesmittel zunächst für eine unmittelbare Investitionsfinanzierung zu nutzen waren, hatte der Gesetzgeber für die Verwendung der Benutzerbeiträge (GKV-Anteil) auch die optionale Finanzierung von Zinskosten für Darlehen oder von Kosten anderer privatwirtschaftlicher Finanzierungsformen vorgesehen, wovon im Späteren i. d. R. von den Beteiligten jedoch kein Gebrauch gemacht wurde.

Die Länder waren verpflichtet, die Einzelheiten des Verfahrens und der Verwaltung der Mittel der GKV mit den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG (GKV-Landesverbände und Landeskrankenhausesellschaften) zu vereinbaren, was in einigen Ländern zur Bildung selbstverwalteter Fonds, in Sachsen und Brandenburg zur Verwaltung dieser Mittel im Rahmen des Landeshaushaltes, führte.

Die Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung nach dem KHG und ihre Zuständigkeit blieben unberührt, faktisch wurden jedoch darüber hinaus keine KHG-Mittel zur Verfügung gestellt.

Zur Umsetzung der Programmziele (zügig, nachhaltig) stellten die Länder im Einvernehmen mit den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG jährlich fortzuschreibende, gemeinsam finanzierte Investitionsprogramme auf.

2.2.4 Aus- und Neubau von Hochschulkliniken

Der Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich der Hochschulkliniken wurde bis Ende des Jahres 2006 von Bund und Ländern als Gemeinschaftsaufgabe wahrgenommen. Artikel 91a Abs. 4 GG legte fest, dass der Bund die Hälfte der im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau anfallenden Ausgaben in jedem Land zu tragen hatte.

Neben Bund und Ländern war auch der Wissenschaftsrat in die Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau eingebunden. So war der Wissenschaftsrat gehalten, Empfehlungen zur Rahmenplanung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau auszusprechen. Maßgebliche gesetzliche Grundlage der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau war das Hochschulbauförderungsgesetz (HBFüG).

Infolge der im Juli 2006 verabschiedeten Föderalismusreform wurde die Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau aufgehoben. Das Hochschulbauförderungsgesetz soll ab dem 1. Januar 2007 durch landesrechtliche Vorschriften ersetzt werden. Die Mitwirkung des Bundes und des Wissenschaftsrates im Rahmen des Hochschulbaus

wurde auf Fördermaßnahmen mit überregionaler Bedeutung gemäß Artikel 91b GG beschränkt.

Für die zukünftige Finanzierung des Hochschulbaus wurden im Rahmen der Föderalismusreform die folgenden Regelungen beschlossen:

Im Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2019 stehen den Ländern jährliche Beträge aus dem Haushalt des Bundes zur Kompensation des Wegfalls der Finanzierungsanteile des Bundes durch die Abschaffung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau zu. Die Beträge sind bis Ende 2013 festgelegt und für die Aufgabengebiete der bisherigen Mischfinanzierung zweckgebunden.

Das Gesamtvolumen der Beträge beruht auf dem Umfang der Finanzierungsanteile des Bundes im Referenzzeitraum von 2000 bis 2008 gemäß den entsprechenden Rahmenplänen. Die Länder erhalten demnach von 2007 bis 2013 jährlich 695,3 Mio. Euro (70% des Kompensationsvolumens) für den Bereich Ausbau und Neubau von Hochschulen einschließlich Hochschulkliniken. Dieser Betrag wird mit den folgenden Prozentsätzen auf die Länder verteilt:

Baden-Württemberg	14,684002%
Bayern	17,256483%
Berlin	4,917843%
Brandenburg	3,223713%
Bremen	1,847088%
Hamburg	2,683724%
Hessen	4,319915%
Mecklenburg-Vorpommern	3,460103%
Niedersachsen	6,934112%
Nordrhein-Westfalen	15,395490%
Rheinland-Pfalz	3,654778%
Saarland	1,476280%
Sachsen	8,201812%
Sachsen-Anhalt	5,172773%
Schleswig-Holstein	2,553941%
Thüringen	4,217943%.

Die Anteile der einzelnen Länder ergeben sich dabei aus dem Durchschnittsanteil eines jeden Landes im Zeitraum 2000 bis 2003.

Weitere 298 Mio. Euro (30% des Kompensationsvolumens) stellt der Bund jährlich für überregionale Fördermaßnahmen im Hochschulbereich zur Verfügung.

Bis Ende 2013 sollen der Bund und die Länder überprüfen, in welcher Höhe die zuvor genannten Zuweisungen zur Aufgabenerfüllung der Länder noch angemessen und erforderlich sind.

Ab dem 1. Januar 2014 entfällt die Zweckbindung der Zuweisungen für die Aufgabengebiete der bisherigen Mischfinanzierung; die investive Zweckbindung des Mittelvolumens bleibt bestehen.

3 Krankenhausplanung

3.1 Methoden und Gutachten in der Krankenhausplanung

Zur Ermittlung des zukünftigen Bettenbedarfs eines Bundeslandes sind die mit der Aufstellung des Krankenhausplans beauftragten Landesministerien auf Prognosen angewiesen. Eine der bekanntesten und am längsten verwendeten Methoden ist die Hill-Burton-Formel. In jüngerer Vergangenheit sind durch Aufträge der verschiedenen Beteiligten in der Krankenhausplanung mehrere Gutachten zur Entwicklung alternativer bzw. ergänzender Methoden in der Bettenbedarfsermittlung entstanden, die sich mehr oder weniger erfolgreich in der Krankenhausplanung durchgesetzt haben.

Im Folgenden werden neben der Hill-Burton-Formel eine Auswahl mehrerer Gutachten zur Krankenhausplanung vorgestellt. Eine Auflistung aller für die Krankenhausplanung erstellten Gutachten würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen, so dass auf Vollständigkeit verzichtet werden muss. Die Auswahl der vier Gutachten ist keinesfalls als Wertung oder Bevorzugung zu verstehen. Der jeweilige Inhalt der vorgestellten Gutachten kann an dieser Stelle aus dem gleichen genannten Grund nur verkürzt wiedergegeben werden.

3.1.1 Die Hill-Burton-Formel

Die aus den USA stammende Hill-Burton-Formel existiert inzwischen seit annähernd 60 Jahren und wird nach wie vor überwiegend zur Ermittlung des Bettenbedarfs herangezogen. Als Determinanten fließen Einwohnerzahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettennutzungsgrad (Auslastungsgrad) in die Formel ein.

- a) Die Einwohnerzahl (E) basiert auf landesspezifischen Daten. Diese werden zur Ermittlung der Einwohnerentwicklung bis zum Zieljahr des Krankenhausplanes prognostiziert.
- b) Die Verweildauer (VD) ist die durchschnittliche Anzahl der Tage, die ein Patient stationär im Krankenhaus verbringt. Aufnahme und Entlassungstag zählen zusammen als ein Tag.

$$VD = \frac{\text{Pflegetage}}{\text{Fallzahl}}$$

Die Fallzahl ist wie folgt definiert:

$$\text{Fallzahl} = \frac{\text{Patientenzugang} + \text{Patientenabgang}}{2}$$

- c) Die Krankenhaushäufigkeit (KH) ist die Relation der in einem bestimmten Gebiet wohnenden Patienten, die im Laufe des Jahres stationär behandelt werden, zu der Einwohnerzahl des betreffenden Gebietes.

$$KH = \frac{\text{Fallzahl} \times 1000}{E}$$

d) Der Bettennutzungsgrad (BN) kann zum einen über die Formel

$$\text{BN} = \frac{\text{Pflegetage} \times 100}{\text{Betten} \times 365}$$

erfolgen. In den meisten Fällen wird dieser jedoch vom jeweiligen Ministerium vorgegeben (s. dazu auch 3.4).

Unter der Berücksichtigung der vorhergehenden Faktoren lautet die Hill-Burton-Formel (HBF) dann wie folgt:

$$\text{HBF} = \frac{E \times \text{KH} \times \text{VD} \times 100}{\text{BN} \times 1000 \times 365} = \text{Bettenbedarf}$$

3.1.2 Dornier/IGES-Gutachten

Das vom Stadtstaat Hamburg bei Dornier und IGES in Auftrag gegebene Gutachten basiert auf der Hill-Burton-Formel. Im Vordergrund dieses Gutachtens steht die Berücksichtigung des Morbiditätsfaktors, die durch die Einbeziehung von Expertenmeinungen erreicht wird. Die Ermittlung des Bettenbedarfs geschieht damit im Gegensatz zu bisherigen Ansätzen auf prognostizierten Werten. Das Prognoseverfahren an sich verläuft in zwei Schritten. Zunächst erfolgt für jedes medizinische Fachgebiet eine Fortschreibung der bestehenden Statistiken von Fallzahlen und Verweildauern. In einem zweiten Schritt werden die ermittelten Ergebnisse einem Kreis von medizinischen Experten vorgelegt. Die den Experten vorgestellten Ergebnisse werden zudem durch weitere Informationen aus der Diagnosestatistik über fachgebietsbezogene Fakten ergänzt. Auf dieser Grundlage wird der Expertenkreis gebeten, eine Einschätzung zu den Einflussfaktoren auf die Fallzahlen und die Verweildauern abzugeben.

3.1.3 IGSF/Beske-Gutachten

Ein weiterer Ansatz stammt von Professor Dr. Fritz Beske vom Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), der mit Hilfe der Krankenhausdiagnosestatistik eine Prognose der Krankenhaushäufigkeit durchgeführt hat. Unter der Annahme, dass die Morbidität nach Alter und Geschlecht gleich bleibt, geht die zuvor ermittelte Bevölkerungsvorausschätzung in das Prognosemodell mit ein. Die Verweildauer wird, wie bei dem Dornier/IGES-Gutachten, durch eine Trendextrapolation bestimmt. Im Anschluss an dieses Verfahren werden ebenfalls Expertenbefragungen zu den Ergebnissen durchgeführt. Die Ermittlung des Bedarfs erfolgt standortbezogen. Neben dem Faktor Morbidität bezieht Beske – im Gegensatz zu z.B. IGES – die Wirtschaftlichkeit in die Gutachtenmethodik mit ein. Diese wird an der Höhe der Fallkosten gemessen.

3.1.4 Rüschemann (GSbG)-Gutachten

Das Rüschemann-Gutachten (Professor Dr. Hans-Heinrich Rüschemann, Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen) bietet mit seiner Benchmark-Methode einen, nach eigenen Angaben, leistungsorientierten Ansatz in der Krankenhausplanung. Hierzu werden die den Krankenkassen verfügbaren Daten nach § 301 SGB V verwendet, anhand derer Krankheitsgruppen, ähnlich den DRGs, gebildet werden. Auf dieser Basis wird eine Ermittlung des Substitutionspotentials durch ambulante,

vor-, nach- und teilstationäre Behandlung durchgeführt. Der Benchmarking-Ansatz fordert, dass nach der Analyse alle Krankenhäuser das gleiche Substitutionspotential wie die 25% der Krankenhäuser mit dem derzeit höchsten Substitutionspotential besitzt. Die durch den Ansatz ermittelte Prognose wird durch eine geschätzte Morbiditätsentwicklung (Fortschreibung der bisherigen Morbiditätsstruktur) ergänzt bzw. korrigiert. Auch die Prognose der Verweildauer erfolgt durch den 25%-Ansatz, wobei davon ausgegangen wird, dass die Krankenhäuser zukünftig die gleiche Verweildauer besitzen wie die 25% der Krankenhäuser mit der aktuell geringsten Verweildauer. Anhand der gewonnenen Werte für Fallzahl und Verweildauer wird zuletzt der zukünftige Bedarf an Planbetten berechnet.

3.1.5 BASYS/I+G-Gutachten

Das von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebene Gutachten von BASYS und I+G ähnelt dem bereits beschriebenen IGSGF-Gutachten, das aus zwei Schritten besteht, die beide übernommen werden. Der Unterschied liegt darin, dass nicht nur die krankenhausesbezogene Morbidität, sondern die bevölkerungsbezogene Morbidität zur Prognose hinzugezogen wird, die anhand von Survey- und Registerdaten ermittelt wird. Die Ergebnisse werden jedoch nicht zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Betten, sondern lediglich zur Feststellung eines Zusammenhangs von Morbidität und Krankenhausinanspruchnahme verwendet. Ein zukünftiger Bettenbedarf wird in diesem Gutachten nicht berechnet.

3.1.6 Gebera-Gutachten

Die Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA) hat in den vergangenen Jahren im Auftrag der Länder Rheinland-Pfalz (2003), Thüringen (2005) und Saarland (2005) vorbereitende Gutachten zur Krankenhausplanung erstellt. Die Berechnungen zum zukünftigen Bettenbedarf in den Ländern erfolgten anhand der Hill-Burton-Formel. Als bedarfsbeeinflussende Determinanten wurde insbesondere die demographische Entwicklung in Verbindung mit Morbiditätsanalysen berücksichtigt. Die Darstellung und Quantifizierung der bedarfsbeeinflussenden Determinanten basieren auf Material- und Literaturrecherchen und Expertenbefragungen.

3.2 Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland

Die deutsche Krankenhauslandschaft unterliegt einem tief gehenden Wandel. Besonders deutlich spiegelt sich der Wandel in der Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen sowie in deren Verteilung auf öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenträger wider. Aber auch viele andere Indikatoren, darunter z. B. die durchschnittliche Verweildauer der Patienten oder die Anzahl der stationären Behandlungsfälle, machen deutlich, dass sich sowohl die Strukturen als auch das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in Deutschland mit hoher Geschwindigkeit fortentwickeln. Im Folgenden sind die zentralen Entwicklungen dargestellt.

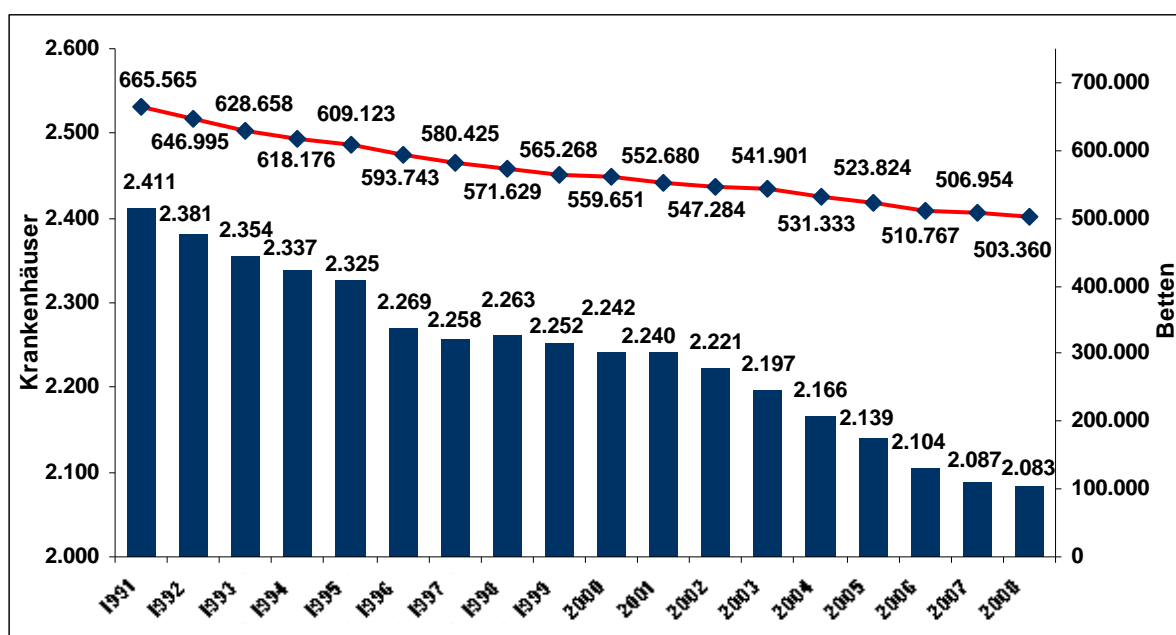
• **Krankenhäuser, aufgestellte Betten, Bettendichte**

Die Anzahl der Krankenhäuser ist zwischen den Jahren 1991 und 2008 von 2.411 auf 2.083 und damit um rund 14% gesunken. Die Anzahl der aufgestellten Betten fiel im gleichen Zeitraum von 665.565 auf 503.360 und somit sogar um 24% (vgl. Abbildung 3.1). Die Bettendichte, die die Zahl der Betten je 10.000 Einwohner angibt, sank zwischen 1991 und 2008 von 83,2 auf 61,2 (vgl. Abbildung 3.2).

• **Behandlungsfälle, Beschäftigte und Verweildauer**

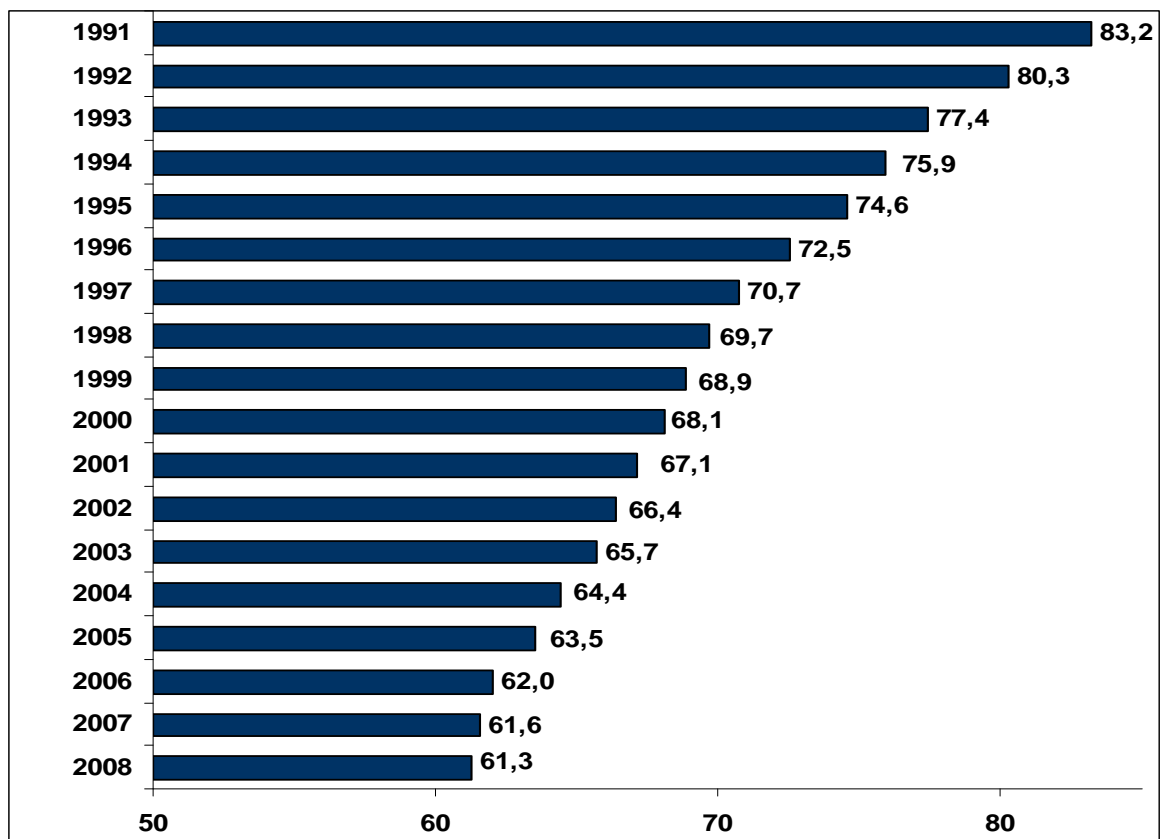
Dem Rückgang der Krankenhaus- und Bettenzahlen steht ein erheblicher Anstieg der Zahl der stationären Behandlungsfälle gegenüber. So stieg die Fallzahl von 14,6 Mio. im Jahr 1991 auf 17,5 Mio. im Jahr 2008 und damit um rund 20 % (vgl. Abbildung 3.3). Die Zahl der Beschäftigten sank im gleichen Zeitraum dennoch um rund 9 %, wobei sich die Beschäftigtenzahlen im ärztlichen Bereich (+ 34,5 %) und im nicht-ärztlichen Bereich (- 14,2 %) gegenläufig entwickelten (vgl. Abbildung 3.4). Die Verweildauer betrug im Jahr 2008 8,1 Tage gegenüber 14 Tagen im Jahr 1991 (- 42 %; vgl. Abbildung 3.5). Die Einzeldaten sind den Tabellen 3.1 und 3.2 am Ende des Kapitels zu entnehmen.

Abbildung 3.1: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen



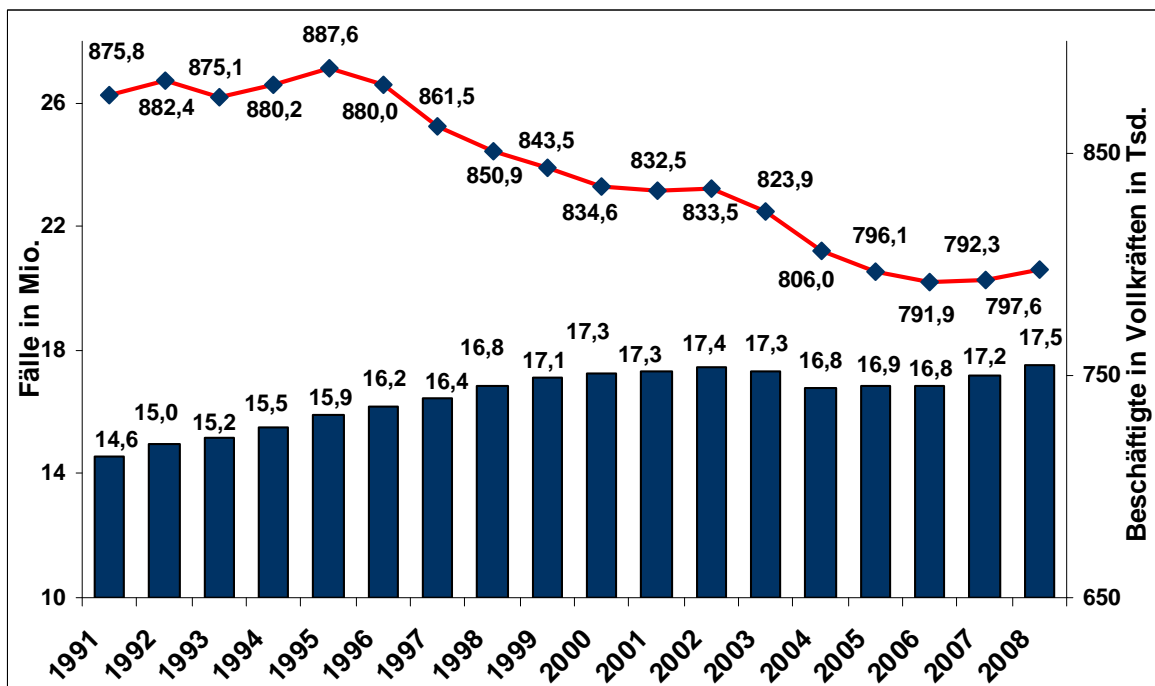
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 3.2: Entwicklung der Bettendichte



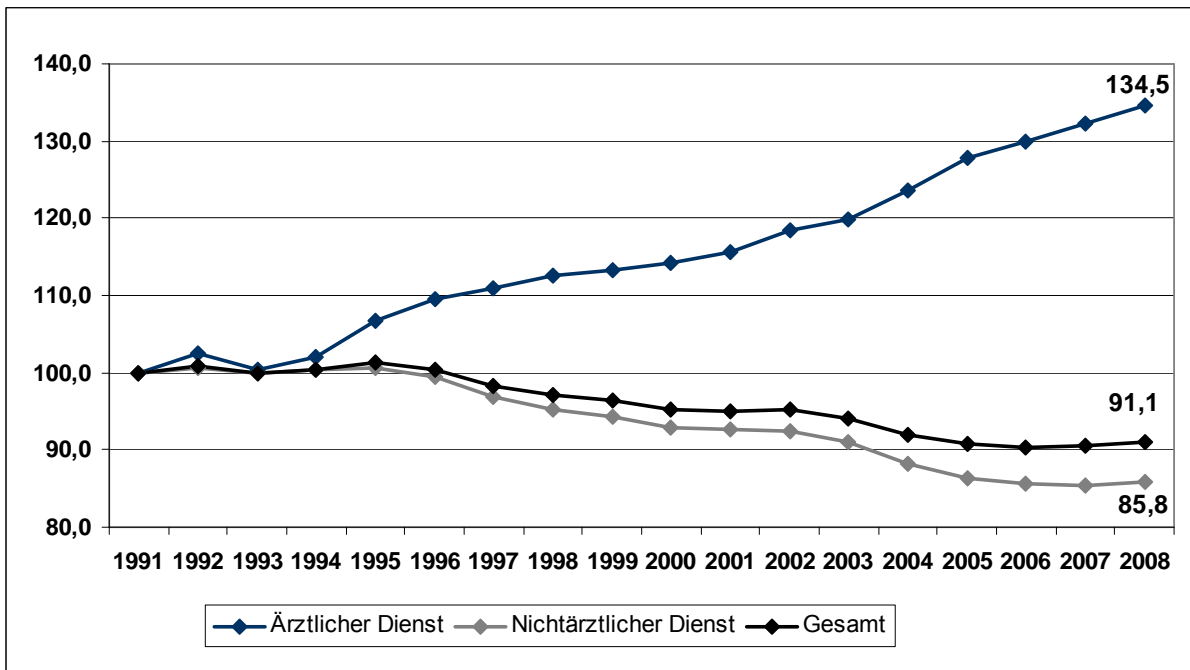
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 3.3: Entwicklung der Behandlungsfälle und der Beschäftigtenzahl



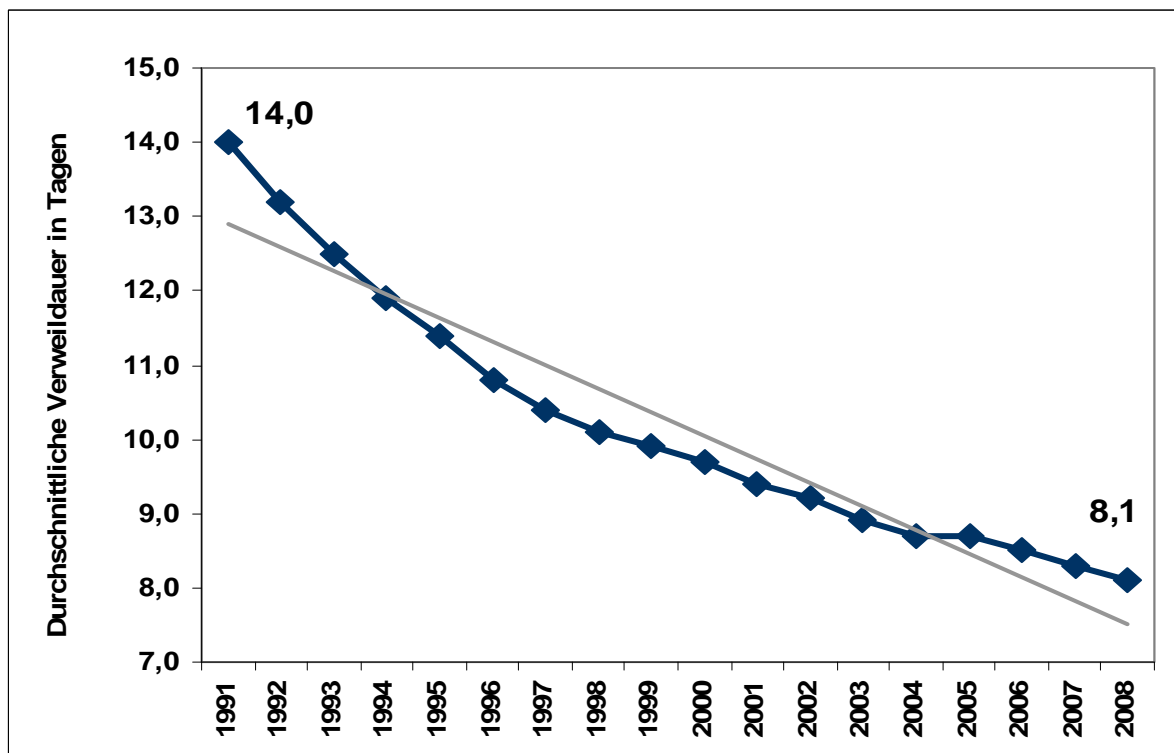
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 3.4: Entwicklung der Beschäftigtenzahlen (indexiert, 1991 = 100)



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 3.5: Entwicklung der Verweildauer

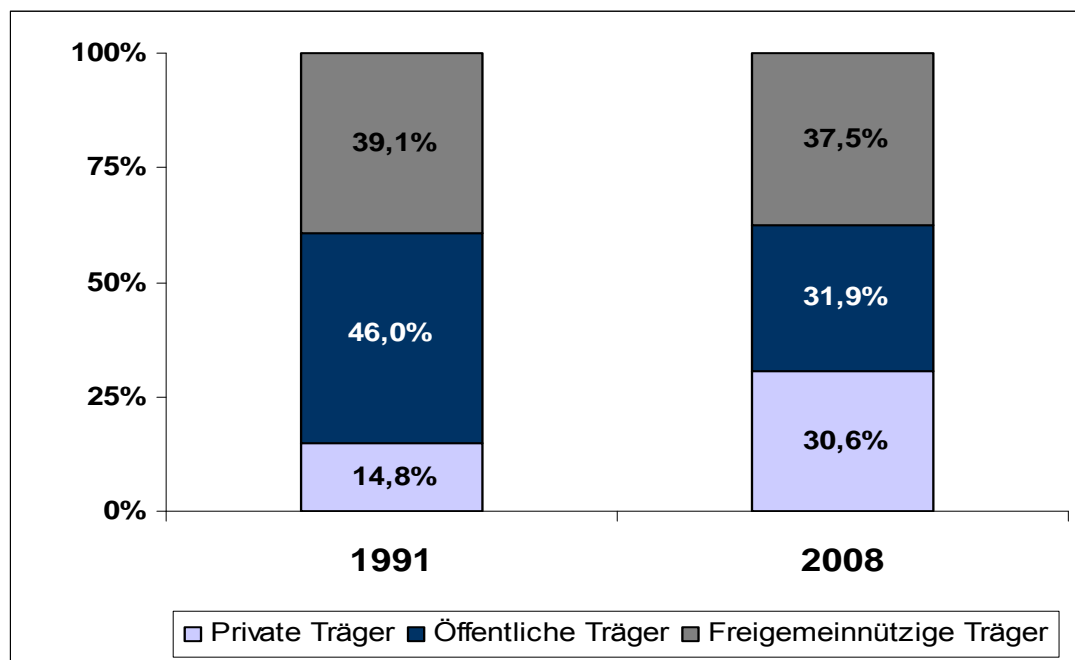


Quelle: Statistisches Bundesamt.

• **Krankenhausträger**

Deutliche Veränderungen sind auch in der Verteilung der Krankenhäuser auf öffentliche, freigemeinnützige und private Träger zu beobachten. Befanden sich im Jahr 1991 noch 46% der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, so waren es im Jahr 2008 nur noch 31,9%. Der Anteil der privaten Krankenhausträger stieg im selben Zeitraum von 14,8 auf 30,6%. Der Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser blieb mit 37,5% im Jahr 2008 gegenüber 39,1% im Jahr 1991 weitgehend konstant (vgl. Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6: Krankenhäuser nach Trägerschaft, Anteile in den Jahren 1991 und 2008

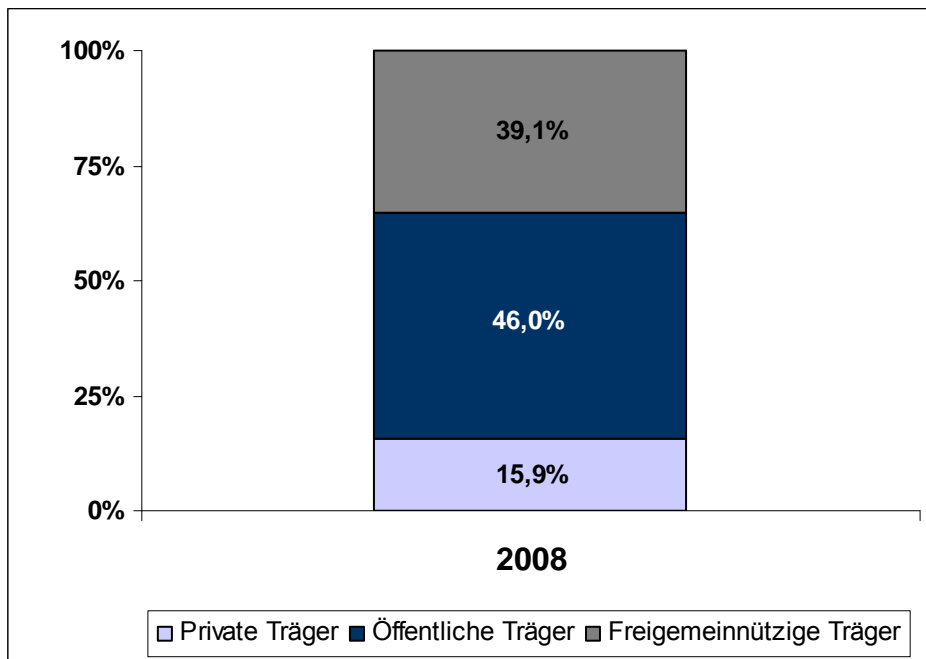


Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Der Anteil der privaten Krankenhausträger fällt niedriger aus, wenn man als Bezugsgröße nicht die Zahl der Krankenhäuser, sondern die Zahl der aufgestellten Betten heranzieht. Der Anteil der privaten Träger beläuft sich dann auf 15,9% im Jahr 2008. Die entsprechenden Anteile der öffentlichen und freigemeinnützigen Träger betragen 46% bzw. 39,1% (vgl. Abbildung 3.7 sowie Tabellen 3.3 und 3.4 am Ende des Kapitels).

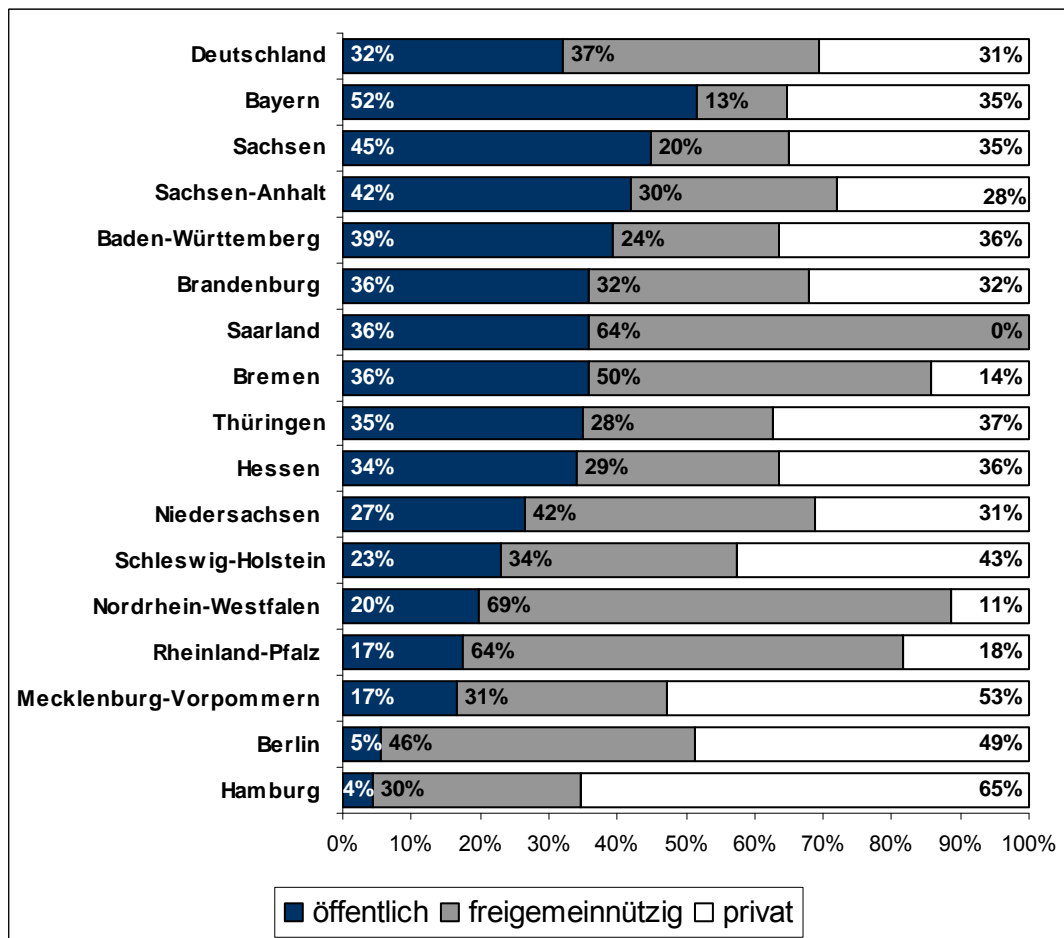
Zwischen den Bundesländern gibt es im Hinblick auf die Verteilung der Krankenhäuser und Betten auf öffentliche, freigemeinnützige und private Träger deutliche Unterschiede (vgl. Abbildung 3.8).

Abbildung 3.7: Betten nach Trägerschaft, Anteile im Jahr 2008



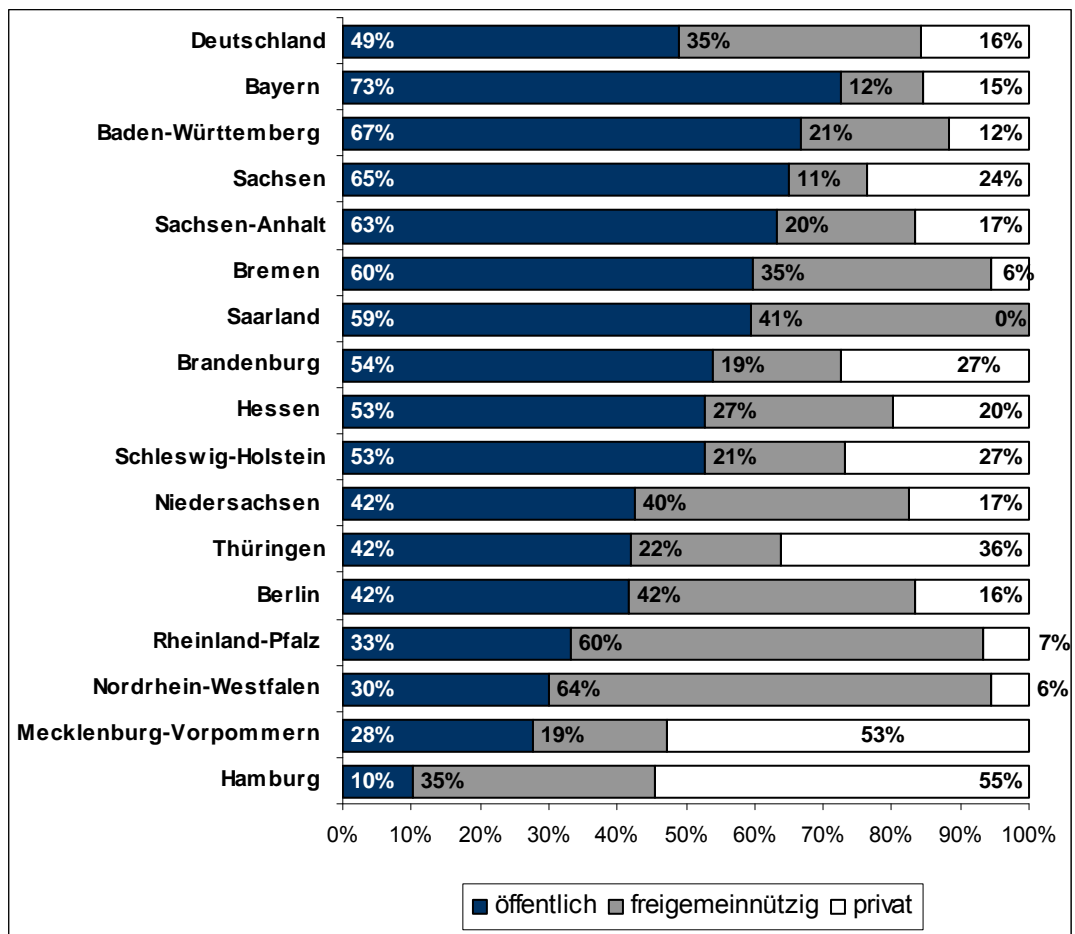
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 3.8: Krankenhäuser nach Trägerschaft im Jahr 2008



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 3.9: Betten nach Trägerschaft im Jahr 2008



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Tabelle 3.1: Grunddaten der Krankenhäuser für das Jahr 2008, Deutschland

Entwicklung seit 1991							
Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Betten- dichte	Fälle	Berechnungs- und Belegungs- tage in Tsd.	Ø Verweil- dauer (in Tagen)	Betten- auslastung (in %)
1991	2.411	665.565	83,2	14.576.613	204.204	14,0	84,0
1992	2.381	646.995	80,3	14.974.845	198.769	13,2	83,7
1993	2.354	628.658	77,4	15.191.174	190.741	12,5	82,8
1994	2.337	618.176	75,9	15.497.702	186.049	11,9	81,8
1995	2.325	609.123	74,6	15.931.168	182.627	11,4	81,7
1996	2.269	593.743	72,5	16.165.019	175.247	10,8	80,2
1997	2.258	580.425	70,7	16.429.031	171.837	10,4	80,6
1998	2.263	571.629	69,7	16.847.477	171.802	10,1	81,9
1999	2.252	565.268	68,9	17.092.707	169.696	9,9	81,8
2000	2.242	559.651	68,1	17.262.929	167.789	9,7	81,5
2001	2.240	552.680	67,1	17.325.083	163.536	9,4	80,7
2002	2.221	547.284	66,4	17.432.272	159.904	9,2	80,1
2003	2.197	541.901	65,7	17.295.910	153.518	8,9	77,6
2004	2.166	531.333	64,4	16.801.649	146.746	8,7	75,5
2005	2.139	523.824	63,5	16.873.885	143.244	8,7	74,9
2006	2.104	510.767	62,0	16.832.883	142.251	8,5	76,3
2007	2.087	506.954	61,6	17.178.573	142.893	8,3	77,2
2008	2.083	503.360	61,3	17.519.579	142.535	8,1	77,4
Veränderung gegenüber dem Vorjahr							
Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Betten- dichte	Fälle	Berechnungs- und Bele- gungstage	Ø Verweil- dauer	Betten- auslastung (in %)
1992	-1,2%	-2,8%	-3,5%	2,7%	-2,7%	-5,7%	-0,4%
1993	-1,1%	-2,8%	-3,5%	1,4%	-4,0%	-5,3%	-1,1%
1994	-0,7%	-1,7%	-2,0%	2,0%	-2,5%	-4,8%	-1,2%
1995	-0,5%	-1,5%	-1,8%	2,8%	-1,8%	-4,2%	-0,1%
1996	-2,4%	-2,5%	-2,8%	1,5%	-4,0%	-5,3%	-1,8%
1997	-0,5%	-2,2%	-2,4%	1,6%	-1,9%	-3,7%	0,5%
1998	0,2%	-1,5%	-1,5%	2,5%	0,0%	-2,9%	1,6%
1999	-0,5%	-1,1%	-1,2%	1,5%	-1,2%	-2,0%	-0,1%
2000	-0,4%	-1,0%	-1,1%	1,0%	-1,1%	-2,0%	-0,4%
2001	-0,1%	-1,2%	-1,4%	0,4%	-2,5%	-3,1%	-1,0%
2002	-0,8%	-1,0%	-1,1%	0,6%	-2,2%	-2,1%	-0,7%
2003	-1,1%	-1,0%	-1,0%	-0,8%	-4,0%	-3,3%	-3,1%
2004	-1,4%	-2,0%	-1,9%	-2,9%	-4,4%	-2,2%	-2,7%
2005	-1,2%	-1,4%	-1,4%	0,4%	-2,4%	0,0%	-0,8%
2006	-1,6%	-2,5%	-2,4%	-0,2%	-0,7%	-2,3%	1,9%
2007	-0,8%	-0,7%	-0,6%	2,1%	0,5%	-2,4%	1,2%
2008	-0,2%	-0,7%	-0,5%	2,0%	-0,3%	-2,4%	0,3%
Veränderung gegenüber 1991							
Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Betten- dichte	Fälle	Berechnungs- und Bele- gungstage	Ø Verweil- dauer	Betten- auslastung (in %)
1992	-1,2%	-2,8%	-3,5%	2,7%	-2,7%	-5,7%	-0,4%
1993	-2,4%	-5,5%	-6,9%	4,2%	-6,6%	-10,7%	-1,4%
1994	-3,1%	-7,1%	-8,8%	6,3%	-8,9%	-15,0%	-2,6%
1995	-3,6%	-8,5%	-10,4%	9,3%	-10,6%	-18,6%	-2,7%
1996	-5,9%	-10,8%	-12,9%	10,9%	-14,2%	-22,9%	-4,5%
1997	-6,3%	-12,8%	-15,0%	12,7%	-15,9%	-25,7%	-4,0%
1998	-6,1%	-14,1%	-16,3%	15,6%	-15,9%	-27,9%	-2,5%
1999	-6,6%	-15,1%	-17,2%	17,3%	-16,9%	-29,3%	-2,6%
2000	-7,0%	-15,9%	-18,2%	18,4%	-17,8%	-30,7%	-3,0%
2001	-7,1%	-17,0%	-19,3%	18,9%	-19,9%	-32,9%	-3,9%
2002	-7,9%	-17,8%	-20,3%	19,6%	-21,7%	-34,3%	-4,6%
2003	-8,9%	-18,6%	-21,1%	18,7%	-24,8%	-36,4%	-7,6%
2004	-10,2%	-20,2%	-22,6%	15,3%	-28,1%	-37,9%	-10,1%
2005	-11,3%	-21,3%	-23,7%	15,8%	-29,9%	-37,9%	-10,8%
2006	-12,7%	-23,3%	-25,5%	15,5%	-30,3%	-39,3%	-9,2%
2007	-13,4%	-23,8%	-26,0%	17,9%	-30,0%	-40,7%	-8,1%
2008	-13,6%	-24,4%	-26,3%	20,2%	-30,2%	-42,1%	-7,9%

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Tabelle 3.2: Grunddaten der Krankenhäuser für das Jahr 2008, Vergleich der Bundesländer

Vergleich der Bundesländer									
	Krankenhäuser			aufgestellte Betten			Bettendichte		
	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1991 (in %)	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1991 (in %)	(Betten je 10.000 Einwohner)	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1994 (in %)
Deutschland	2.083	-0,2	-13,6	503.360	-0,7	-24,4	61,3	-0,5	-19,2
Baden-Württemberg.....	297	0,0	-6,0	59.224	-1,3	-14,1	55,1	-1,3	-17,4
Bayern.....	379	1,1	-10,6	75.499	-0,5	-14,1	60,3	-0,6	-17,6
Berlin.....	74	4,2	-28,8	19.407	-1,1	-51,4	56,7	-1,6	-44,7
Brandenburg.....	50	6,4	-25,4	15.242	-0,7	-33,5	60,3	-0,2	-12,9
Bremen.....	14	0,0	-6,7	5.336	-1,8	-27,0	80,6	-1,6	-22,6
Hamburg.....	46	0,0	9,5	11.426	-5,0	-25,3	64,5	-5,5	-26,2
Hessen.....	181	0,6	-3,7	35.218	0,2	-19,3	58,0	0,2	-18,2
Mecklenburg-Vorpommern...	36	9,1	-23,4	10.525	2,2	-34,3	62,9	3,1	-10,5
Niedersachsen.....	196	-0,5	-11,7	41.905	-0,5	-24,9	52,6	-0,3	-24,7
Nordrhein-Westfalen.....	418	-3,2	-13,8	122.803	-0,9	-23,3	68,3	-0,6	-20,3
Rheinland-Pfalz.....	98	-1,0	-15,5	25.588	0,1	-11,7	63,4	0,3	-13,6
Saarland.....	25	0,0	-16,7	6.671	-2,2	-29,5	64,5	-1,6	-19,2
Sachsen.....	80	0,0	-28,6	26.316	-0,6	-38,5	62,6	0,1	-10,0
Sachsen-Anhalt.....	50	0,0	-29,6	16.622	-0,7	-35,0	69,3	0,5	-6,4
Schleswig-Holstein.....	96	-1,0	-6,8	15.624	0,1	-14,1	55,1	0,1	-13,0
Thüringen.....	43	-2,3	-37,7	15.954	-0,2	-29,9	70,0	0,8	-8,3

	Fälle ¹⁾			Ø Verweildauer			Bettenauslastung		
	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1991 (in %)	in Tagen	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1991 (in %)	in %	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1994 (in %)
Deutschland	17.519.579	2,0	20,2	8,1	-2,2	-41,9	77,4	0,2	-5,4
Baden-Württemberg.....	1.976.987	0,7	22,2	8,2	-1,9	-38,1	74,5	0,0	-9,8
Bayern.....	2.674.573	2,8	29,7	8,0	-2,5	-39,2	77,1	0,4	-7,0
Berlin.....	716.081	1,6	21,5	8,1	-2,3	-61,8	82,0	0,1	-5,4
Brandenburg.....	527.795	1,0	39,5	8,5	0,2	-46,9	80,3	1,5	3,4
Bremen.....	196.533	0,5	23,6	7,7	-1,9	-47,4	77,8	0,1	-4,1
Hamburg.....	418.109	3,9	26,5	8,2	-4,7	-44,2	82,0	3,8	0,6
Hessen.....	1.218.878	2,4	20,8	8,1	-1,2	-39,8	76,9	0,7	-6,8
Mecklenburg-Vorpommern...	395.204	1,1	17,4	7,7	0,0	-42,2	78,8	-1,4	-0,1
Niedersachsen.....	1.541.465	2,3	19,9	8,1	-2,7	-41,2	81,0	-0,1	-0,5
Nordrhein-Westfalen.....	4.094.409	2,1	23,2	8,3	-2,7	-45,3	75,7	0,0	-7,5
Rheinland-Pfalz.....	863.329	2,2	24,2	7,9	-1,8	-40,1	72,9	0,0	-11,8
Saarland.....	255.747	-0,2	13,6	8,1	-0,2	-39,8	85,1	1,5	-2,0
Sachsen.....	947.851	2,3	47,9	8,1	-3,0	-56,2	79,3	-0,4	-0,7
Sachsen-Anhalt.....	584.177	0,8	29,2	8,0	-2,6	-48,4	76,8	-1,4	-3,0
Schleswig-Holstein.....	557.630	1,4	33,3	8,3	-0,9	-40,7	81,0	0,2	-3,8
Thüringen.....	550.816	2,4	37,0	8,3	-1,7	-46,3	78,1	0,5	-0,9

¹⁾ Einschließlich Stundenfälle.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2006 bis 2008 (jew. Stand), eigene Berechnungen

Tabelle 3.3: Krankenhausträger, Deutschland

Jahr	Krankenhäuser						
	Ins- gesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
1991.....	2.411	1.110	46,0%	943	39,1%	358	14,8%
1992.....	2.381	1.062	44,6%	950	39,9%	369	15,5%
1993.....	2.354	1.023	43,5%	950	40,4%	381	16,2%
1994.....	2.337	987	42,2%	949	40,6%	401	17,2%
1995.....	2.325	972	41,8%	944	40,6%	409	17,6%
1996.....	2.269	933	41,1%	929	40,9%	407	17,9%
1997.....	2.258	919	40,7%	919	40,7%	420	18,6%
1998.....	2.263	890	39,3%	920	40,7%	453	20,0%
1999.....	2.252	854	37,9%	930	41,3%	468	20,8%
2000.....	2.242	844	37,6%	912	40,7%	486	21,7%
2001.....	2.240	825	36,8%	903	40,3%	512	22,9%
2002.....	2.221	817	36,8%	877	39,5%	527	23,7%
2003.....	2.197	796	36,2%	856	39,0%	545	24,8%
2004.....	2.166	780	36,0%	831	38,4%	555	25,6%
2005.....	2.139	751	35,1%	818	38,2%	570	26,6%
2006.....	2.104	717	34,1%	803	38,2%	584	27,8%
2007.....	2.087	677	32,4%	790	37,9%	620	29,7%
2008.....	2.083	665	31,9%	781	37,5%	637	30,6%

Jahr	Aufgestellte Betten						
	Ins- gesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
1994.....	618.176						
1995.....	609.123						
1996.....	593.743						
1997.....	580.425						
1998.....	571.629						
1999.....	565.268						
2000.....	559.651						
2001.....	552.680						
2002.....	547.284	298.034	54,5%	200.635	36,7%	48.615	8,9%
2003.....	541.901	290.625	53,6%	197.343	36,4%	53.933	10,0%
2004.....	531.333	280.717	52,8%	189.334	35,6%	61.282	11,5%
2005.....	523.824	273.721	52,3%	184.752	35,3%	65.351	12,5%
2006.....	510.767	260.993	51,1%	180.200	35,3%	69.574	13,6%
2007.....	506.954	250.345	49,4%	177.632	35,0%	78.977	15,6%
2008.....	503.360	246.423	49,0%	177.085	35,2%	79.852	15,9%

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Tabelle 3.4: Krankenhausträger im Jahr 2008, Vergleich der Bundesländer

	Krankenhäuser							
	Ins- gesamt	Davon						
		öffentlich		freigemeinnützig		privat		
Baden-Württemberg	297	117	39,4%	72	24,2%	108	36,4%	
Bayern	379	196	51,7%	49	12,9%	134	35,4%	
Berlin	74	4	5,4%	34	45,9%	36	48,6%	
Brandenburg	50	18	36,0%	16	32,0%	16	32,0%	
Bremen	14	5	35,7%	7	50,0%	2	14,3%	
Hamburg	46	2	4,3%	14	30,4%	30	65,2%	
Hessen	181	62	34,3%	53	29,3%	66	36,5%	
Mecklenburg-Vorpommern ..	36	6	16,7%	11	30,6%	19	52,8%	
Niedersachsen	196	52	26,5%	83	42,3%	61	31,1%	
Nordrhein-Westfalen	418	83	19,9%	287	68,7%	48	11,5%	
Rheinland-Pfalz	98	17	17,3%	63	64,3%	18	18,4%	
Saarland	25	9	36,0%	16	64,0%	-	0,0%	
Sachsen.....	80	36	45,0%	16	20,0%	28	35,0%	
Sachsen-Anhalt.....	50	21	42,0%	15	30,0%	14	28,0%	
Schleswig-Holstein.....	96	22	22,9%	33	34,4%	41	42,7%	
Thüringen.....	43	15	34,9%	12	27,9%	16	37,2%	
Deutschland.....	2.083	665	31,9%	781	37,5%	637	30,6%	
Jahr	Betten							
	Ins- gesamt	Davon						
		öffentlich		freigemeinnützig		privat		
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
Baden-Württemberg	59.224	39.604	66,9%	12.671	21,4%	6.949	11,7%	
Bayern	75.499	54.907	72,7%	8.946	11,8%	11.646	15,4%	
Berlin	19.407	8.063	41,5%	8.147	42,0%	3.197	16,5%	
Brandenburg	15.242	8.215	53,9%	2.843	18,7%	4.184	27,5%	
Bremen	5.336	3.183	59,7%	1.851	34,7%	302	5,7%	
Hamburg	11.426	1.176	10,3%	4.014	35,1%	6.236	54,6%	
Hessen	35.218	18.604	52,8%	9.673	27,5%	6.941	19,7%	
Mecklenburg-Vorpommern ..	10.525	2.916	27,7%	2.042	19,4%	5.567	52,9%	
Niedersachsen	41.905	17.797	42,5%	16.834	40,2%	7.274	17,4%	
Nordrhein-Westfalen	122.803	36.887	30,0%	79.037	64,4%	6.879	5,6%	
Rheinland-Pfalz	25.588	8.516	33,3%	15.335	59,9%	1.737	6,8%	
Saarland	6.671	3.959	59,3%	2.712	40,7%	-	0,0%	
Sachsen.....	26.316	17.120	65,1%	2.994	11,4%	6.202	23,6%	
Sachsen-Anhalt.....	16.622	10.510	63,2%	3.326	20,0%	2.786	16,8%	
Schleswig-Holstein.....	15.624	8.245	52,8%	3.203	20,5%	4.176	26,7%	
Thüringen.....	15.954	6.721	42,1%	3.457	21,7%	5.776	36,2%	
Deutschland.....	503.360	246.423	49,0%	177.085	35,2%	79.852	15,9%	

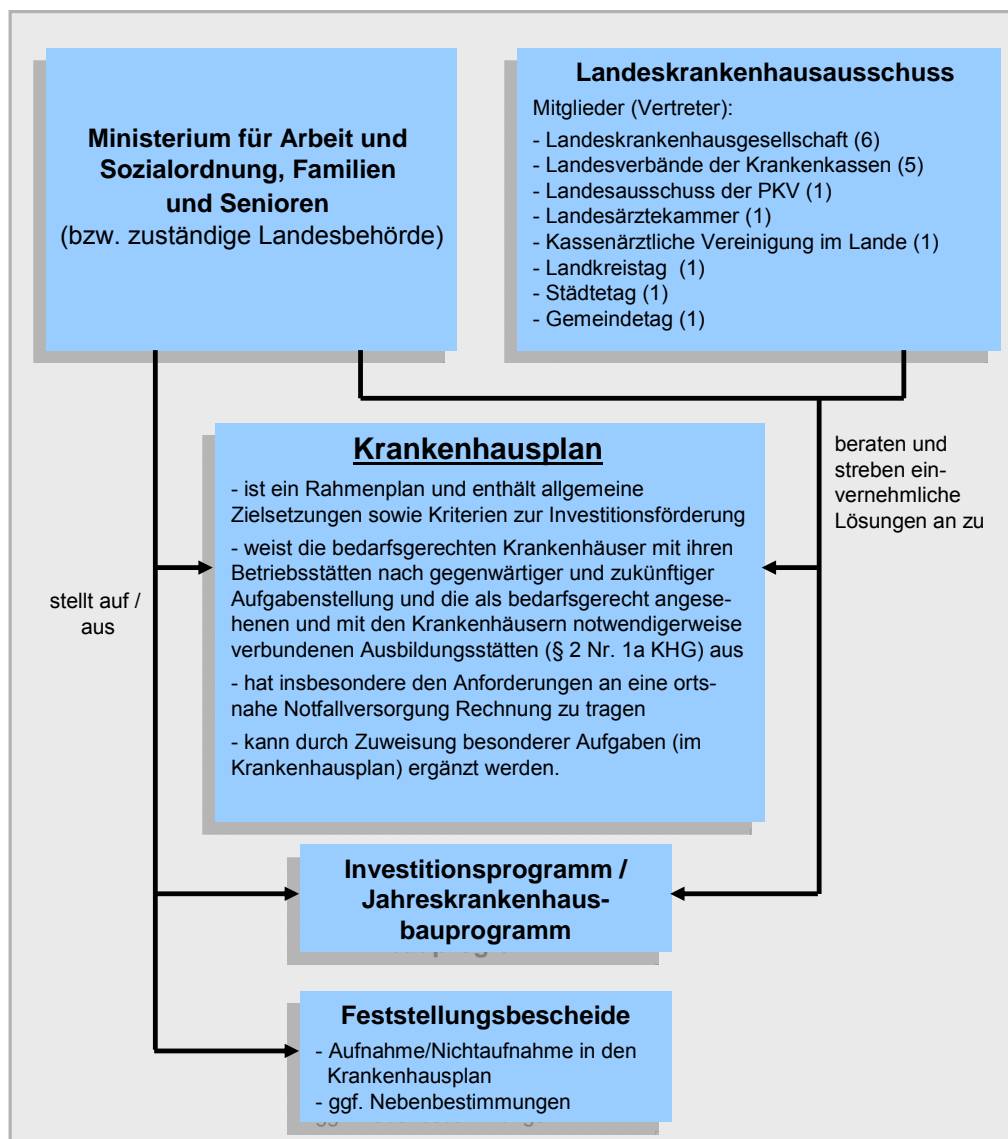
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

3.3 Krankenhausplanung in den Bundesländern

3.3.1 Baden-Württemberg

Der Krankenhausplan für das Land Baden-Württemberg wird vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Senioren in enger Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhausausschuss erstellt (vgl. dazu Abbildung 3.10). Der Krankenhausplan stellt die für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung in Baden-Württemberg erforderlichen Krankenhäuser dar (bedarfsgerechte Krankenhäuser). Die Universitätskliniken und die in § 3 KHG genannten Krankenhäuser werden einbezogen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen.

Abbildung 3.10: Krankenhausplanung in Baden-Württemberg



Quelle: DKG.

Derzeit wird auf der Basis der Novellierung des Landeskrankenhausesgesetzes vom 29. November 2007 der aktuell noch gültige Krankenhausplan 2000 grundlegend überarbeitet. Dabei geht es vor allem um die Umsetzung einer kapazitätsorientierten Rahmenplanung nach § 6 LKHG. Einzelfestsetzungen des Krankenhausplans sollen für jedes Krankenhaus in Zukunft nur noch die Fachgebiete und die Gesamtzahl der

Betten umfassen. Die Verteilung der Betten auf die jeweiligen Fachgebiete bleibt dem Träger weitgehend freigestellt.

Die Richtwerte für die vorgegebene Auslastung wurden im Jahr 2008 anhand durchschnittlicher Ist-Verweildauern aktualisiert. Die Richtwerte zur Bettennutzung betragen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie 90%; für Herzchirurgie und Neurologie 85%; für Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Neurochirurgie, Orthopädie, Plastische Chirurgie und Strahlentherapie 82 %; für Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kinderchirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Nuklearmedizin und Urologie 80% und für die Kinderheilkunde 75%.

Eine besondere Erwähnung im vorliegenden Krankenhausplan findet die Behandlung von Mukoviszidose-Patienten, von Schmerzpatienten Tumorzentren und onkologischer Schwerpunkte, geriatrische Schwerpunkte, Stroke Units und medizinisch-technischer Großgeräte und die psychotherapeutische Medizin.

Aktueller Krankenhausplan: Krankenhausplan 2000, Teil 1 (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 Teil 2 - zugelassene Krankenhäuser (Stand 01.01.2009) online abrufbar unter: <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/Krankenhausplanung/82043.html>

3.3.2 Bayern

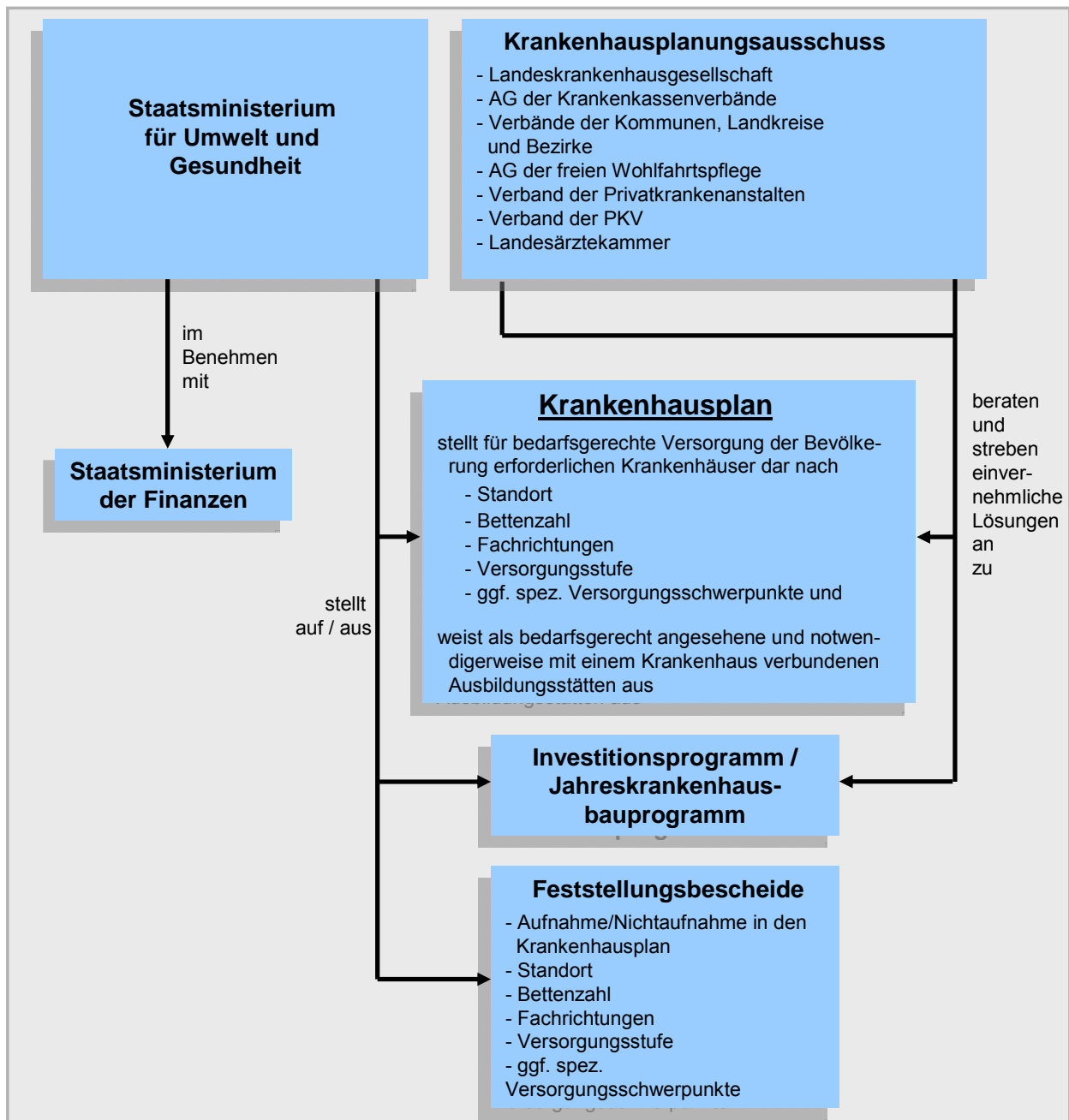
Der Krankenhausplan stellt die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Zahl der Betten und teilstationären Plätze, Fachrichtungen sowie Versorgungsstufe dar. Der Krankenhausplan kann als Bestandteil auch Fachprogramme enthalten, in denen spezifische Versorgungsschwerpunkte ausgewiesen werden. Aktuell gelten das Programm für die stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten (einschl. Stroke Units) und das Fachprogramm für Palliativstationen. Ein Planungsvorbehalt gilt außerdem für die neonatologische Versorgung und für Zentren für Schwerbrandverletzte.

Krankenhausplanungsbehörde ist das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Unter Mitwirkung der Beteiligten nach Art. 7 BayKrG und im Benehmen mit dem Staatsministerium für Finanzen den Krankenhausplan stellt es den Krankenhausplan auf und schreibt diesen fort. An der Krankenhausplanung wirkt der Bayerische Krankenhausplanungsausschuss nach Art. 7 BayKrG, dem u. a. die Bayerische Krankenhausgesellschaft angehört, mit (vgl. dazu Abbildung 3.11).

Die vorgegebene Auslastung beträgt grundsätzlich 85%.

Aktueller Krankenhausplan: Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 35. Fortschreibung, Stand: 1. Januar 2010, online abrufbar unter: <http://www.stmug.bayern.de/>

Abbildung 3.11: Krankenhausplanung in Bayern

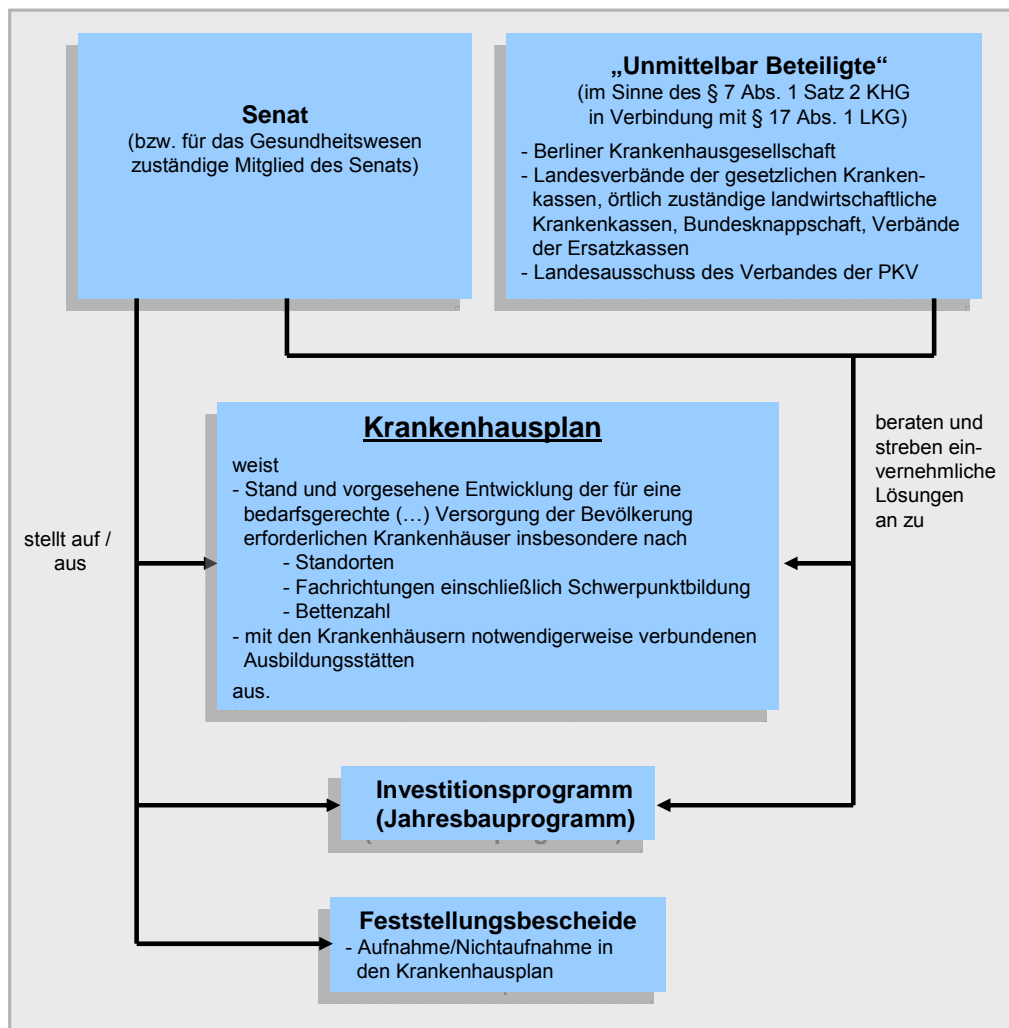


Quelle: DKG.

3.3.3 Berlin

Der Krankenhausplan und die Investitionsprogramme werden vom Senat aufgestellt und fortgeschrieben. Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, humane, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser insbesondere nach Standorten, Fachrichtungen einschließlich Schwerpunktbildung und Bettenzahl aus (vgl. dazu Abbildung 3.12).

Abbildung 3.12: Krankenhausplanung in Berlin



Quelle: DKG.

Für die Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans 1999 wurde für die somatischen Fachgebiete auf Analysen zur Bedarfsentwicklung vorangegangener Fortschreibungen zurückgegriffen. Außerdem wurden diagnosespezifische Leistungsdaten der einzelnen Krankenhäuser sowie deren Selbsteinschätzung zur künftigen Entwicklung einbezogen. Die Bettenbedarfsberechnung für das Fachgebiet Psychiatrie wurde – abweichend von dem Verfahren in den somatischen Fächern – basierend auf den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete anhand von Bettenmessziffern vorgenommen. Als Planungshorizont für die aktuelle Fortschreibung wurde das Jahr 2008 gewählt. Seitens der zuständigen Senatsgesundheitsverwaltung ist eine Gültigkeitsverlängerung des Krankenhausplans um ein Jahr bis 2009 vorgesehen. Erforderliche Weiterentwicklungen wurden im Rahmen von Einzelfortschreibungen und

ggf. kurzfristig zu realisierenden Teilfortschreibungen (z. B. im Bereich der Psychiatrie aufgrund der hohen Auslastung) aufgenommen.

Als Neuerung wurde in die Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans aufgenommen, dass die im Plan festgelegten Sollbettenzahlen je Abteilung innerhalb der Gesamtbettenzahl des Krankenhauses um $\pm 10\%$ abweichen können.

Die fachabteilungsbezogene Normauslastung wurde für den Zeitraum von 2006 bis 2008 wie folgt festgelegt:

Fachgebiet	Normauslastung (%)	Fachgebiet	Normauslastung (%)
Augenheilkunde	80	Neurochirurgie	85
Chirurgie	85	Neurologie	85
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	80	Nuklearmedizin	85
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	80	Orthopädie	85
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	85	Plastische Chirurgie	85
Herzchirurgie	90	Strahlenheilkunde	85
Innere Medizin	85	Urologie	85
Kinderchirurgie	75	Kinder- und Jugendpsychiatrie	90
Kinderheilkunde	75	Psychiatrie	90
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	80	Psychosomatik	90

Besondere krankenhauserplanerische Ausführungen enthält die Fortschreibung für die folgenden Versorgungsbereiche: Tumormedizin, Gefäßmedizin, Kardiologie, Erkrankungen der Atmungsorgane, Geriatrie, Perinatal- und Neonatalversorgung, Psychiatrie, psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsmedizin, Notfallmedizin.

Hat ein Krankenhaus im Land Berlin auch für die Versorgung der Bevölkerung des Landes Brandenburg wesentliche Bedeutung, so wird die Krankenhausplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abgestimmt.

Mit einem Planungshorizont 2010 bis 2015 wurden Mitte 2008 erste Eckpunkte zum Krankenhausplan 2010 durch die Senatsgesundheitsverwaltung vorgelegt, deren inhaltliche Ausgestaltung in zahlreichen Fachgesprächen unter Beteiligung der Berliner Krankenhausgesellschaft erörtert wurde. Hierbei wurden folgende Schwerpunktthemen beraten:

- Rahmenplanung und Regelungstiefe
- Transparenzinformationen
- Versorgungsziele und Planungsgrundsätze
- Ausgewählte Versorgungsziele
- Notfallversorgung
- Kardiologie
- Orthopädie/Unfallchirurgie
- Universitätsmedizin
- Geriatrie
- Tumorversorgung/Palliativversorgung
- Qualitätsanforderungen

- Psychiatrie und Psychotherapie (Erwachsene und Kinder- und Jugendliche)
- Perinatalmedizin

Der Entwurf des Krankenhausplans 2010 baut auf den Vorgaben und Grundsätzen der Fortschreibung 2006 auf und entwickelt diese teilweise fort (z.B. Erhöhung der Flexibilisierungsquote von 10 auf 15%, Berücksichtigung der geänderten Weiterbildungssystematik oder Ausweitung der Darstellung ergänzender Qualitätsanforderungen). Da der Entwurf eines Krankenhausplans 2010 u. a. die von der Senatsgesundheitsverwaltung als bedarfsnotwendig errechnete Gesamtbettenzahl insbesondere unter Berücksichtigung des notwendigen Aufbaus stationärer Kapazitäten im Bereich der Psychiatrie und der Geriatrie nicht ausweist sowie die Kritik an einer vorgesehene Umstrukturierung des bewährten Notfallversorgungssystems und nicht sachgerechten Leistungsdarstellungen der Krankenhäuser im Krankenhausplan nicht aufnimmt, konnte ein Einvernehmen nicht erzielt werden. Ein für Juni 2010 angekündigter Senatsbeschluss steht zurzeit aus, so dass der Krankenhausplan 2010 bislang nicht verabschiedet wurde.

Aktueller Krankenhausplan: Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans 1999 (gemäß Senatsbeschluss vom 20. Juni 2006, online abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gsv>)

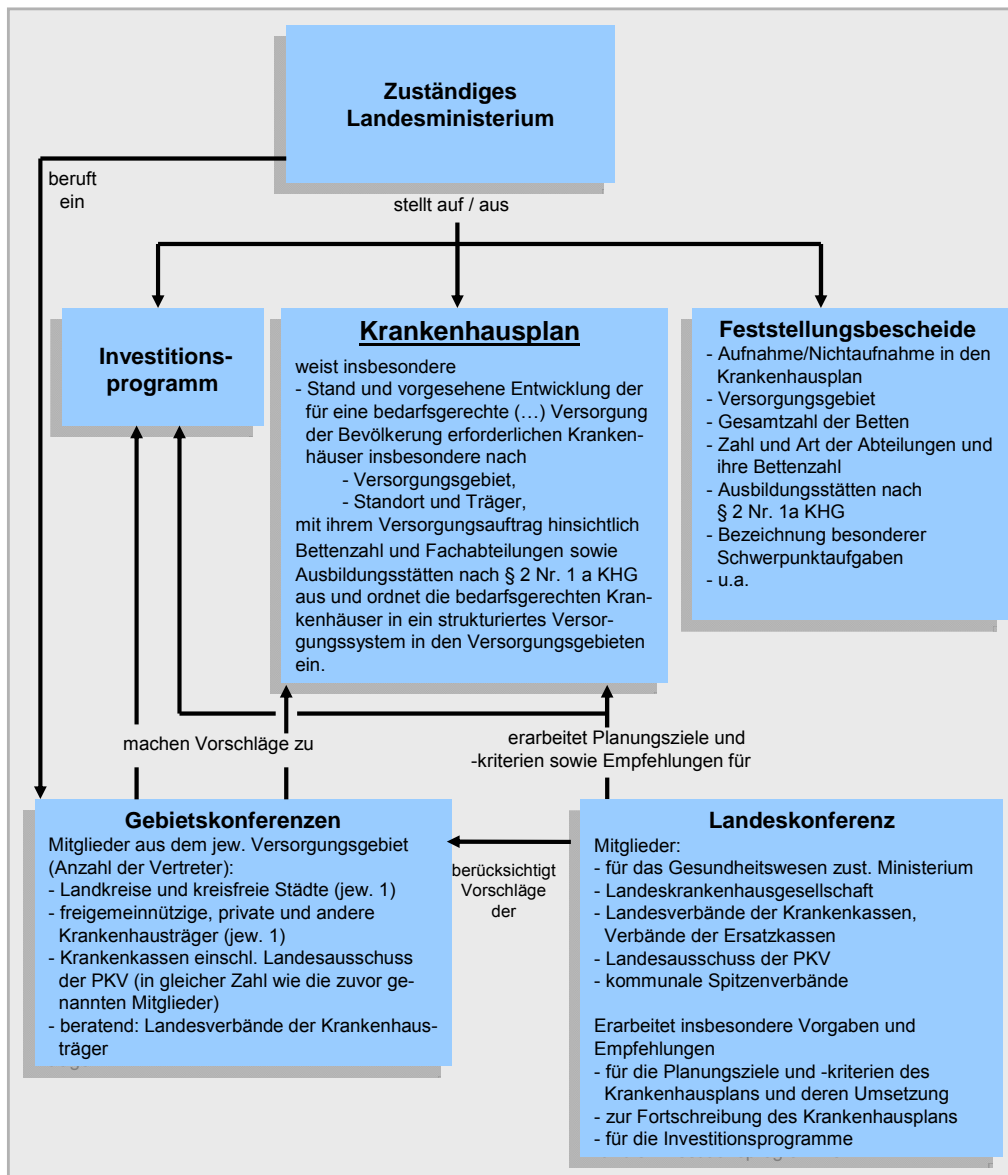
3.3.4 Brandenburg

Das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz stellt nach Anhörung des zuständigen Ausschusses des Landtages einen Krankenhausplan auf und schreibt ihn fort. Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte regional ausgeglichene, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Versorgungsgebiet, Standort und Träger, mit ihrem Versorgungsauftrag hinsichtlich Bettenzahl und Fachabteilungen sowie Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus. Die bedarfsgerechten Krankenhäuser ordnet er in ein strukturiertes Versorgungssystem in den Versorgungsgebieten ein.

Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes wirken in jedem Versorgungsgebiet gebildete Konferenzen und die Landeskonferenz für Krankenhausplanung mit (vgl. dazu Abbildung 3.13).

Die Gebietskonferenzen haben insbesondere die Aufgabe, dem zuständigen Ministerium auf der Grundlage der für die Krankenhausplanung maßgebenden Rahmendaten und unter Berücksichtigung der Vorgaben der Landeskonferenz projektbezogene Vorschläge zur Krankenhausplanung für ihr Versorgungsgebiet vorzulegen. Die Landeskonferenz erarbeitet die Vorgaben für die Planungsziele und -kriterien des Krankenhausplanes sowie Empfehlungen für die Umsetzung der Planungsziele und -kriterien unter Berücksichtigung der Vorschläge der Gebietskonferenzen, Empfehlungen zur Fortschreibung des Krankenhausplanes und zum Abschluss von Investitionsverträgen.

Abbildung 3.13: Krankenhausplanung in Brandenburg



Quelle: DKG.

Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85%. Eine Ausnahme bestehen für die Fachgebiete Kinder- und Jugendmedizin (80%) und Psychiatrie sowie Psychotherapie (90%).

Der Krankenhausplan ist unter Berücksichtigung der Kooperation von Brandenburg mit Berlin erstellt worden.

Aktueller Krankenhausplan: Dritter Krankenhausplan des Landes Brandenburg, (Veröffentlichung Amtsblatt für Brandenburg Nr. 77 vom 09. Juli 2008, online abrufbar unter: <http://www.brandenburg.de>)

3.3.5 Bremen

Der Krankenhausplan wird vom Senator für Gesundheit aufgestellt und auf Grundlage der tatsächlichen Entwicklung fortgeschrieben (vgl. dazu Abbildung 3.14). Er enthält Grundsätze der Krankenhausplanung und weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser sowie den aktuellen Bedarf insbesondere nach Zahl der Planbetten je Disziplin, medizinischen Schwerpunkten entsprechend der arbeitsteiligen Koordinierung, Standorten und Trägerschaft (Bedarfsanalyse) aus. Auf dieser Grundlage weist er die Prognose der erwarteten Entwicklung der einzelnen Disziplinen (Bedarfsprognose) aus und legt die für den Planungszeitraum vorgesehenen Anpassungsmaßnahmen fest.

Das Planungsverfahren für den im Vierjahresrhythmus erstellten Krankenhausplan verläuft in drei Phasen. In der ersten Phase erstellt die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales einen Rahmenplan. Dieser wird in der zweiten Phase durch zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassenverbänden konsenterte Vorschläge zu den krankenhausesbezogenen Maßnahmen (im Wesentlichen Anpassung der Zahl der Planbetten) ergänzt. Im Falle einer Nichteinigung bzw. einer Beanstandung der Vorschläge durch die Planungsbehörde würde eine Festsetzung durch die Senatorin für Gesundheit erfolgen. Im Anschluss (3. Phase) an diese Phase wird der endgültige Krankenhausplan vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales veröffentlicht. Alle drei Phasen werden dabei ständig vom Planungsausschuss begleitet.

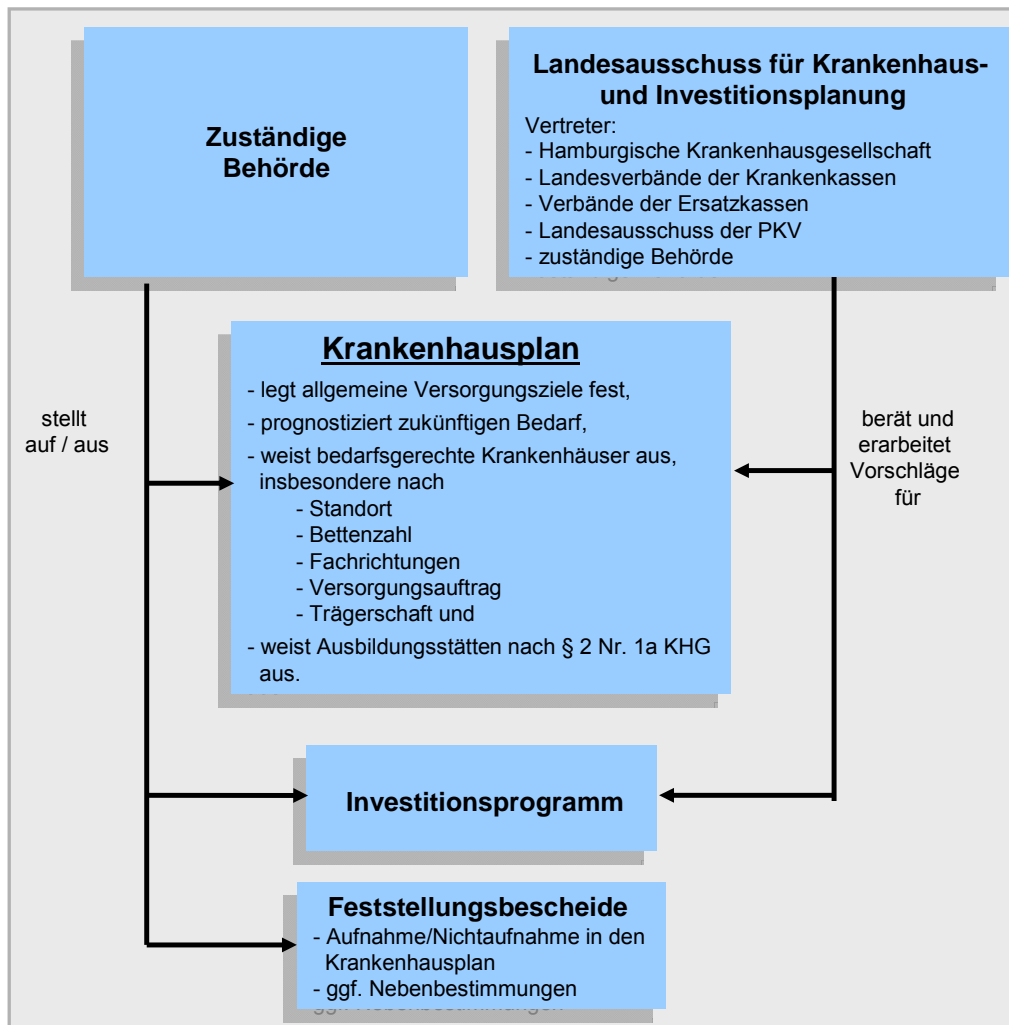
Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 87%. Ausnahmen gelten für: Pädiatrie 80%, Geburtshilfe 80%, Chirurgie 85%, Gynäkologie 85%, HNO-Heilkunde 85%, Augenheilkunde 85%.

Aktueller Krankenhausplan: Krankenhausplan 2006-2009 (Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen Nr. 39 vom 09. März 2007, Bekanntmachung des Landeskrankenhausplanes 2006-2009, S. 301, online abrufbar unter: <http://www.soziales.bremen.de/Gesundheit/Krankenhäuser/Landeskrankenhausplanung>)

3.3.6 Hamburg

Der Krankenhausplan legt die allgemeinen Versorgungsziele fest und prognostiziert den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Methoden, insbesondere unter Berücksichtigung der Entwicklung der Krankheitsarten, der Bevölkerungszahl, der Bevölkerungsstruktur, der Krankenhaushäufigkeit, der Verweildauer, der Bettenausnutzung sowie vor- und nachstationärer Leistungsangebote (vgl. dazu Abbildung 3.15).

Abbildung 3.15: Krankenhausplanung in Hamburg



Quelle: DKG.

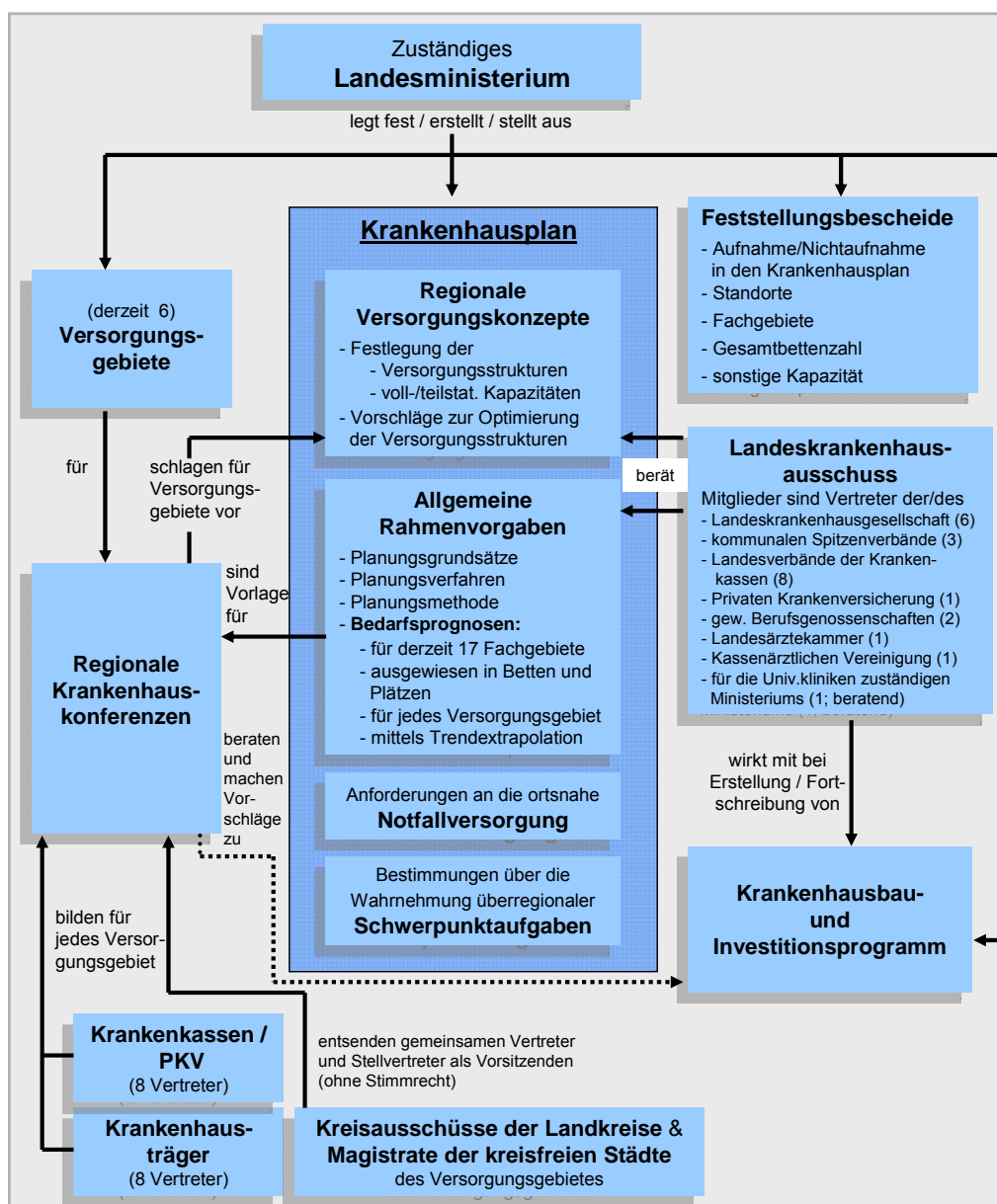
Der aktuelle „Krankenhausplan 2010“ wurde im Dezember 2007 veröffentlicht. Auf Basis der Belegungsdaten des Jahres 2008 erfolgte im August 2009 eine Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2010. Für den Herbst 2010 wird die Verabschiedung des neuen Krankenhausplans 2015 angestrebt.

Aktueller Krankenhausplan: Krankenhausplan 2010 der Freien und Hansestadt Hamburg, veröffentlicht im Dezember 2007, in Verbindung mit Zwischenfortschreibung 2009 des Krankenhausplans 2010, veröffentlicht im August 2009, online abrufbar unter: <http://www.krankenhaeuser.hamburg.de>

3.3.7 Hessen

Der Krankenhausplan gliedert sich in einen Allgemeinen Teil und in einen Besonderen Teil und wird von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium, unter Mitwirkung des Landeskrankenhausausschuss und der regionalen Krankenhauskonferenzen, aufgestellt und in angemessenen Zeitabständen fortgeschrieben (vgl. dazu Abbildung 3.16). Der Allgemeine Teil beschreibt das zugrunde zu legende Planungsverfahren, definiert die Planungsparameter und beinhaltet eine Prognose des Bettenbedarf sowohl auf Landesebene als auch der Ebene der regionalen Krankenhausversorgungsgebiete – insgesamt und auch differenziert nach den einzelnen medizinischen Fachgebieten – bezogen auf ein bestimmtes Zieljahr. Er besteht somit aus allgemeinen Rahmenvorgaben, beschreibt darüber hinaus die Anforderungen an die ortsnahe Notfallversorgung und enthält Bestimmungen über die Wahrnehmung überörtlicher Schwerpunktaufgaben für spezielle medizinische Fachgebiete.

Abbildung 3.16: Krankenhausplanung in Hessen



Quelle: DKG.

Die Bedarfsermittlung erfolgt auf der Grundlage der (modifizierten) Hill-Burton-Formel. Die dazu benötigten Planungsvariablen „Fallzahlentwicklung“ und „Verweildauerentwicklung“ werden auf der Basis eines mathematisch-statistischen Prognosemodells trendextrapoliert.

Die Auslastungsgrade werden im aktuellen Krankenhausplan in Abhängigkeit von der Verweildauer festgelegt und stellen sich im aktuellen Hessischen Krankenhausrahmenplan 2009 – Allgemeiner Teil – wie folgt dar:

Verweildauer (Bezugsgröße)	Normauslastung
Unter 5,5 Tage	80,0%
5,5 bis unter 7,0 Tage	82,5%
7,0 bis unter 9,0 Tage	85,0%
9,0 bis unter 13,5 Tage	87,5%
13,5 Tage und höher	90,0%

In jedem Versorgungsgebiet gibt es auf der Grundlage des Hessischen Krankenhausgesetzes eine regionale Krankenhauskonferenz, die insbesondere die Aufgabe hat, basierend auf dem Allgemeinen Teil des Krankenhausrahmenplans regionale Versorgungskonzepte zu entwickeln und fortzuschreiben sowie dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium Vorschläge für die Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplanes zu machen. Die regionalen Versorgungskonzepte sind im Landeskrankenhausausschuss zu beraten, müssen von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium genehmigt werden und werden zum Besonderen Teil des Landeskrankenhausplans (Hessischer Krankenhausrahmenplan – Besonderer Teil) zusammengefasst. Der Besondere Teil des Krankenhausplans beschreibt somit die Struktur der stationären Versorgung im Bundesland und in den regionalen Versorgungsgebieten und ist Grundlage für die krankenhauserischen Feststellungsbescheide.

In Fachgebieten mit besonderen Leistungs- und Versorgungsanforderungen wird die Bedarfs- und Standortplanung ungeachtet der regionalen Planungskompetenzen versorgungsgebietsübergreifend durch das Land vorgenommen. Dies gilt derzeit für die Fachgebiete Herzchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, die zusammengefassten Fachgebiete Strahlentherapie und Nuklearmedizin, die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für die Versorgung bei schwerer Schädel-Hirn-Schädigung in der neurologischen Behandlungsphase B. Darüber hinaus werden übergeordnet als besondere Aufgaben im Sinne des § 17 Abs. 5 HKHG die Einrichtung von Perinatalzentren LEVEL 1, Onkologischen Zentren, Transplantationszentren, Abteilungen zur Versorgung von Schwerbrandverletzten und einer Isoliereinheit für hochkontagiöse Infektionskrankheiten bestimmt.

Die Umsetzung des Hessischen Krankenhausrahmenplans 2009 - Allgemeiner Teil - in die regionalen Versorgungskonzepte durch die regionalen Krankenhauskonferenzen und die darauf aufsetzende Erstellung des Hessischen Krankenhausrahmenplans 2009 - Besonderer Teil - wurde vom Hessischen Ministerium für Familie, Arbeit und Gesundheit bis auf weiteres ausgesetzt. Dies erfolgte vor dem Hintergrund, dass eine umfassende Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes Hessen unmittelbar

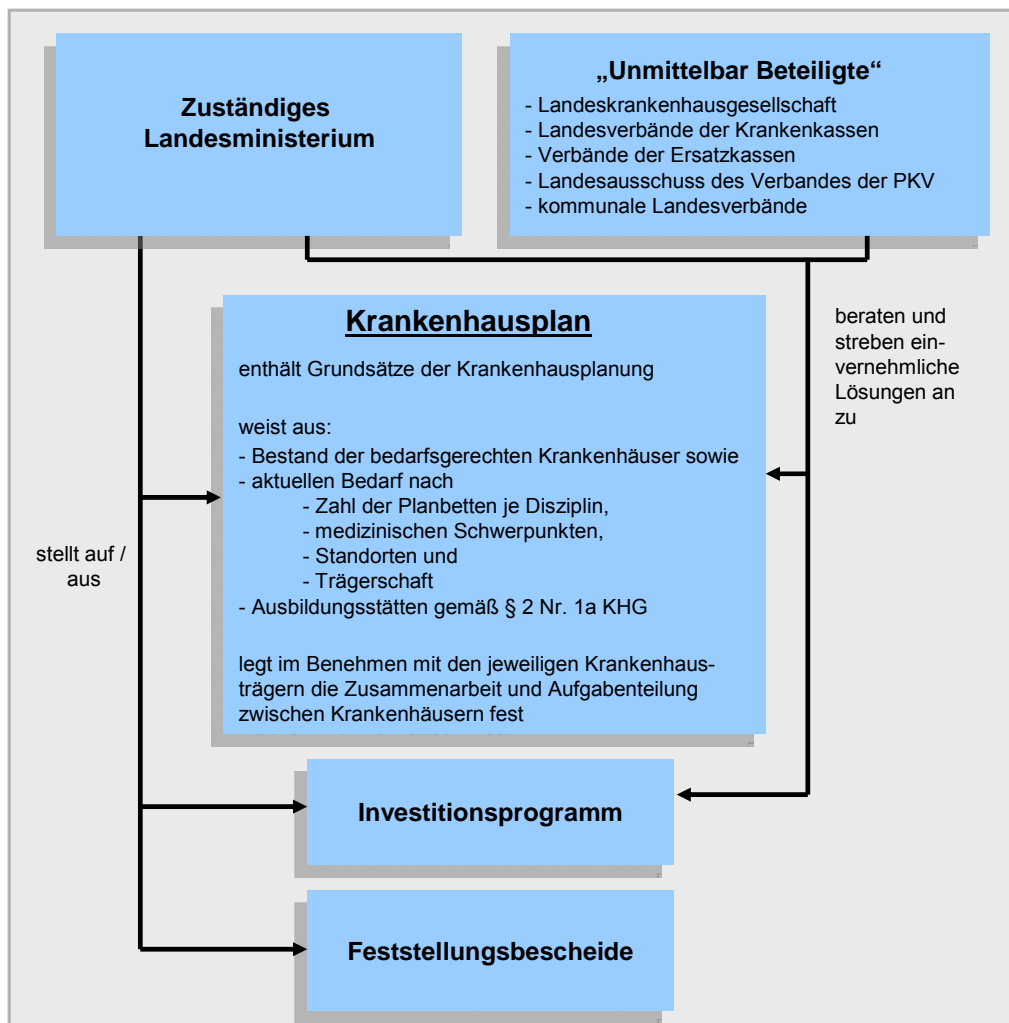
bevorsteht, die auf einen Verzicht auf eine bettenbezogene Landeskrankenhausplanung abstellt.

Aktueller Krankenhausplan: Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009 - Allgemeiner Teil sowie Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005 - Besonderer Teil: Regionale Planungskonzepte

3.3.8 Mecklenburg-Vorpommern

Der vom Sozialministerium erlassene Krankenhausplan enthält Grundsätze der Krankenhausplanung und weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser sowie den aktuellen Bedarf insbesondere nach Zahl der Planbetten je Disziplin, medizinischen Schwerpunkten, Standorten und Trägerschaft aus (vgl. dazu Abbildung 3.17). Auf dieser Grundlage stellt er die Prognose der erwarteten Entwicklung der einzelnen Disziplinen (Bedarfsprognose) dar und legt die für den Planungszeitraum vorgesehenen Anpassungsmaßnahmen fest.

Abbildung 3.17: Krankenhausplanung in Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: DKG.

Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85%. Ausnahmen gelten für: Kinderheilkunde/Kinderchirurgie 75%, Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie 90%, Beleg-

betten 75%. Zudem ist eine Aufstockung der Betten in dem Bereich Psychiatrie vorgesehen.

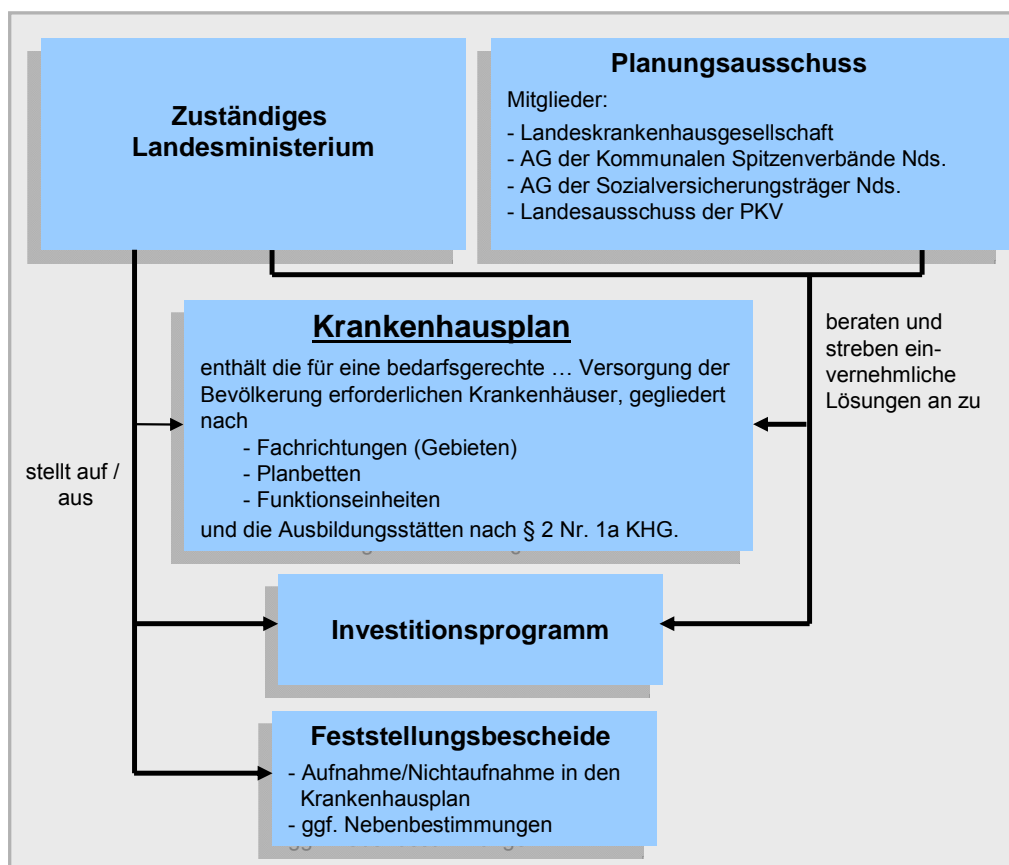
Die Laufzeit des aktuellen Krankenhausplans wurde im Oktober 2009 bis zum 31. Dezember 2010 verlängert.

Aktueller Krankenhausplan: Vierter Krankenhausplan für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Amtsblatt für das Land Mecklenburg-Vorpommern Nr. 2 vom 7. Januar 2005, S. 17ff., online abrufbar unter: http://www.sozial-mv.de/doku/1_88.pdf)

3.3.9 Niedersachsen

Der Krankenhausplan wird vom Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit aufgestellt und jährlich fortgeschrieben (vgl. dazu Abbildung 3.18). Er enthält die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach der Fachrichtung (Gebieten), Planbetten und Funktionseinheiten, sowie den Ausbildungsstätten.

Abbildung 3.18: Krankenhausplanung in Niedersachsen



Quelle: DKG.

Die Bettenprognose nach Fachrichtungen richtet sich nach den Fachgebieten der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen und wird mit einer Trendextrapolation des Bettenangebotes auf Basis des tatsächlich zu versorgenden Bedarfs ermittelt.

Für die Fachrichtungen werden dabei durchschnittliche Auslastungsgrade von 85% berücksichtigt. Ausnahmen gelten für: Kinderheilkunde 80%, Psychiatrie und Psycho-

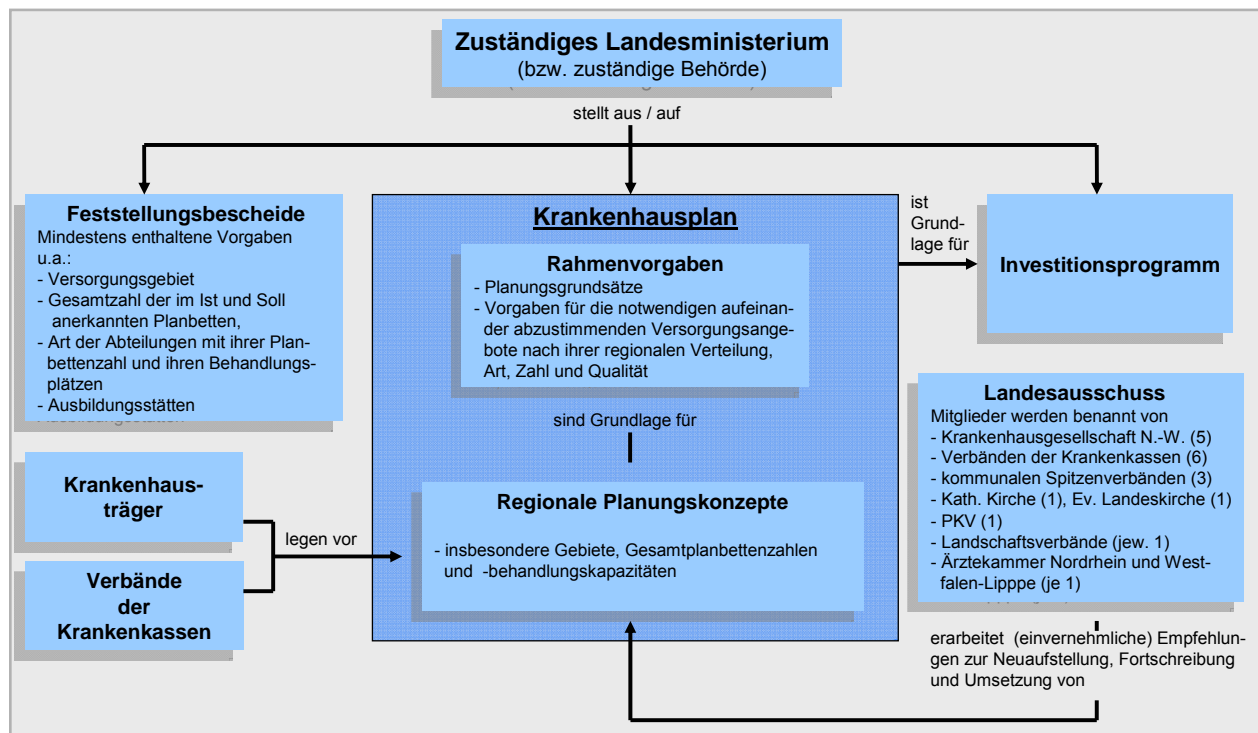
therapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 90%.

Aktueller Krankenhausplan: Niedersächsischer Krankenhausplan 2010, Stand: 1. Januar 2010, 25. Fortschreibung (online abrufbar unter: <http://www.ms.niedersachsen.de>)

3.3.10 Nordrhein-Westfalen

Das zuständige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) stellt einen Krankenhausplan auf und schreibt ihn fort (vgl. dazu Abbildung 3.19). Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG aus und besteht nach § 12 KHGG NRW aus den Rahmenvorgaben und den regionalen Planungskonzepten.

Abbildung 3.19: Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen



Quelle: DKG.

Der Rahmenplan von NRW gilt seit dem 01.01.2002. Mit Inkrafttreten des KHGG NRW haben die Vorbereitungen zur Erarbeitung eines neuen Krankenhausplans begonnen. Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Auf Grundlage der Rahmenvorgaben legt das zuständige Ministerium insbesondere Gebiete, Gesamtplanbettenzahlen und Gesamtbehandlungsplatzkapazitäten abschließend fest.

Die im derzeit vorliegenden Krankenhausplan (Erstellung erfolgte noch nach altem Recht) vorgegebenen Auslastungsgrade betragen für Kinderheilkunde/-chirurgie 75%, für Disziplinen mit weniger als fünf Tagen Verweildauer 77,5%, für Disziplinen

mit fünf und weniger als sieben Tagen Verweildauer 80%, für Disziplinen mit sieben und weniger als neun Tagen Verweildauer 82,5%, für Disziplinen mit neun und weniger als elf Tagen Verweildauer 85%, und ab elf Tagen 87,5%.

Eine besondere Erwähnung finden derzeit u. a. die Regelungen von Stroke Units (inkl. Definition der Behandlung) und Palliativstationen.

Aktueller Krankenhausplan: Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen – Rahmenvorgaben (online abrufbar unter: <http://www.kgnw.de>, Rubrik Download, Gesetze/Verordnungen).

3.3.11 Rheinland-Pfalz

In dem Krankenhausplan werden alle gegenwärtig und zukünftig für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach Versorgungsstufen und Versorgungsgebieten, aufgenommen. Der Krankenhausplan umfasst die gegenwärtige und die zukünftige Aufgabenstellung der einzelnen Krankenhäuser, die Art und die Anzahl der Fachabteilungen und Versorgungsschwerpunkte sowie die Zahl der Krankenhausbetten (Planbetten) und ihre Aufteilung auf die einzelnen Fachabteilungen. Aufgestellt wird der Krankenhausplan in mehrjährigen Zeitabständen vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit nach Erörterung im Ausschuss für Krankenhausplanung und nach Anhörung von weiteren im Bereich des Krankenhauswesens tätigen Verbänden und Organisationen (vgl. dazu Abbildung 3.20).

Der aktuelle Krankenhausplan 2003 wird voraussichtlich im Herbst 2010 durch einen neuen Krankenhausplan abgelöst. Dieser wird eine Laufzeit bis zum Jahr 2016 haben und u. a. die folgenden Maßnahmen enthalten:

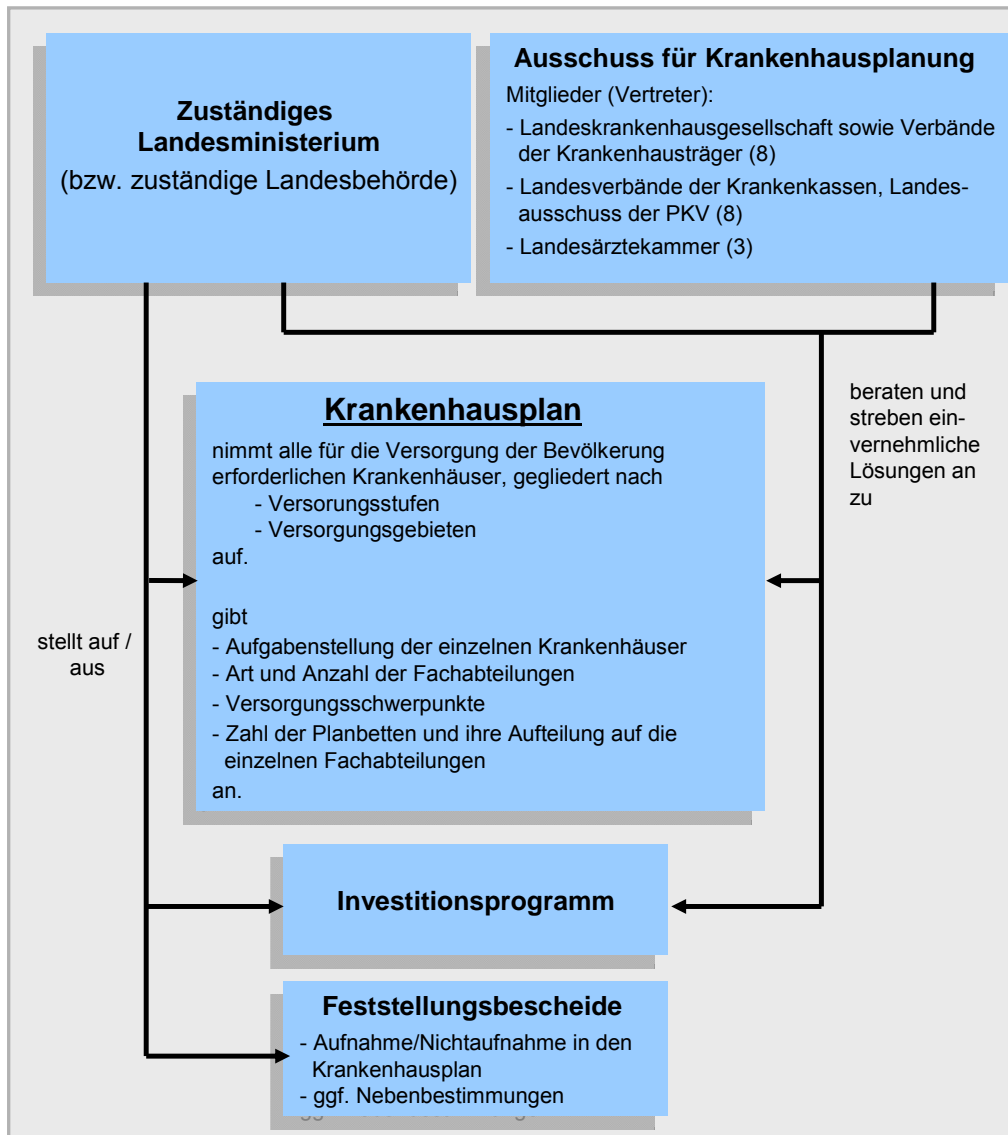
- **Rücknahme der Planungstiefe**
Künftig soll statt bisher der Fachabteilung nur noch eine Fachrichtung mit zugehöriger Anzahl der Planbetten ausgewiesen werden. Dem Krankenhausträger bleibt überlassen, ob er die Leistung als Haupt- oder Belegleistung anbietet.
- **Planung modellhafter interdisziplinärer Versorgungsstrukturen**
Modellhaft soll an einer Klinik eine Fachrichtung „Interdisziplinäre Versorgung“ erprobt werden. Es handelt sich dabei um eine „vertragsärztliche Fachabteilung“ mit 30 Planbetten und Grundversorgungsangeboten, wie z. B. HNO, Gynäkologie, Urologie. Das Modellprojekt soll evaluiert werden.
- **„Qualitätsorientierte Impulse“**
Die Patientenversorgung soll durch sog. qualitätsorientierte Impulse verbessert werden. Dazu sollen Krankenhäuser, die gefäßchirurgischen Leistungen erbringen, bis 31.12.2012 sich von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie zertifizieren lassen. Von der Verpflichtung zur Zertifizierung ausgenommen sind Krankenhäuser, die neben allgemein-chirurgischen Leistungen ausschließlich varizenchirurgische Leistungen erbringen.

- **Neue Fachrichtungen**

Folgende neue Fachrichtungen werden geplant:

- Geriatrie
- Thoraxchirurgie
- Orthopädie, konservativ
- Unfallchirurgie / Orthopädie
- Naturheilmedizin
- interdisziplinäre Versorgung.

Abbildung 3.20: Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz



Quelle: DKG.

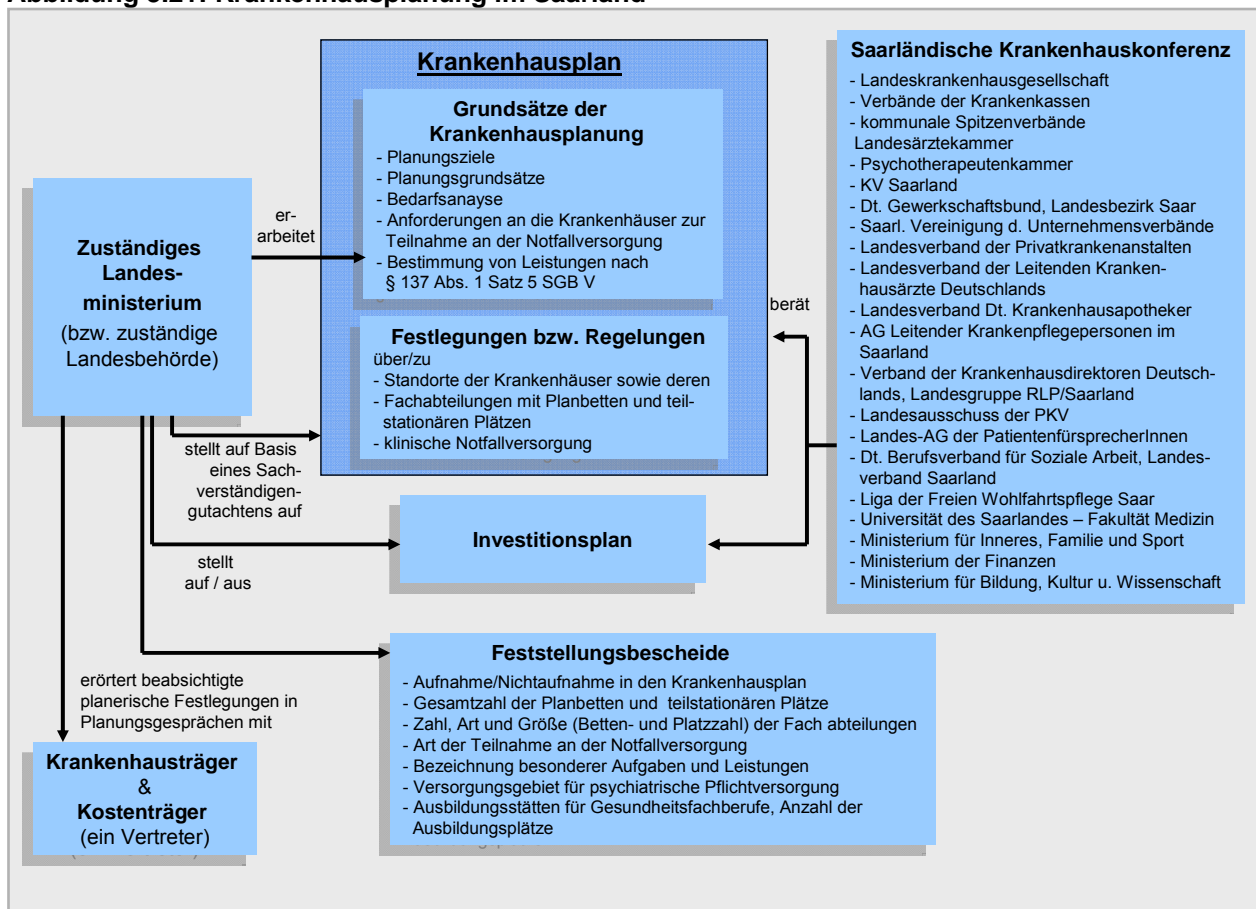
Aktueller Krankenhausplan: Landeskrankenhausplan 2003, Veröffentlichung im Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz, online abrufbar unter:

<http://www.masgff.rlp.de/gesundheit/krankenhauswesen/planung/>

3.3.12 Saarland

Das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (Krankenhausplanungsbehörde) stellt auf der Basis eines von einem Sachverständigen erstellten Gutachtens über die konkrete Versorgungssituation und den künftig zu erwartenden Versorgungsbedarf einen Krankenhausplan für das Saarland auf. Die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt im Benehmen mit dem Ministerium der Finanzen und unter Mitwirkung der saarländischen Krankenhauskonferenz sowie der unmittelbar an der Krankenhausversorgung Beteiligten. Der Krankenhausplan weist die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser aus (vgl. dazu Abbildung 3.21).

Abbildung 3.21: Krankenhausplanung im Saarland



Quelle: DKG.

Für das Gutachten, auf dessen Basis der aktuelle Krankenhausplan aufgestellt wurde, hat die Planungsbehörde zur Berechnung des Kapazitätenbedarfs die folgenden verweildauerunabhängigen Normauslastungsgrade vorgegeben:

Normauslastung	Fachgebiet
90%	Psychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie Geriatric
75%	Kinderheilkunde
85%	übrige Fachgebiete

Für die tagesklinischen Plätze wurde ein Normauslastungsgrad von 95% zugrunde gelegt (bezogen auf 250 Tage).

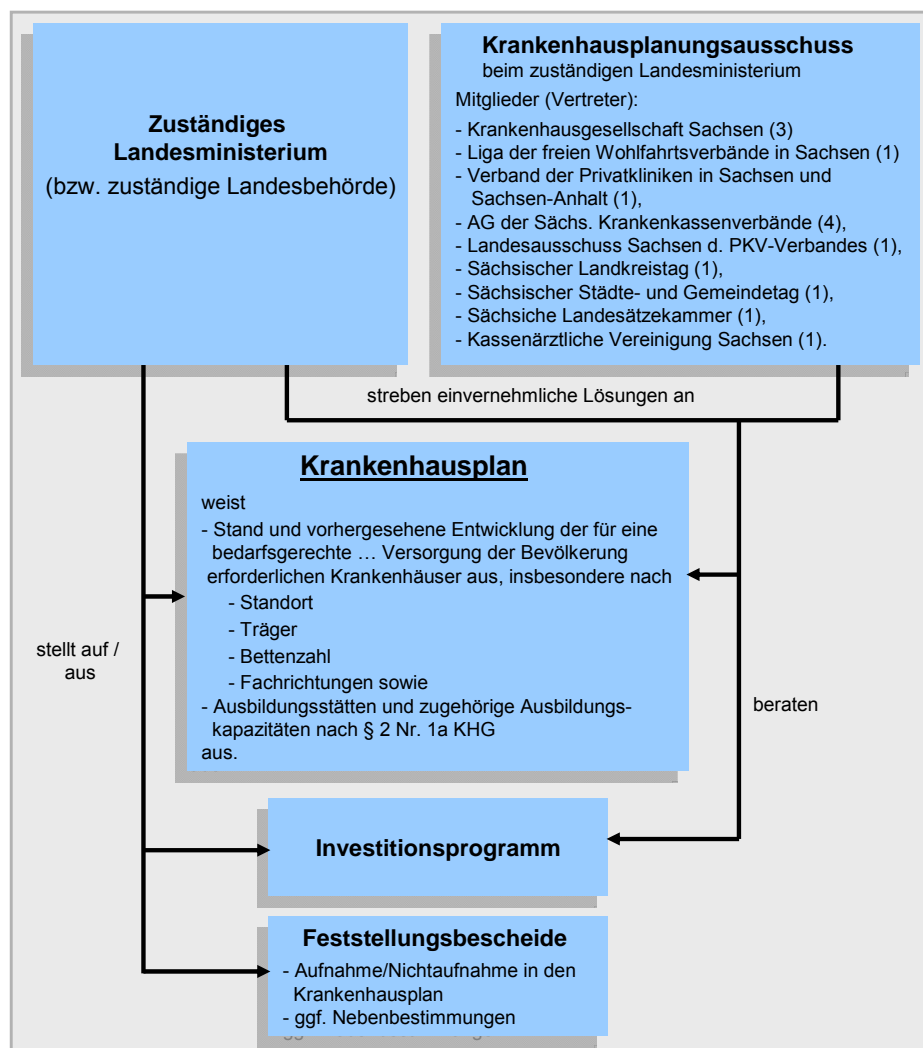
Der Planungszeitraum des aktuellen Krankenhausplans erstreckt sich vom 01. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2010. Bei notwendigen Veränderungen kann der Krankenhausplan auch während des Planungszeitraums fortgeschrieben werden.

Aktueller Krankenhausplan: Krankenhausplan für das Saarland 2006 – 2010 (online abrufbar unter: <http://www.soziales.saarland.de>)

3.3.13 Sachsen

Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die Ausbildungsstätten und dazugehörige Ausbildungskapazitäten aus. Das zuständige Staatsministerium wird durch das Mitwirken der Beteiligten, u. a. der Krankenhausgesellschaft Sachsen, in einem Krankenhausplanungsausschuss unterstützt (vgl. dazu Abbildung 3.22).

Abbildung 3.22: Krankenhausplanung in Sachsen



Quelle: DKG.

Die Bedarfsanalyse basiert auf den folgenden Bettennutzungsgraden (Sollwerte):

Fachgebiet bzw. Schwerpunkt nach Weiterbildungsordnung	Bettennutzungsgrad (Soll) in %
<u>Somatische Fachgebiete</u>	
<i>Hauptabteilungen</i>	
Augenheilkunde	80
Chirurgie	80
darunter Orthopädie und Unfallchirurgie	85
darunter Herzchirurgie	85
darunter Kinderchirurgie	75
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	80
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	82
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	85
Innere Medizin u. Allgemeinmedizin	82
Kinder- und Jugendmedizin	75
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	85
Neurochirurgie	88
Neurologie	85
Nuklearmedizin	80
Strahlentherapie	88
Urologie	82
<i>Alle Belegabteilungen</i>	60
<u>Vom KHEntgG ausgenommene Fachgebiete</u>	
Psychiatrie u. Psychotherapie	90
Kinder- u. Jugendpsychiatrie- u. -psychotherapie	90
Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	90

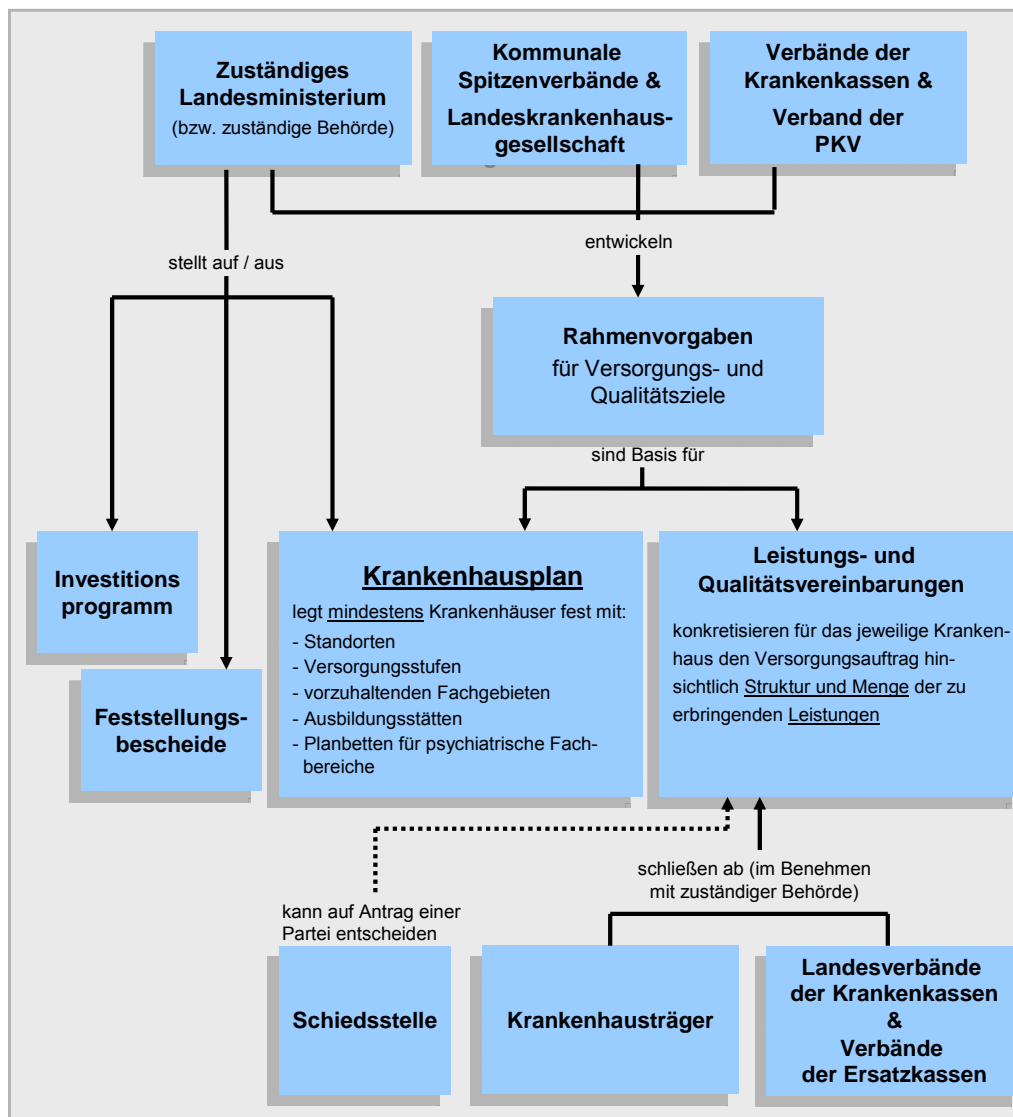
Mittels Gewichtung der fachgebietsbezogenen Bettennutzungsgrad-Sollwerte mit den Pflgetagen je Fachgebiet wurde bei der Bedarfsermittlung für die somatischen Fachgebiete für jedes Krankenhaus ein durchschnittlicher individueller Bettennutzungsgrad zugrunde gelegt.

Aktueller Krankenhausplan: Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, 9. Fortschreibung vom 9. Dezember 2008 (veröffentlicht für die Jahre 2009 und 2010 im Sächsischen Amtsblatt Sonderdruck 1/2009 v. 31.01.2009, online erhältlich/bestellbar unter: <http://www.recht-sachsen.de>). Zwischenzeitlich wurde der Krankenhausplan mit geringfügigen Änderungen bei einzelnen Einrichtungen für das Jahr 2011 verlängert.

3.3.14 Sachsen-Anhalt

Der Krankenhausplan wird vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit aufgestellt und von der Landesregierung beschlossen. Er ist in mindestens zweijährigem Turnus zu überprüfen und legt auf Basis der Rahmenvorgaben nach § 3 Abs. 2 KHG LSA mindestens Krankenhäuser mit Standorten, Versorgungsstufen und vorzuhaltenden Fachgebieten sowie Ausbildungsstätten fest (vgl. dazu Abbildung 3.23). Für die psychiatrischen Fachbereiche werden bis auf Weiteres Planbetten ausgewiesen.

Abbildung 3.23: Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt



Quelle: DKG.

Auslastungsgrade werden im Krankenhausplan nicht angegeben. Derzeit erfolgt eine Überprüfung des aktuellen Krankenhausplans.

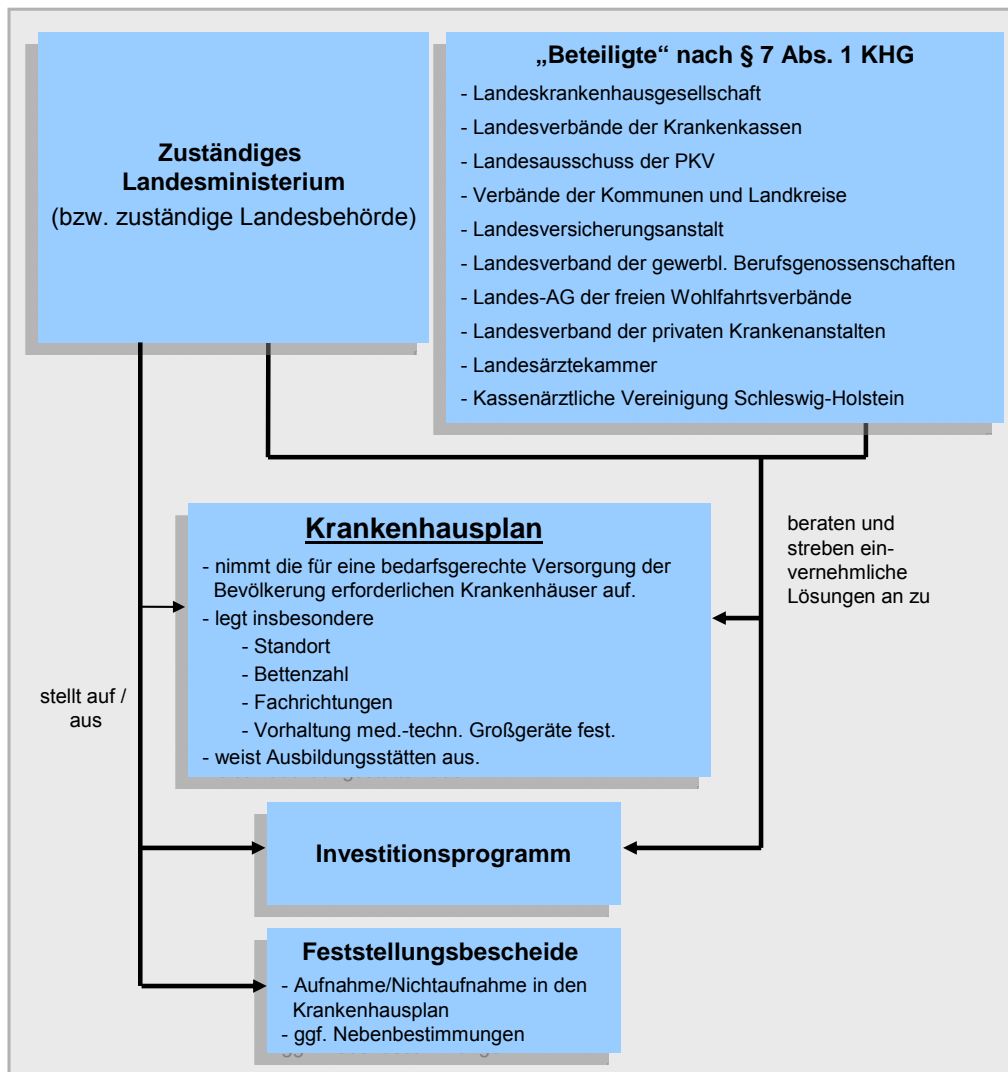
Aktueller Krankenhausplan: Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt ab 2008 (13. Fortschreibung, veröffentlicht im Ministerialblatt für das Land Sachsen-Anhalt Nr. 35 vom 06.10.2008, online abrufbar unter:

http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/fileadmin/Elementbibliothek/Master-Bibliothek/Gesundheit/Krankenhausplan/Krankenhausplan_2008.pdf

3.3.15 Schleswig-Holstein

Das Gesundheitsministerium stellt den Krankenhausplan auf und passt ihn der Entwicklung an. Der Plan ist mindestens alle sechs Jahre fortzuschreiben. Er legt insbesondere den Standort, die Bettenzahl, die Fachrichtungen sowie die Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte der Krankenhäuser fest und weist die Ausbildungsstätten aus (vgl. dazu Abbildung 3.24). Der aktuelle Krankenhausplan legt neben der Gesamtbettenzahl auch die Gesamtfallzahl des Krankenhauses fest. Daneben erfolgt ein nachrichtlicher Ausweis abteilungsbezogener Fallzahlen. Betten je Fachrichtung werden nicht ausgewiesen.

Abbildung 3.24: Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein



Quelle: DKG.

Im Krankenhausplan wird zudem eine Zusammenarbeit zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg berücksichtigt.

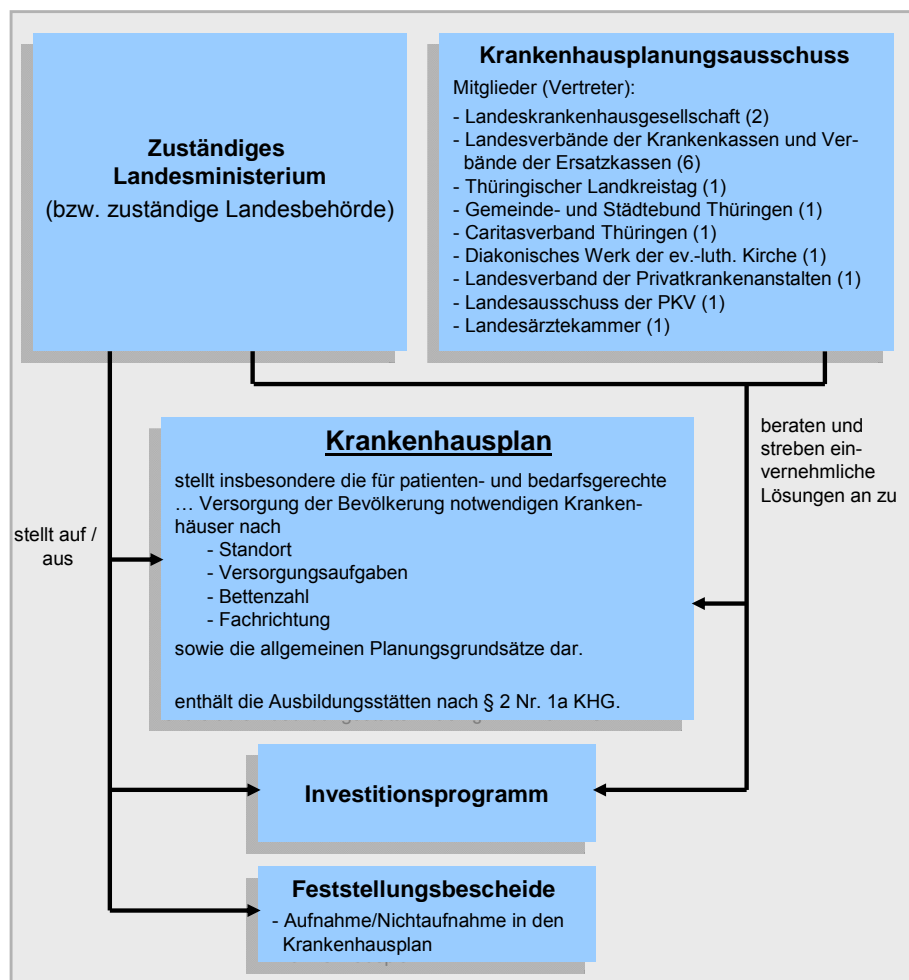
Bei der Ermittlung des Bettensolls zum 01. Januar 2010 wurde als Richtwert für die Auslastung grundsätzlich 86 v. H. festgelegt. Ausnahmen gelten für die Psychiatrie/Psychosomatik (90 v.H.), die Pädiatrie (80 v. H.), die Gynäkologie/Geburtshilfe (85 v. H.) und die Belegabteilungen/Belegkrankenhäuser (75 v. H.).

Aktueller Krankenhausplan: Krankenhausplan 2010 des Landes Schleswig-Holstein (veröffentlicht im Amtsblatt Schleswig-Holstein Nummer 3, 2010), online abrufbar unter: <http://landesregierung.schleswig-holstein.de>.

3.3.16 Thüringen

Das Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit stellt einen Krankenhausplan auf, der die notwendigen Krankenhäuser nach Standort, Versorgungsaufgaben, Bettenzahl, Fachrichtung sowie die allgemeinen Planungsgrundsätze festlegt. Der Krankenhausplan enthält auch die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG und soll in angemessenen Zeiträumen, spätestens jedoch nach fünf Jahren, fortgeschrieben (vgl. dazu Abbildung 3.25) werden.

Abbildung 3.25: Krankenhausplanung in Thüringen



Quelle: DKG.

Der aktuell geltende 5. Thüringer Krankenhausplan war ursprünglich als Übergangsplan mit einer Laufzeit von zwei Jahren konzipiert worden; wegen der fehlenden Novellierung des Thüringer Krankenhausgesetzes wird der vom Gesetz eingeräumte Zeitraum für die Fortschreibung (5 Jahre) nach den aktuellen Planungen voll ausgeschöpft. Der Krankenhausplan enthält sowohl Elemente der Abkehr von einer kapazitätsorientierten Bettenplanung als auch der Hinwendung zu einer qualitätsorientierten Leistungsplanung und beschreibt bereits in Grundzügen die Planungsmethodik sowie

die Aufgabenstellungen für die Beteiligten für den 6. Thüringer Krankenhausplan, der zum 01.01.2010 in Kraft treten wird

Die bei der Bedarfsprognose berücksichtigten Soll-Auslastungsgrade betragen 85%. Ausnahmen gelten für die Kinderheilkunde 75%, die Orthopädie 90%, die Psychiatrie 90% und die Kinderchirurgie 75%.

Aktueller Krankenhausplan: 5. Thüringer Krankenhausplan (gültig seit 1. Januar 2006, online abrufbar unter: <http://www.thueringen.de/de/tmsfg/index.html>)

3.4 Vorgaben zur Notfallversorgung innerhalb der Krankenhauspläne

Tabelle 3.5: Vorgaben zur Notfallversorgung innerhalb der Krankenhauspläne

Bundesland	Inhalt
Baden-Württemberg	Vorgaben zur Notfallversorgung von Mehrfachverletzten und Hirnverletzten: Strukturvorgaben für die teilnehmenden Krankenhäuser, Vorgaben zur Einlieferung durch den Rettungsdienst, Auflistung der teilnehmenden Krankenhäuser u. a.
Bayern	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan
Berlin	Auflistung der Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen und Zuordnung dieser Krankenhäuser in eine der drei dafür vorgesehenen Versorgungsstufen („Erste-Hilfe-Krankenhäuser“, Unfall-Krankenhäuser“ oder „Unfallschwerpunkt-Krankenhäuser“). Zukünftig ist ein zweistufiges (Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren) Versorgungssystem vorgesehen, für das im Krankenhausplan konkrete medizinische und organisatorische Anforderungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung beschrieben werden.
Brandenburg	Keine Benennung von einzelnen an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern. Allgemeine Formulierung im 3. Krankenhausplan: „An der Notfallversorgung sollen alle Allgemeinkrankenhäuser, die mindestens über eine Abteilung Chirurgie und eine Abteilung Innere Medizin verfügen, sowie Fachkrankenhäuser entsprechend ihrer Spezialisierung nach Maßgabe des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes teilnehmen.“
Bremen	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan
Hamburg	Auflistung der Krankenhäuser, die uneingeschränkt bzw. eingeschränkt an der Not- und Unfallversorgung teilnehmen
Hessen	Festlegung von Struktur und Umfang der klinischen Notfallversorgung als Mindestanforderungen: Vorzuhaltende Fachabteilungen, Erreichbarkeit, Kapazitäten u. a. (im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans); Festlegung der Notfallstandorte bzw. an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser (im Besonderen Teil des Krankenhausplans)
Mecklenburg-Vorpommern	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan

Niedersachsen	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan
Nordrhein-Westfalen	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan, Erläuterung der gegenwärtigen Notfallversorgung.
Rheinland-Pfalz	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan
Saarland	Generelle Verpflichtung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 10 Abs. 1 SKHG Festlegung von Mindestvoraussetzungen zur Teilnahme an der qualifizierten klinischen Notfallversorgung (unbeschadet der gesetzl. Verpflichtung zur Erstversorgung), differenziert nach „Basisnotfallversorgung“ und „erweiterter fachspezifischer Notfallversorgung“
Sachsen	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan
Sachsen-Anhalt	Regelung erfolgt innerhalb der „Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA“
Schleswig-Holstein	Auflistung der Voraussetzungen zur Teilnahme an der Notfallversorgung: <ul style="list-style-type: none"> - Gewährleistung einer 24-stündigen Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht sowie an den Wochenenden alleine oder im Rahmen eines Klinikverbundes gemeinsam, - Meldung gegenüber der Rettungsleitstelle oder einer anderweitig benannten stationären Notfallstelle, - Möglichkeit der Intensivüberwachung und -beatmung, soweit dies nach dem Versorgungsauftrag erforderlich ist, - Vorhaltung eines 24-stündigen ärztlichen Anwesenheitsdienstes bei der i. d. R. interdisziplinär organisierten Intensivüberwachung - Im Regelfall Einrichtung eines Notarztstandortes an den Notfallkrankenhäusern bzw. dem Notfallverbund. Bei Erfüllung der Voraussetzungen erfolgt ein Ausweis im Planungseinzelblatt.
Thüringen	„Notfall- und Katastrophenbettenplanung“: Vorgaben zur kurzfristigen Vorhaltung von entsprechenden Behandlungskapazitäten für eine hohe Zahl krankenhausbedürftiger Patienten, die in ihrem Umfang über den Bedarf bei allgemeinen, zivilen Unglücksfällen hinausgehen, treffen.

3.5 Qualitätskriterien und -festlegungen in der Krankenhauspläne

Tabelle 3.6: Qualitätskriterien und -festlegungen in der Krankenhausplanung

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
Baden-Württemberg	Der Krankenhausplan benennt die Qualität der Versorgung als eines der Ziele der Krankenhausplanung. Qualitätskriterien finden derzeit allerdings nur in Form von Strukturvorgaben bei Fachplanungen Umsetzung in der Krankenhausplanung. Auch die Zuweisung besonderer Aufgaben im Rahmen der Krankenhausplanung dient der Sicherung der Versorgungsqualität durch Konzentration in Zentren. Dies betrifft beispielsweise die Herzchirurgie, Stroke Units und Weaning-Patienten.

	<p>Vorgaben für Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte: Erfüllung der vom Landesbeirat "Onkologie" verabschiedeten "Grundsätze und Kriterien für die Voraussetzungen eines onkologischen Schwerpunkts".</p> <p>Geriatric: Vorgaben für die Personalausstattung von geriatrischen Schwerpunkten und Zentren entsprechend Geriatric-Konzept</p> <p>Geburtshilfe: Geburtshilfliche Stationen: mindestens 500 Geburten/Jahr (Soll)</p>
Bayern	<p>Der Krankenhausplan enthält keine Qualitätskriterien/ -festlegungen. Ausnahme: Fachprogramm Palliativversorgung und Akutgeriatric: Festlegung von Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.</p>
Berlin	<p>Im Krankenhausplans werden Versorgungskonzepte (z. B. Kardiologie) und Versorgungsschwerpunkte (z. B. Tumormedizin) beschrieben, "die die Grundlage für qualitätsfördernde Vereinbarungen zwischen den Vertragsparteien sein können" (Fortschreibung 2006, S. 17)</p> <p>Vorgaben für Gefäßmedizin: "Prinzipiell gelten bei Krankenhäusern mit gefäßmedizinischem Versorgungsauftrag Abteilungen für Gefäßchirurgie und Angiologie als in den Krankenhausplan aufgenommen. Verpflichtend für diese Häuser ist, dass sie die Empfehlungen der Fachgesellschaften erfüllen und sich an bestehenden Qualitätszirkeln, beispielsweise bei der Ärztekammer Berlin, beteiligen. Ein entsprechender Nachweis ist gegenüber den Kostenträgern bei den Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien zu führen. Bei Nichterfüllung dieser Voraussetzungen kann der gefäßmedizinische Versorgungsauftrag entzogen werden."</p> <p>Kardiologie: Als Grundlage für den Abschluss ergänzender Vereinbarungen gemäß § 109 Abs.1 Satz 5 SGB V zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern zur Kardiologie wurde unter Federführung der Senatsverwaltung (...) ein Konzept für die kardiologischen Krankenhausversorgung in Berlin (...) erarbeitet. Im Zentrum des Versorgungsmodells stehen zwei kardiologische Versorgungsstufen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser mit kardiologischer Abteilung -• Krankenhäuser mit kardiologischer Maximalversorgung. <p>Für diese beiden Versorgungsstufen werden durch das Konzept Behandlungsindikationen festgelegt und Qualitätsanforderungen gestellt.</p> <p>Die Qualitätskriterien für Krankenhäuser mit kardiologischer Abteilung bzw. kardiologischer Maximalversorgung umfassen Forderungen zur Personal- und medizinisch-technischen Ausstattung (Strukturqualität) sowie zur Prozess- und Ergebnisqualität.</p> <p>Im Entwurf des Krankenhausplans 2010 sollen wegen der herausragenden Bedeutung für die Notfallversorgung die Abteilungen für Kardiologie ausgewiesen werden. Der Ausweis erfolgt nicht abschließend.</p>

	<p>Perinatal- und Neonatalversorgung:</p> <p>Der in der G-BA-Vereinbarung vorgesehene Differenzierung von Perinatalzentren in zwei Level – die u. a. den besonderen Versorgungsbedingungen in Flächenstaaten Rechnung tragen soll – wird nicht gefolgt.</p> <p>Strukturelle Vorgaben</p> <p><u>1. Perinatalzentrum</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abteilung für Pädiatrie mit einer Abteilung für „Neonatalogie“ • Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einer Abteilung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ • Abteilung für Kinderchirurgie • Vorhandensein einer/s „Neugeborenennotärztin/ -arztes“ • uneingeschränkte Weiterbildungsbefugnis in „Spezieller Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ sowie „Neonatalogie“ • Mindestfallzahl von 50 Kindern mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 g • Verfügbarkeit von Kompetenzen aus den Bereichen Kardiologie, Neuropädiatrie, Ophthalmologie, Mikrobiologie, Humangenetik. • 24-Stunden-Notfall-Labor • EEG, bildgebende Diagnostik • Teilnahme an gängigen Qualitätssicherungsverfahren. <p><u>2. Perinataler Schwerpunkt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abteilung für Pädiatrie mit einer Abteilung für „Neonatalogie“ • Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einer Abteilung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ • Teilnahme an gängigen Qualitätssicherungsverfahren. <p><u>3. Geburtsklinik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe. <p>Im Rahmen eines Vergleichs vor dem Verwaltungsgericht Berlin hat sich das Land Berlin inzwischen dazu verpflichtet den Feststellungsbescheiden der Krankenhäuser, abweichend von den Festlegungen im Krankenhausplan, das vom GBA beschlossene vierstufige neonatologische Versorgungskonzept zugrunde zulegen. Dies wird nunmehr in dem aktuellen Entwurf der Krankenhausplans 2010 nachvollzogen.</p>
Brandenburg	<p>Im 3. Krankenhausplan wird bei der Planung der perinatalogischen Versorgung auf die Kriterien des GBA für Perinatalzentren Level 1 und 2 verwiesen:</p> <p>„Die im Krankenhausplan ausgewiesenen Zentren für Perinatalogie müssen die Merkmale der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 SGB V beschlossenen „Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ für Perinatalzentren Level 1 oder Perinatalzentren Level 2 erfüllen, um die in dieser Vereinbarung jeweils diesen Levels vorbehaltenen Leistungen erbringen zu dürfen.“</p>
Bremen	Der Krankenhausplan enthält keine Qualitätskriterien/ -festlegungen.
Hamburg	Der Krankenhausplan enthält (noch) keine konkreten Vorgaben für die Strukturqualität, trifft aber Aussagen zu den folgenden "ausgewählten Versorgungsschwerpunkten und deren Qualitätssicherung als Grundla-

	<p>ge für den Krankenhausplan 2010“:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Not- und Unfallversorgung • Herzinfarkt- und Schlaganfallversorgung • Geburtshilfe und Neonatologie • Tumormedizin • Palliativmedizin • Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
Hessen	<p>Der Krankenhausplan enthält Kriterien zur Sicherstellung der Qualität und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, insbesondere die Festlegung von Mindestabteilungsgrößen (Allgemeiner Teil des Krankenhausplans).</p>
Mecklenburg-Vorpommern	<p>Der Krankenhausplan enthält für die folgenden Bereiche Qualitätsanforderungen:</p> <p><i>Onkologische Zentren</i></p> <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit interdisziplinärer Diagnostik, • Endoskopie (Bronchoskopie, Gastroskopie, Koloskopie, Laparoskopie), • Endosonographie, • Röntgen, Angiographie, CT, MRT, Nuklearmedizin, • Funktionsdiagnostik, • Mikrobiologische und virologische Diagnostik, • Pathologisch-anatomische Diagnostik mit intraoperativ verfügbarem Schnellschnitt, • Verfügbarkeit interdisziplinärer Behandlungsmöglichkeiten in der Chirurgie, Urologie, Gynäkologie, Gefäßchirurgie, • invasive Endoskopie und Laserbehandlung, • Strahlentherapie, • Bluttransfusionswesen, • Intensivmedizinische Behandlung, • Internistisch-onkologische Behandlung, • Psychosoziale Betreuung, • Verfügbarkeit von ausreichendem und qualifiziertem Personal mit erhöhter Kompetenzbildung, • Entwicklungen der Schnittstellen der Telemedizin, • Klinisches Krebsregister. <p><u>Prozessqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung interdisziplinärer Tumorkonsile und -konferenzen, • Führung von Tumordokumentation (in der Form eines Klinischen Krebsregisters), • Durchführung von Fortbildungsprogrammen auch mit anderen Krankenhäusern, mit dem ambulanten Bereich und dem Reha-/Pflegebereich, • Wissenschaftliche Therapieoptimierung, • Einhaltung der Leitlinien zur Qualitätssicherung. <p><i>Perinatal-medizinische Zentren</i></p> <p><u>Strukturqualität:</u></p> <p>a. Präkonzeptionelle Betreuung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Präkonzeptionelle genetische Beratung

<p>b. Antepartale Betreuung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pränataldiagnostik a. d. Niveau DEGUM > 2 2. Erfahrung bei invasiven pränatalen diagnostischen Eingriffen (z.B. Amniozentesen, Chorionzottenbiopsie, Cordozentesen) – z.B. mind. 100 erfolgreiche Amniozentesen 3. Risikoschwangeren-Sprechstunde <p>c. Perinatale Betreuung (qualitative Voraussetzungen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geburtshilfe und Neonatologie und übrige Pädiatrie unter einem Dach 2. Vorhaltung eines rund um die Uhr einsatzbereiten Neugeborenen-Notarzt-Dienstes (NND) 3. Im Zentrum selbst ein ausgewiesener Arzt für die Kinderkardiologie 4. Im Zentrum selbst ein ausgewiesener Genetiker (Medizinische Genetik oder Humangenetiker) 5. Im Zentrum selbst ein ausgewiesener Arzt für die Kinderpathologie 6. Im Zentrum selbst ein ausgewiesener Arzt für die Kinderpulmologie (z. T. für Akutfragen, aber insb. z.B. PD-Nachbetreuung) 7. Im Zentrum selbst ein ausgewiesener Arzt für die Kinderradiologie und die Möglichkeit zu Sonographie, CT, MRT 8. Im Zentrum selbst ein ausgewiesener Arzt für die Kindernephrologie (angeborene Harnwegs-Fehlbildungen) 9. Im Zentrum selbst ein ausgewiesener Kinderchirurg 10. Im Zentrum selbst Kompetenz zur Ductus-arteriosus-Verschluss-OP (durch Kinder- oder Kardiochirurgen) 11. Im Zentrum selbst spezielle neonatal-pädiatrische Ophthalmologie 12. Im Zentrum selbst zertifizierte Kinder-neurophysiologische Physiotherapeuten 13. Zur Nachbetreuung / Nachkontrolle vor Ort idealerweise ein Sozial-Pädiatrisches Zentrum, notfalls ersatzweise eine „Risikoambulanz“ bzw. „Neuropädiatrische Ambulanz“, die sich speziell der Neugeborenen <1500 g annimmt. 14. Mortalität bei den NG <1000 g aktuell deutlich <40 %. <p>d. Peripartale Betreuung (quantitative Voraussetzungen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Sectio-OP 16. 24-h-patientennahe neonatologische Labormedizin (Ultramikromethoden) 17. Mind. zwei als Subspezialisten zertifizierte Neonatologen + weitere neonatologisch erfahrene Fachärzte 18. Im Zentrum selbst i. d. R. >1000 Geburten/J 19. Im Zentrum plus Einzugsgebiet des NND mindestens 2000 Geburten 20. Im Zentrum selbst aktuell Behandlung >15 Neugeborener <1.000 g / Jahr 21. Im Zentrum selbst aktuell Behandlung >35 Neugeborener < 1.500 g / Jahr <p>Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Kompetenzzentren für Schlaganfallversorgung arbeiten nach den medizinischen Leitlinien der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.</p> <p>Die Voraussetzungen für eine überregionale Stroke Unit sind: Sie muss als Kompetenzzentrum überdurchschnittliche Expertise bei der Behandlung von Schlaganfällen haben, ausgewiesen durch wissenschaftliche Tätigkeit und/oder Weiterbildungsveranstaltungen sowie sonstige Aktivitäten. Sie ist an einer Neurologischen Klinik in einem Krankenhaus der Maxi-</p>

	<p>malversorgung befindlich.</p> <p>Folgende weitere Kriterien müssen zutreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24-stündige ärztliche Präsenz unter Leitung eines in der Schlaganfallbehandlung wissenschaftlich ausgewiesenen und intensiv medizinisch erfahrenen Neurologen • Verfügbarkeit eines kardiologisch versierten Internisten 24 Stunden am Tag • Verfügbarkeit aller neurosonologischen Untersuchungsverfahren (extra- und transkranielle Doppler- und Farbduplex-Sonographie) zu jeder Tages- und Nachtzeit • Verfügbarkeit neuroradiologischer Untersuchungsverfahren (CT, MRT, Angiographie) 24 Stunden pro Tag. Expertise in interventionellen neuroradiologischen Eingriffen (lokale Lyse des Basilaris verschlusses). • neurochirurgische und gefäßchirurgische Abteilungen befinden sich im Haus oder in räumlicher Nähe - speziell ausgebildetes Pflgeteam in 24-Stunden-Schicht mit mindestens zwei Pflegenden pro Patient • Möglichkeit täglicher Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie <p>Medizinischer Schwerpunkt Frührehabilitation von schweren Schädelhirnschädigungen und Querschnittslähmungen Geltung der Richtlinie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR-Richtlinie)</p> <p>Krankenhäuser mit Linkskathetermessplatz Geltung der Qualitätsleitlinie der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zur Diagnostik und interventionellen Therapie der koronaren Herzkrankheit einschließlich der Akutereignisse (Qualitätslinie ist allerdings nicht in den Krankenhausplan aufgenommen).</p> <p>Geriatrisches Konsil Die besonderen Aufgaben und Anforderung des geriatrischen Konsils sind der Anlage 8 des Krankenhausplans zu entnehmen.</p> <p>Transplantationszentren § 10 Transplantationsgesetz</p>
Niedersachsen	Der Krankenhausplan enthält keine Qualitätskriterien/ -festlegungen.
Nordrhein-Westfalen	Der aktuelle Krankenhausplan enthält Schwerpunktfestlegungen mit konkreten Anforderungen an die Strukturqualität u. a. für Perinatalzentren und geburtshilflich-neonatologische Schwerpunkte sowie für Schlaganfallstationen. Die Schwerpunktfestlegungen (§ 15 KHG NRW) sind allerdings im neuen Landeskrankenhausgesetz (Krankenhausgestaltungsgesetz, KHGG NRW) nicht mehr enthalten.
Rheinland-Pfalz	<p>Der Krankenhausplan enthält für die folgenden Bereiche Strukturvorgaben:</p> <p>Stroke-Units</p> <p>Die Notaufnahme muss rund um die Uhr möglich sein. Die diagnostischen Möglichkeiten der Computertomographie müssen rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Der Zugriff auf einen Kernspintomographen (nicht unbedingt im Haus) muss möglich sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Labor muss rund um die Uhr verfügbar sein.

- Das EKG muss 24 Stunden täglich möglich sein.
- Es muss eine Einheit mit mindestens vier Plätzen gebildet werden. Ein Monitoring muss möglich sein. Das Monitoring pro Patientin beziehungsweise Patient soll den geltenden evidenzbasierten Schemata entsprechen.
- Ein Schlaganfallbehandlungsteam, das aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Logopädinnen und Logopäden, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes besteht, muss vorhanden sein. Es kann angestelltes Personal und selbstständiges Personal eingesetzt werden.
- Ein US-Doppler-Duplex-Messplatz muss vorhanden sein.
- TTE-TEE (Transthorakale-/Transösophageale Echokardiographie) muss verfügbar sein.
- Das Haus muss über intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten rund um die Uhr verfügen.
- Es muss eine Kooperationsvereinbarung mit einer neurochirurgischen Klinik bestehen, die bereit ist, Operationen unverzüglich durchzuführen, wenn dies im Interesse der Patientin oder des Patienten nötig ist.
- Aus wirtschaftlichen Gründen wird eine Mindestanzahl von Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten pro Einheit, die jährlich behandelt wird, empfohlen. Pro Jahr sollten mindestens etwa 250 Patientinnen und Patienten in der Einheit behandelt werden.
- Die beschriebene Strukturqualität muss rund um die Uhr einsatzbereit sein. Dies gilt für die Aufnahmebereitschaft, die Radiologie sowie die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten, die in der Schlaganfallbehandlung sowie in der US-Diagnostik der Hirngefäße kompetent sind.
- Außerdem müssen Ärztinnen oder Ärzte mit kardiologischer Kompetenz verfügbar sein.
- Neurologinnen oder Neurologen sollen rund um die Uhr verfügbar sein.
- Es muss rund um die Uhr eine Verbindung zur zentralen (überregionalen) Schlaganfalleinheit (früher: Schlaganfalleinheit 1. Ordnung) möglich sein.
- Das Krankenhaus, das über eine Schlaganfalleinheit verfügt, muss sich an qualitätssichernden Maßnahmen beteiligen.

Diabetologie

Aufbauend auf bereits bestehende diabetesspezifische Versorgungsstrukturen wird im Hinblick auf die Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern die Einteilung der rheinland-pfälzischen Krankenhäuser in drei Versorgungsstufen vorgenommen, die unter anderem den im Folgenden aufgezählten Qualitätsanforderungen genügen sollen.

– Krankenhäuser der Stufe C

Krankenhäuser der Stufe C behandeln Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus insbesondere als Nebendiagnose. Grundsätzlich gehören alle Krankenhäuser der Allgemeinversorgung (Grundversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung) sowie auch Fachkrankenhäuser zu dieser Versorgungsstufe. Das Fachpersonal der Krankenhäuser der Stufe C muss abgesehen von dem diabetologischen Grundwissen nicht über besondere diabetologische Qualifikationen verfügen. Es muss jedoch mit einer diabetologischen Schwerpunkt Einrichtung der Stufe B oder A und soll mit diabetologischen Schwerpunktpraxen zusammenarbeiten. Die Möglichkeit zur therapiebegleitenden Blutzuckerbestimmung und zur weiteren Notlabordiagnostik muss bestehen. Die Ermittlung der Parameter entsprechend dem Gesundheitspass Diabetes muss während jedes stationären Aufenthaltes möglich sein. Die Zusammenarbeit mit einer diabetologischen Schwer-

	<p>punktpraxis niedergelassener Ärztinnen und Ärzte ist möglich. Die Krankenhäuser sollen sich an einer Dokumentation der durchgeführten Amputationen beteiligen.</p> <p>– Krankenhäuser der Stufe B</p> <p>Krankenhäuser der Stufe B verfügen über einen diabetologischen Schwerpunkt. Der diabetologische Schwerpunkt kann nachrichtlich im Landeskrankenhausplan vermerkt werden. Krankenhäuser der Stufe B müssen eine bestimmte Struktur- und Prozessqualität nachweisen. Ein Krankenhaus der Stufe B muss mindestens über eine Diabetologin oder einen Diabetologen mit einer entsprechenden Anerkennung in verantwortlicher Position, eine Diabetes-Beraterin oder einen Diabetes-Berater sowie eine Diätassistentin oder einen Diätassistenten verfügen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit diabetologischer Kompetenz (zum Beispiel im Rahmen eines diabetologischen Konsiliardienstes) muss jederzeit erreichbar sein. Patientinnen und Patienten mit Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus müssen durch diabetologisch kompetente Ärztinnen und Ärzte behandelt werden können. Im Falle einer Stoffwechsellage muss die Behandlung in der Regel durch eine Diabetologin oder einen Diabetologen erfolgen. Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit diabetischem Fußsyndrom muss durch eine mit dem diabetischen Fuß erfahrene Diabetologin oder einen entsprechenden Diabetologen erfolgen. Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus in chirurgischen oder gefäßchirurgischen Abteilungen muss eine diabetologische (Konsiliar-)Betreuung durch eine Diabetologin oder einen Diabetologen gewährleistet sein. Die Krankenhäuser beteiligen sich an einer Dokumentation der durchgeführten Amputationen.</p> <p>– Krankenhäuser der Stufe A</p> <p>Krankenhäuser der Stufe A verfügen über eine besondere diabetologische Kompetenz und werden als Diabetologisches Zentrum ausgewiesen. Das Diabetologische Zentrum erfüllt alle Anforderungen, die an einen diabetologischen Schwerpunkt gestellt werden. Krankenhäuser der Stufe A müssen mindestens über drei Diabetologinnen oder Diabetologen verfügen. Eine Diabetologin oder ein Diabetologe muss in leitender Position beschäftigt sein. Das Diabetologische Zentrum muss weiterhin über mindestens eine Psychologin oder einen Psychologen und zwei Diabetesberaterinnen oder Diabetesberater verfügen. Ärztinnen und Ärzte müssen zu Diabetologinnen oder Diabetologen weitergebildet werden können. Jede Fachabteilung soll über eine verantwortliche koordinierende Ärztin oder einen verantwortlichen koordinierenden Arzt für Patientinnen und Patienten verfügen, die an Diabetes mellitus erkrankt sind. Jedes Krankenhaus der Stufe A nimmt an einer Dokumentation der Amputationen teil. Das Diabetologische Zentrum muss konsiliarisch für Häuser der Stufe B und C zur Verfügung stehen. Das Diabetologische Zentrum übt die Aus- und Fortbildungsfunktion für Gesundheitsfachberufe zur kompetenten Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern aus.</p> <p>Brustzentren</p> <p>Ein im Landeskrankenhausplan ausgewiesenes Brustzentrum verfügt unter anderem (im stationären Bereich) mindestens über folgende Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Eine Hauptfachabteilung für Gynäkologie, in der an Brustkrebs erkrankte Frauen behandelt werden, besteht.• Alle erforderlichen bildgebenden diagnostischen Verfahren sowie histologische Untersuchungen sind möglich.• Eine Internistische Onkologie (gegebenenfalls im Rahmen einer Hauptfachabteilung für Hämatologie) besteht.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Pathologie ist vorhanden. • Eine Strahlentherapie ist vorhanden. • Ein palliativ-medizinisches und ein psychoonkologisches Angebot bestehen. • Eine Plastische Chirurgie (entweder fachgebunden oder im Rahmen einer selbstständigen Hauptfachabteilung) besteht. <p>Ein Brustzentrum besteht aus mehreren Standorten (Krankenhäusern), die gemeinsam alle Anforderungen eines Brustzentrums erfüllen. Ein Standort eines Brustzentrums (der zentrale Standort) verfügt grundsätzlich über die für ein Brustzentrum erforderlichen Ressourcen einschließlich einer Strahlentherapie. Mit diesem Standort werden als Teile eines integrierten Brustzentrums weitere Krankenhäuser verbunden, die über große Erfahrungen bei der Behandlung von Brustkrebs verfügen, die aber aus wirtschaftlichen Gründen nicht alle Vorhaltungen eines Brustzentrums (zum Beispiel eine Abteilung für Strahlentherapie) anbieten können. Auf diese Weise werden das Bedürfnis nach einer finanzierbaren hohen Qualität der Behandlung und der Wunsch nach einer möglichst ortsnahen Versorgung soweit wie möglich und vertretbar berücksichtigt. Krankenhäuser können mit anderen kooperieren, indem sie sich in der Leistungserbringung ergänzen. Es werden pro Jahr mehr als 150 neu diagnostizierte Brustkrebserkrankungen im Brustzentrum insgesamt und im zentralen Standort eines Brustzentrums mehr als 100 neu diagnostizierte Brustkrebserkrankungen behandelt.</p>
Saarland	<p>Mindestmengenvorgabe für gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilungen: "regelmäßig mehr als 300 Geburten jährlich"</p> <p>Ausweis der Zuordnung der Krankenhäuser mit geburtshilflichen und pädiatrischen Abteilungen zu den Perinatalzentren Level 1 und 2 als besondere Aufgabe im Krankenhausplan</p>
Sachsen	Der Krankenhausplan enthält keine Qualitätskriterien/ -festlegungen im engeren Sinne.
Sachsen-Anhalt	<p>Keine Qualitätsaussagen und -festlegungen im Krankenhausplan</p> <p>Die Erarbeitung des Krankenhausplanes stützt sich jedoch auf die so genannten „Rahmenvorgaben“. In diesen wird mehrfach auf vorzuhaltende Qualitätskriterien hingewiesen. Des Weiteren haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam nach § 3 Abs. 3 KHG LSA mit den Krankenhausträgern für das jeweilige Krankenhaus Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zur Umsetzung der Rahmenvorgaben zu schließen. In den Rahmenvorgaben finden sich Qualitätsanforderungen bezüglich der Vorhaltung von Facharzt Kompetenzen bei Schwerpunktkrankenhäusern und bei den Ausführungen zu den Zentren und Fachabteilungen.</p>
Schleswig-Holstein	<p>Perinatalzentren Verweis auf die Qualitätskriterien des G-BA</p> <p>Traumazentren Die Festlegung von regionalen und überregionalen Traumazentren und Einrichtung von Traumanetzwerken erfolgt auf der Basis des Weissbuches „Schwerverletzten-Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.</p>

Nephrologische Schwerpunkt-Einheit (Dialysezentrum am Krankenhaus)

Auflistung der Mindestvoraussetzungen (Qualitätskriterien) für nephrologische Schwerpunkte gemäß der Ausführungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie:

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

Palliativmedizinische Schwerpunkt-Einheit

Die Ansiedlung der palliativmedizinischen Schwerpunkt-Einheiten erfolgt in der Regel an Schwerpunktkrankenhäusern, die

- im Regelfall über eine palliativmedizinische Station mit mindestens fünf Betten und zusätzliche Räumlichkeiten für Angehörige verfügen,
- alle für die palliativmedizinische Versorgung notwendigen Kompetenzen aus hauptamtlich geleiteten Fachrichtungen (Onkologie, Anästhesie (inklusive Schmerztherapie), Psychoonkologie) sowie entsprechende Therapieangebote vorhalten.

Onkologische Zentren

Die Ansiedlung onkologischer Zentren erfolgt in der Regel an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung, 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 § 116 b SGBV erfüllen.

	<p>Der Krankenhausplan enthält Festlegungen, welche Krankenhäuser die vorstehende Versorgungsstufe vorhalten.</p> <p>Brustzentren Die im Krankenhausplan ausgewiesenen Brustzentren erfüllen die aktuellen in der Vereinbarung nach § 137 g SGB V i.V.m. § 140 b SGB V über ein strukturiertes, sektorenübergreifendes Behandlungsprogramm DMP – Brustkrebs festgelegten „Qualitätsanforderungen“ sowie die Qualitätskriterien für die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft.</p> <p>Diabetologische Schwerpunkt-Einheiten (Diabetologische Zentren) Diabetologische Schwerpunkt-Einheiten müssen mindestens</p> <ul style="list-style-type: none"> • über zwei Diabetologinnen oder Diabetologen, • mindestens eine Psychologin oder einen Psychologen und • zwei Diabetesberaterinnen oder Diabetesberater verfügen. <p>Darüber hinaus müssen Ärztinnen und Ärzte zu Diabetologinnen oder Diabetologen weitergebildet werden können.</p> <p>Die Voraussetzungen sind durch die DDG-Anerkennung Stufe 1 (Basisanerkennung) oder 2 (erweiterte Anerkennung mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement) nachzuweisen.</p> <p>Diabetologische Schwerpunkt-Einheiten erfüllen auch die Voraussetzungen, die nach den DMP-Strukturverträgen für Typ 2-Diabeteserkrankte von den am DMP teilnehmenden Krankenhäusern erfüllt werden müssen.</p>
Thüringen	<p>Der 5. Krankenhausplan enthält den Auftrag, in Vorbereitung eines 6. Krankenhausplans Strukturqualitätsvorgaben zu entwickeln. Diese Strukturvorgaben sollen nach Novellierung des ThürKHG im 6. Krankenhausplan Rechtsverbindlichkeit erlangen.</p>

3.6 Ausbildungsstätten in den Krankenhausplänen

Tabelle 3.7: Ausbildungsstätten in den Krankenhausplänen

Bundesland	Inhalt
Baden-Württemberg	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a KHG
Bayern	Ausweisung der Schulen und Berufe des Gesundheitswesens in Teil II Abschnitt B.
Berlin	Ausweisung der Ausbildungsstätten mit Angabe der Fachrichtungen
Brandenburg	Ausweisung der Gesamtanzahl Auszubildender und Vorgabe der auszubildenden Fachberufe pro Ausbildungsstätte für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Krankenpflegehilfe, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Physiotherapie, Ergotherapie

Bremen	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, medizinisch-technischer Assistent, Hebammen/Entbindungspfleger
Hamburg	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze gemäß § 2 Nr. 1a KHG zum Stichtag: 31.05.2007
Hessen	Ausweisung der Ausbildungsstätten nach §17 Abs. 5 HKHG
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Gesamtanzahl der Ausbildungsplätze und Vorgabe der auszubildenden Fachberufe gemäß § 2 Nr. 1a KHG pro Ausbildungsstätte am Krankenhaus
Niedersachsen	Ausweisung einer IST-Liste der mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG sowie der in den einzelnen Krankenhäusern vorhandenen Ausbildungsstätten. Keine Angabe über die Anzahl der vorhandenen Ausbildungsplätze
Nordrhein-Westfalen	Reduzierung der Ausbildungsplätze von 1996 bis 2000 um 3.104; Erläuterungen zur gegenwärtigen Situation, aber keine Daten zu Ausbildungsstätten; stufenweise Entwicklung geeigneter Bedarfsbemessungsmodi für die Ausbildungen gemäß § 2 Nr. 1a KHG wird angestrebt
Rheinland-Pfalz	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a KHG (aktueller Bestand der Bescheide)
Saarland	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a KHG sortiert; Am 03.07.2007 wurden die „Änderungen des Krankenhausplans für das Saarland 2006-2010 mit dem Schwerpunkt „Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe“ veröffentlicht.
Sachsen	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a KHG
Sachsen-Anhalt	Ausweisung der Ausbildung je Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a KHG
Schleswig-Holstein	Ausweisung von Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG pro Krankenhaus sowie Masseure und Medizinische Bademeister, Physiotherapie je Krankenhaus; Keine Angaben über die Anzahl der Ausbildungsplätze
Thüringen	Ausweisung von sechs Ausbildungsstätten, in denen ausschließlich der Beruf Krankenpflege erlernt werden kann; Keine weiteren Angaben

3.7 Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Tabelle 3.8: Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Bundesland	Inhalt
Baden-Württemberg	Ausweisung der Frührehabplätze (Apalliker) pro Krankenhaus
Bayern	Ausweisung der Phase-B-Betten. Keine Zurechnung der Phase-B zur Akutversorgung
Berlin	Keine Angaben (<u>Entwurf 2010: Kein Ausweis</u>)
Brandenburg	Planung der neurologischen Frührehabilitation: Unter Bezug auf das Phasenmodell der BAR erfolgt eine explizite Nennung von 3 Einrichtungen für die neurologische Frührehabilitation Phase B, ohne dass die nach den Regeln des DRG-Systems bestehenden Abrechnungsmöglichkeiten für Leistungen der Frührehabilitation für andere Krankenhäuser eingeschränkt werden.
Bremen	Prognose über Neurologische Frührehabilitation
Hamburg	Ausweisung der Frührehabplätze pro Krankenhaus
Hessen	Ausweisung des landesweiten und des regionalen Gesamtbedarfs sowie der standortbezogenen Kapazitäten für die Versorgung von Schwer-Schädel-Hirnverletzten der Frühphase B
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Frührehabplätze pro Krankenhaus
Niedersachsen	Keine Angaben
Nordrhein-Westfalen	Zuordnung von Frührehabplätzen auf Fachabteilungen und zum Teil pro Krankenhaus
Rheinland-Pfalz	Keine Angaben
Saarland	Krankenhausindividuelle Festlegungen
Sachsen	Namentliche Nennung der Krankenhäuser und Ausweis der Kapazitäten zur akutstationären Behandlung von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen, Neurologische Frührehabilitation Phase B.
Sachsen-Anhalt	Keine Angaben
Schleswig-Holstein	Ausweisung der Frührehabplätze pro Krankenhaus
Thüringen	Ausweisung von fünf Einrichtungen, die nach § 108 Nr.3 SGB V einen Versorgungsvertrag für die Neurologie Phase B besitzen.

3.8 Teilstationäre Einrichtungen und Regelungen zu teilstationären Leistungen in den Krankenhausplänen

Tabelle 3.9: Teilstationäre Einrichtungen und Regelungen zu teilstationären Leistungen in den Krankenhausplänen

Bundesland	Inhalt
Baden-Württemberg	<p>Ausweisung der teilstationären Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (beispielsweise Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie, Psychiatrie, Geriatrie, Dermatologie)</p> <p>Die teilstationäre, insbesondere tagesklinische Behandlung enthält Elemente der vollstationären wie der ambulanten Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Bei Neuerrichtung von teilstationären Versorgungsangeboten ist regelmäßig eine Anrechnung auf bisherige vollstationäre Bereiche vorzunehmen.</p> <p>Für die teilstationäre/tagesklinische Behandlung innerhalb der psychiatrischen Versorgung gilt ein eigenständiges Konzept.</p>
Bayern	<p>Grundsätzlich erfolgt in Bayern nur die Angabe von Gesamtbetten und Gesamtplätzen pro Haus. Die Verteilung auf die Fachabteilungen ist eine Entscheidung des Trägers. Diese wird nachrichtlich im Anhang des Krankenhausplans ausgewiesen. Eine Verschiebung zwischen den (genehmigten) Fachabteilungen ist jederzeit möglich, muss aber dem zuständigen Ministerium mitgeteilt werden.</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Berlin	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze gegliedert nach Hauptdisziplinen</p> <p>Den Krankenhäusern wird jederzeit die Möglichkeit eingeräumt, im Benehmen mit der Planungsbehörde vollstationäre Betten in teilstationäre Kapazitäten umzuwandeln.</p> <p>Künftige Erhöhungen der teilstationären Kapazitäten müssen zulasten des vollstationären Bereiches erfolgen.</p>
Brandenburg	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Bremen	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze bzw. teilstationären Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (Onkologie, Geriatrie, Gastroenterologie/Diabet., Gynäkologie, Dialyse, Hämatologie-Onkologie, Pädiatrie, Dermatologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pulmologie-Onkologie)</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>

Hamburg	<p>Ausweisung der teilstationären Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (Chirurgie und Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Geriatrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Frührehabilitation)</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Hessen	Keine differenzierten Regelungen zu teilstationären Leistungen im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans, jedoch Ausweisung der teilstationären Kapazitäten des einzelnen Krankenhauses im derzeit noch aktuellen Hessischen Krankenhausrahmenplan 2005 - Besonderer Teil.
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus
Niedersachsen	<p>Ausweisung der geförderten teilstationären Einrichtungen unter Ausweisung der Fachrichtung und der Anzahl der dort vorhandenen Plätze</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Nordrhein-Westfalen	<p>Zur Behandlung in Tageskliniken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Behandlung erfordert weitgehend Krankenhausbedingungen, weil sie nicht mit ausreichender Qualität und Sicherheit ambulant erfolgen kann. • Die Behandlung besteht nicht nur aus einer Leistung sondern aus einem komplexen Angebot, das typischerweise strukturiert, über den Tag verteilt erbracht wird. • Während des Behandlungsablaufs sind grundsätzlich Unterbringung und Pflege der Patientinnen und Patienten in Krankenzimmern nicht erforderlich. • Die Behandlung unter klinischen Bedingungen wird noch während des Tages beendet und die Patientin oder der Patient wieder nach Hause entlassen. <p>Bei der Neuerrichtung von Tageskliniken ist grundsätzlich eine Anrechnung der Behandlungsplätze auf die vollstationären Betten vorzunehmen. Dies gilt auch, wenn teilstationäre Leistungen unabhängig von Tageskliniken im Rahmen vollstationärer Kapazitäten zwischen Krankenhausträgern und den Krankenkassen vereinbart werden.</p>
Rheinland-Pfalz	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Saarland	<p>Ausweisung der teilstationären Plätze je Krankenhaus in den Fachgebieten Nephrologie, (Dialyse), der Geriatrie, der Onkologie, der Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie.</p> <p>Teilstationäre Kapazitäten in anderen Fachgebieten können im Krankenhausplan unter "Sonstige Fachbereiche" ausgewiesen werden, ggf. erfolgt eine entsprechende Präzisierung im Stamblatt Teil 2.</p> <p>Die Umwandlung vollstationärer Betten in teilstationäre Plätze erfolgt ggf. im Verhältnis 1:1.</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Sachsen	Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus

	Grundsätzlich werden in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Klassifizierung der Fachgebiete nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung) bei der Bettenziffer die stationären und die teilstationären Kapazitäten getrennt ausgewiesen. Ergänzend können in ausgewählten Fachgebieten oder Schwerpunkten teilstationäre Kapazitäten vorgehalten werden; dies betrifft vorwiegend die Geriatrie, Dermatologie, Hämatologie und Onkologie.
Sachsen-Anhalt	Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (nur im BpflV-Bereich-Psychiatrie) Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen
Schleswig-Holstein	Ausweisung der teilstationären Plätze und Tagesklinikplätze Plätze pro Krankenhaus Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen
Thüringen	Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen

3.9 Abgrenzung von Versorgungsstufen in den Bundesländern

Tabelle 3.10: Versorgungsstufen der Bundesländer

Bundesland	Kriterien	Versorgungs- / Leistungsstufen
Baden-Württemberg	Mit der Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes vom 29.11.2007 ist die Einteilung nach Leistungsstufen im Krankenhausplan explizit abgeschafft worden. Eine Präzisierung des Versorgungsauftrags kann nach § 6 Abs. 1 LKHG erforderlichenfalls durch Fachplanungen erfolgen. Die im Krankenhausplan 2000 noch vorhandene Einteilung nach Leistungsstufen orientiert sich an folgenden Kriterien: - Art und Anzahl der Fachabteilungen - Art und Anzahl der vorhandenen med.-techn.Großgeräte Die Angabe der für die Versorgungsstufen typischen Bettenzahl bleibt unverbindlich.	- Grundversorgung (ca. 80 - 250 Betten) - Regelversorgung (ca. 300 - 350 Betten) - Zentralversorgung (ca. 600 - 1.000 Betten) - Maximalversorgung (> 1.000 Betten)
Bayern	- Versorgungsaufgaben der Krankenhäuser	- 1. Versorgungsstufe - 2. Versorgungsstufe - 3. Versorgungsstufe - Fachkrankenhäuser
Berlin	- Spezifische Strukturvorgaben	<u>Für die Notfallversorgung:</u> - Erste-Hilfe-Krankenhäuser - Unfallkrankenhäuser - Unfallschwerpunkt- Krankenhäuser
Brandenburg	- Anzahl, Größe und Spezialisierung der Fachabteilungen	- Grundversorgung - Regelversorgung und qualifizierte Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Fachkrankenhäuser
Bremen	- Anzahl der Betten - Definition gilt ausschließlich für die Pauschalförderung	- 1. Versorgungsstufe (bis 350 Betten) - 2. Versorgungsstufe (350 - 650 Betten) - 3. Versorgungsstufe (über 650 Betten)
Hamburg	Differenzierung nach der Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung	
Hessen	Mit Einführung des Hessischen Krankenhausgesetzes im Jahr 2002 (HKHG) wurde die Unterscheidung von Versorgungsstufen faktisch abgeschafft.	
Mecklenburg-Vorpommern	Keine Definition von Versorgungs- oder Leistungsstufen.	
Niedersachsen	- Anzahl der Betten - Definition gilt ausschließlich für die Pauschalförderung	- Anforderungsstufe 1 (bis 230 Betten) - Anforderungsstufe 2 (231 - 330 Betten) - Anforderungsstufe 3 (331 - 630 Betten) - Anforderungsstufe 4 (über 630 Betten)
Nordrhein-Westfalen	Auf die Zuordnung der einzelnen Krankenhäuser zu bestimmten Versorgungsstufen wird verzichtet.	
Rheinland-Pfalz	- Anzahl der Betten - Art und Anzahl der Fachabteilungen	- Grundversorgung (bis 250 Betten) - Regelversorgung (251 - 500 Betten) - Schwerpunktversorgung (501 - 800 Betten) - Maximalversorgung (über 800 Betten) - Fachkrankenhäuser
Saarland	Keine Definition von Versorgungs- oder Leistungsstufen.	
Sachsen	- Art und Anzahl der Fachabteilungen	- Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Maximalversorgung - Fachkrankenhäuser (Ergänzung)
Sachsen-Anhalt	Die Definition der Versorgungsstufen erfolgt innerhalb der Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA	- Basisversorgung - Schwerpunktversorgung - Spezialversorgung - Universitäre Versorgung
Schleswig-Holstein	- Art und Anzahl der Fachabteilungen	- begrenzte Regelversorgung - Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Zentralversorgung - Fachkrankenhäuser
Thüringen	Ausführungen zur Abgrenzung von Versorgungsstufen im 5. Thüringer KH-Plan, die aber keine Verbindlichkeit für die Feststellungsbescheide erlangen.	

Quelle: Krankenhauspläne, Krankenhausgesetze und Rechtsverordnungen der Bundesländer

4 Investitionsfinanzierung

4.1 Gesamtentwicklung und Investitionsquote

Insgesamt stellten die Bundesländer im Jahr 2009 rund 2,86 Mrd. Euro zur Investitionsförderung nach § 9 KHG zur Verfügung. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem nominalen Anstieg in Höhe von rund 6,5%. Preisbereinigt, d. h. unter Berücksichtigung der Entwicklung des Verbraucherpreisindex, beläuft sich der reale Anstieg auf rund 6,15%. Im Zehnjahreszeitraum sank das Volumen der KHG-Investitionsförderung preisbereinigt jedoch um rund 29%. Im Vergleich zum Jahr 1991 beträgt der reale Rückgang rund 45% (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: KHG-Fördermittel gesamt

	KHG-Fördermittel in Mio. Euro		
	2007	2008	2009
Baden-Württemberg	305,00	310,00	340,00
Bayern	452,60	477,55	500,00
Berlin*	84,00	99,36	110,03
Brandenburg	107,88	107,74	111,61
Bremen	30,03	31,49	33,15
Hamburg	100,29	101,09	102,68
Hessen	235,80	218,40	262,89
Meckl.-Vorpommern	75,58	73,18	73,03
Niedersachsen	121,40	185,53	283,26
Nordrhein-Westfalen	512,00	516,00	506,00
Rheinland-Pfalz	118,80	118,80	121,80
Saarland	32,50	27,28	22,63
Sachsen	151,90	107,00	94,60
Sachsen-Anhalt**	117,70	97,70	79,90
Schleswig-Holstein	92,70	93,90	93,90
Thüringen	125,50	119,99	125,30
Deutschland	2.663,68	2.685,01	2.860,78

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden: 1. Die Investitionsmittel für Hochschulkliniken, 2. Die Investitionsmittel für Vertragskrankenhäuser, 3. Die Eigenmittel für Plankrankenhäuser, 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge (gilt nicht für Niedersachsen). Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein.

* In den Zahlen für Berlin sind ca. 33,7 Mio. € p.A. Schuldendienst für Darlehen an Krankenhäuser für Krankenhausbaumaßnahmen enthalten, die in der Zeit zwischen 1995 und 2002 realisiert wurden. Die Annuitätendarlehen haben eine Darlehenslaufzeit bis 2015.

** Werte für Sachsen-Anhalt inklusive erwartete Einnahmen aus Benutzerbeiträgen gemäß Art. 14 GSG, ab 2007 ohne Schuldendienst (Zins und Tilgung) für kreditfinanziertes Investitionsprojekt in 1993.

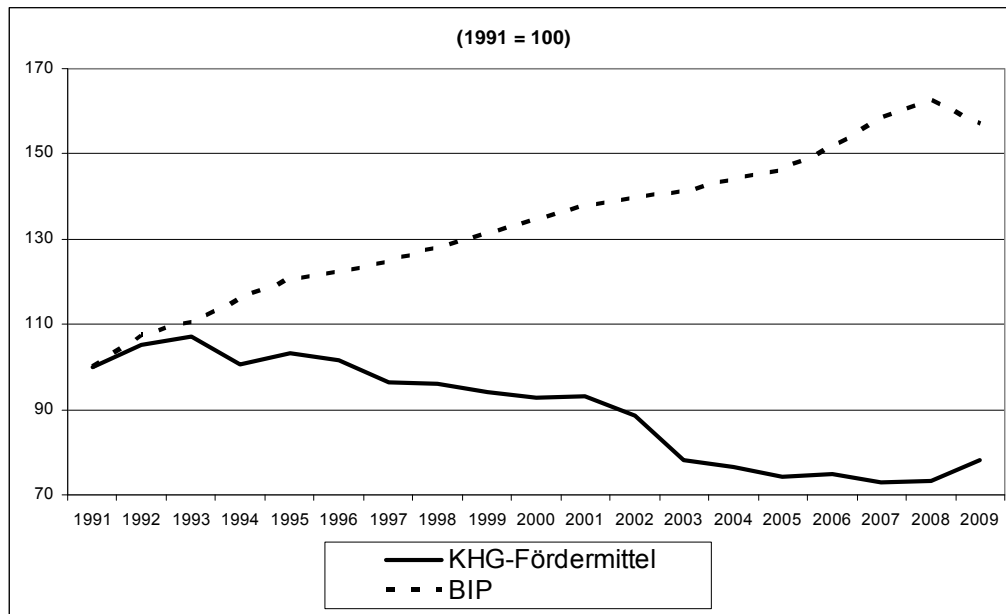
Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausesgesellschaften

Infolge dieser Entwicklung ist der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 0,24% im Jahr 1991 auf 0,12% im Jahr 2009 gesunken. Abbildung 4.1 stellt die Entwicklung der KHG-Fördermittel und des Bruttoinlandsproduktes gegenüber und veranschaulicht die immer weiter auseinander klaffende Schere zwischen den KHG-Fördermitteln und dem BIP.

Der deutliche Rückgang der KHG-Fördermittel schlägt sich erwartungsgemäß auch in der für den Krankenhaussektor üblicherweise ermittelten Investitionsquote nieder. Zieht man zur Berechnung der Krankenhaus-Investitionsquote die Krankenhausaussgaben der GKV und PKV als Bezugsgröße für die KHG-Fördermittel heran, so ergibt sich für den Zeitraum zwischen 1991 und 2008 eine Abnahme der Investitions-

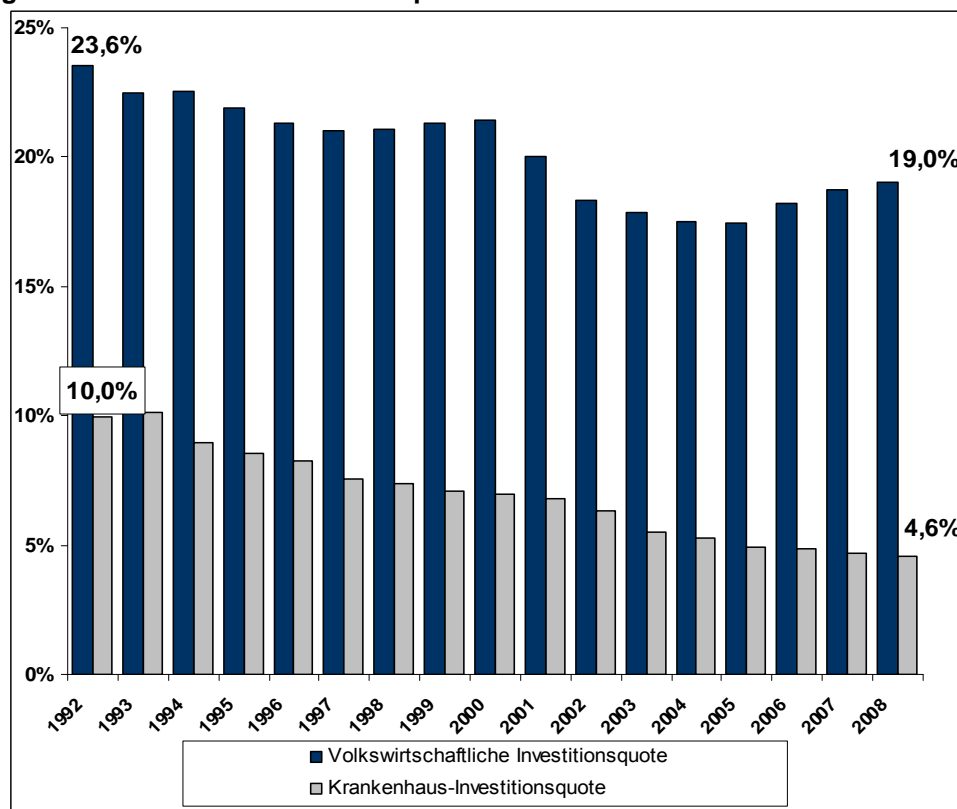
quote von 10,0% auf 4,6%. Die volkswirtschaftliche Investitionsquote, die sich aus dem Quotienten von Bruttoanlageinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt errechnet, lag im Jahr 2008 demgegenüber bei 19 und übertraf damit die Investitionsquote der Krankenhäuser um mehr als das Vierfache (vgl. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.1: Entwicklung des KHG-Fördermittelvolumens und des BIP



Quelle: Umfrage der AOLG, Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder, eigene Berechnungen

Abbildung 4.2: Krankenhaus-Investitionsquote* und volkswirtschaftliche Investitionsquote**



* Krankenhausinvestitionsquote: KHG-Fördermittel / Krankenhausausgaben GKV und PKV

** Volkswirtschaftliche Investitionsquote: Bruttoinvestitionen / Bruttoinlandsprodukt

Quelle: Statistisches Bundesamt, AOLG, eigene Berechnungen.

4.2 Einzel- und Pauschalförderung

Der Gesamtförderbetrag setzt sich aus der Förderung nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG (Einzelförderung, vgl. Tabelle 2) und der Förderung nach § 9 Abs. 3 KHG (Pauschalförderung, vgl. Tabelle 3) zusammen.

Die Einzelförderung belief sich im Jahr 2009 auf rund 1,69 Mrd. Euro (Vorjahr 1,60 Mrd. Euro). Alleine in den letzten zehn Jahren sank das Volumen der Einzelförderung somit um real 37%. Das Gesamtvolumen der Pauschalförderung betrug im Jahr 2009 1,17 Mrd. Euro. Seit 1999 ist das Volumen der Pauschalförderung somit um real rund 11% gesunken.

Tabelle 4.2: KHG-Einzelförderung

	Einzelförderung (§ 9 Abs. 1 u. 2 KHG) in Mio. Euro		
	2007	2008	2009
Baden-Württemberg	151,50	156,45	191,00
Bayern	285,50	297,55	320,00
Berlin*	52,90	66,05	76,72
Brandenburg	84,30	82,63	86,00
Bremen	12,91	14,37	16,03
Hamburg	69,79	70,59	71,68
Hessen	145,80	128,40	166,89
Meckl.-Vorpommern	52,70	50,34	50,19
Niedersachsen	69,80	125,19	155,73
Nordrhein-Westfalen	212,00	216,00	206,00
Rheinland-Pfalz	67,60	67,60	70,60
Saarland	14,30	9,09	8,16
Sachsen	113,30	68,40	56,00
Sachsen-Anhalt**	94,00	74,03	56,23
Schleswig-Holstein	53,80	54,44	54,44
Thüringen	100,50	94,99	100,30
Deutschland	1.580,70	1.576,12	1.685,97

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden: 1. Die Investitionsmittel für Hochschulkliniken, 2. Die Investitionsmittel für Vertrags-krankenhäuser, 3. Die Eigenmittel für Plankrankenhäuser, 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge (gilt nicht für Niedersachsen). Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein.

* In den Zahlen für Berlin sind ca. 33,7 Mio. € p.A. Schuldendienst für Darlehen an Krankenhäuser für Krankenhausbaumaßnahmen enthalten, die in der Zeit zwischen 1995 und 2002 realisiert wurden. Die Annuitätendarlehen haben eine Darlehenslaufzeit bis 2015.

** Werte für Sachsen-Anhalt inklusive erwartete Einnahmen aus Benutzerbeiträgen gemäß Art. 14 GSG, ab 2007 ohne Schuldendienst (Zins und Tilgung) für kreditfinanziertes Investitionsprojekt in 1993.

Quelle: Umfrage der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausesgesellschaften, eigene Berechnungen.

Tabelle 4.3: KHG-Pauschalförderung

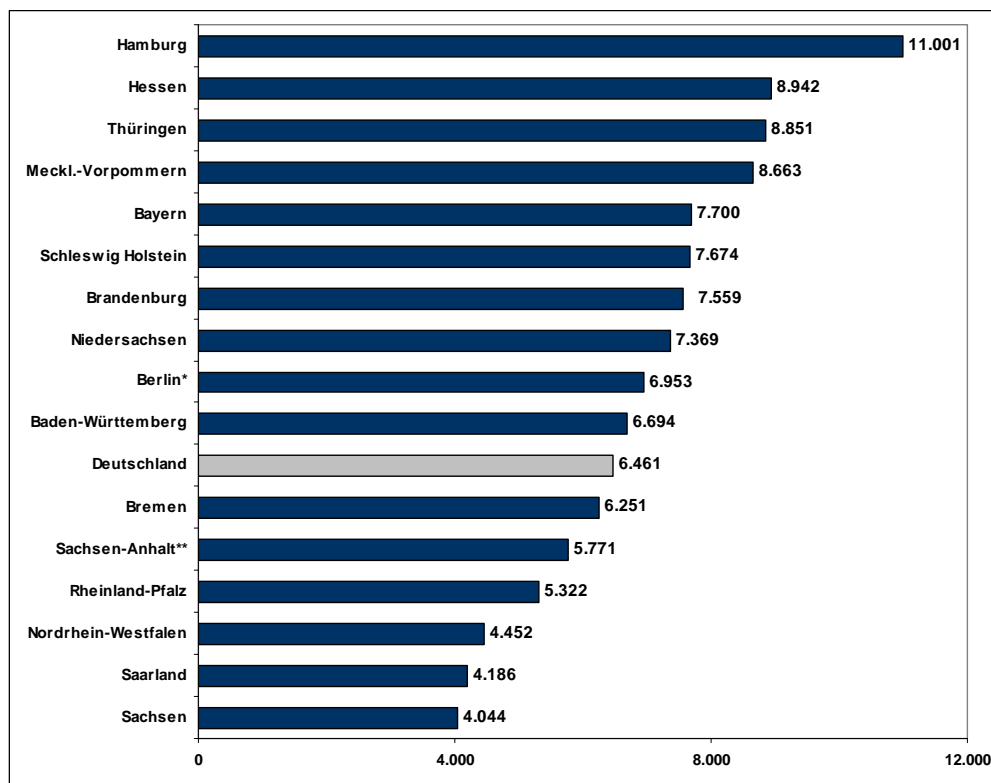
	Pauschalförderung (§ 9 Abs. 3 KHG) in Mio. Euro		
	2007	2008	2009
Baden-Württemberg	153,55	153,55	149,00
Bayern	167,10	180,00	180,00
Berlin	31,18	33,31	33,31
Brandenburg	23,61	25,11	25,61
Bremen	17,12	17,12	17,12
Hamburg	30,50	30,50	31,00
Hessen	90,00	90,00	96,00
Meckl.-Vorpommern	22,84	22,84	22,84
Niedersachsen	51,52	60,34	127,53
Nordrhein-Westfalen	300,00	300,00	300,00
Rheinland-Pfalz	51,20	51,20	51,20
Saarland	18,19	18,19	14,47
Sachsen	38,60	38,60	38,60
Sachsen-Anhalt	23,67	23,67	23,67
Schleswig-Holstein	38,88	39,46	39,46
Thüringen	25,00	25,00	25,00
Deutschland	1.082,96	1.108,89	1.174,81

Quelle: Umfrage der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausgesellschaften, eigene Berechnungen.

4.3 Vergleich der Bundesländer

Im Jahr 2009 wurden je Krankenhausbett im Bundesdurchschnitt 6.461 Euro an KHG-Fördermitteln von den Bundesländern bereitgestellt. Einen Überblick über die KHG-Mittel je Bett in den einzelnen Bundesländern gibt Abbildung 4.3.

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn man die Verteilung der KHG-Fördermittel über einen längeren Zeitraum betrachtet. Zwischen den Jahren 1991 und 2009 wurden von den Bundesländern insgesamt 62,19 Mrd. Euro zur KHG-Investitionsförderung zur Verfügung gestellt. Je KHG-Bett wurden damit im Bundesdurchschnitt 140.438 Euro bereitgestellt (vgl. Abbildung 4.4).

Abbildung 4.3: KHG-Mittel 2009 je Bett¹, in Euro

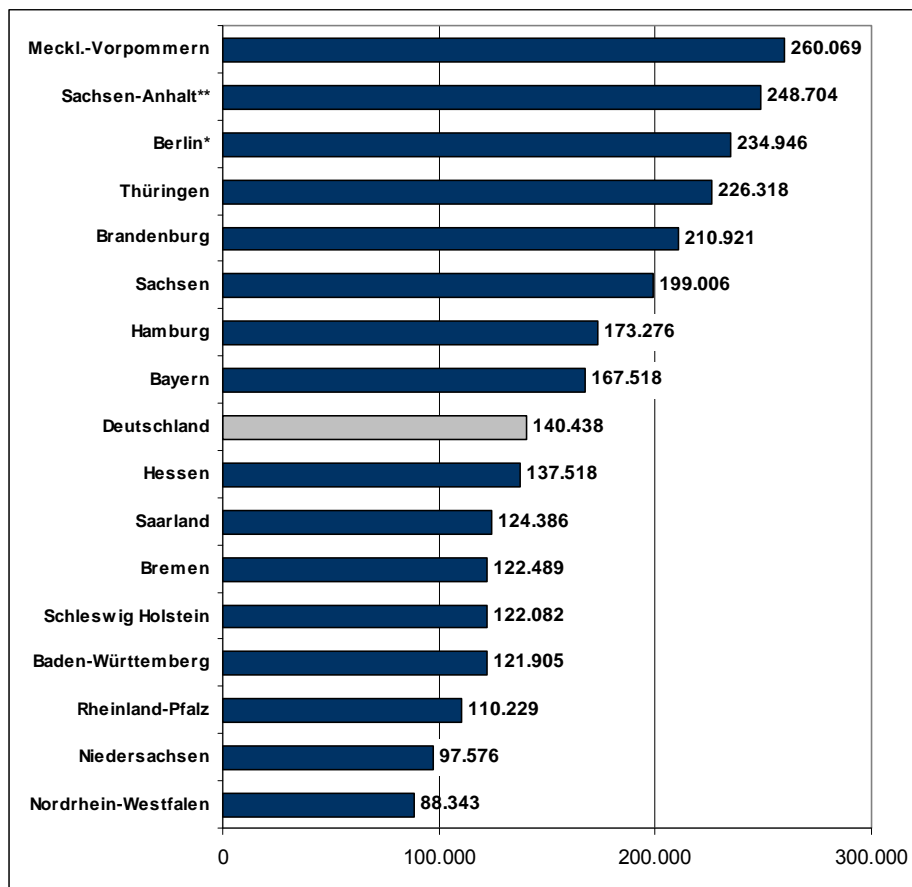
¹Betten im Jahr 2008, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden, Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser.

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden: 1. Die Investitionsmittel für Hochschulkliniken, 2. Die Investitionsmittel für Vertragskrankenhäuser, 3. Die Eigenmittel für Plankrankenhäuser, 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge (gilt nicht für Niedersachsen). Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein.

* In den Zahlen für Berlin sind ca. 33,7 Mio. € p.A. Schuldendienst für Darlehen an Krankenhäuser für Krankenhausbaumaßnahmen enthalten, die in der Zeit zwischen 1995 und 2002 realisiert wurden. Die Annuitätendarlehen haben eine Darlehenslaufzeit bis 2015.

** Werte für Sachsen-Anhalt inklusive erwartete Einnahmen aus Benutzerbeiträgen gemäß Art. 14 GSG, ab 2007 ohne Schuldendienst (Zins und Tilgung) für kreditfinanziertes Investitionsprojekt in 1993.

Quelle: Umfrage der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausesgesellschaften, Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Berechnungen.

Abbildung 4.4: Summe der KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2009 je Bett¹, in Euro

¹Betten im Jahr 2008, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden, Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser.

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden: 1. Die Investitionsmittel für Hochschulkliniken, 2. Die Investitionsmittel für Vertragskrankenhäuser, 3. Die Eigenmittel für Plankrankenhäuser, 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge (gilt nicht für Niedersachsen). Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein.

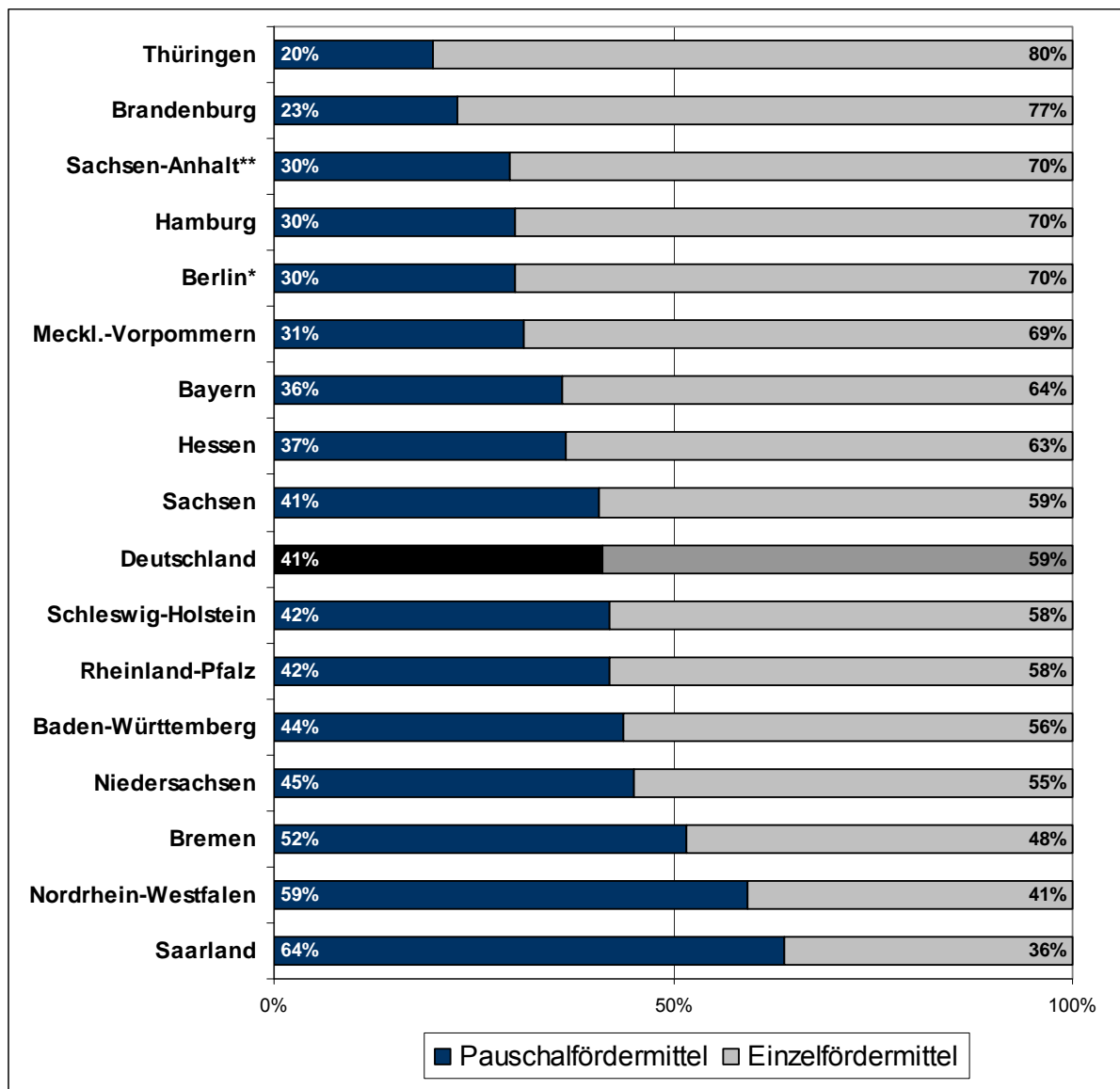
* In den Zahlen für Berlin sind ca. 33,7 Mio. € p.A. Schuldendienst für Darlehen an Krankenhäuser für Krankenhausbaumaßnahmen enthalten, die in der Zeit zwischen 1995 und 2002 realisiert wurden. Die Annuitätendarlehen haben eine Darlehenslaufzeit bis 2015.

** Werte für Sachsen-Anhalt inklusive erwartete Einnahmen aus Benutzerbeiträgen gemäß Art. 14 GSG, ab 2007 ohne Schuldendienst (Zins und Tilgung) für kreditfinanziertes Investitionsprojekt in 1993.

Quelle: Umfrage der AÖLG, Befragung der Landeskrankenhausesgesellschaften, Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Berechnungen.

Deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich nicht nur für die Höhe der KHG-Fördermittel, sondern auch für deren Verteilung auf Pauschal- und die Einzelförderung ausmachen. Im Bundesdurchschnitt belief sich der Anteil der Pauschalförderung am Gesamtvolumen der Investitionsförderung im Jahr 2009 auf 41% (vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5: Verteilung der KHG-Fördermittel auf Pauschal- und Einzelförderung im Jahr 2009



Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden: 1. Die Investitionsmittel für Hochschulkliniken, 2. Die Investitionsmittel für Vertragskrankenhäuser, 3. Die Eigenmittel für Plankrankenhäuser, 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge (gilt nicht für Niedersachsen). Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein.

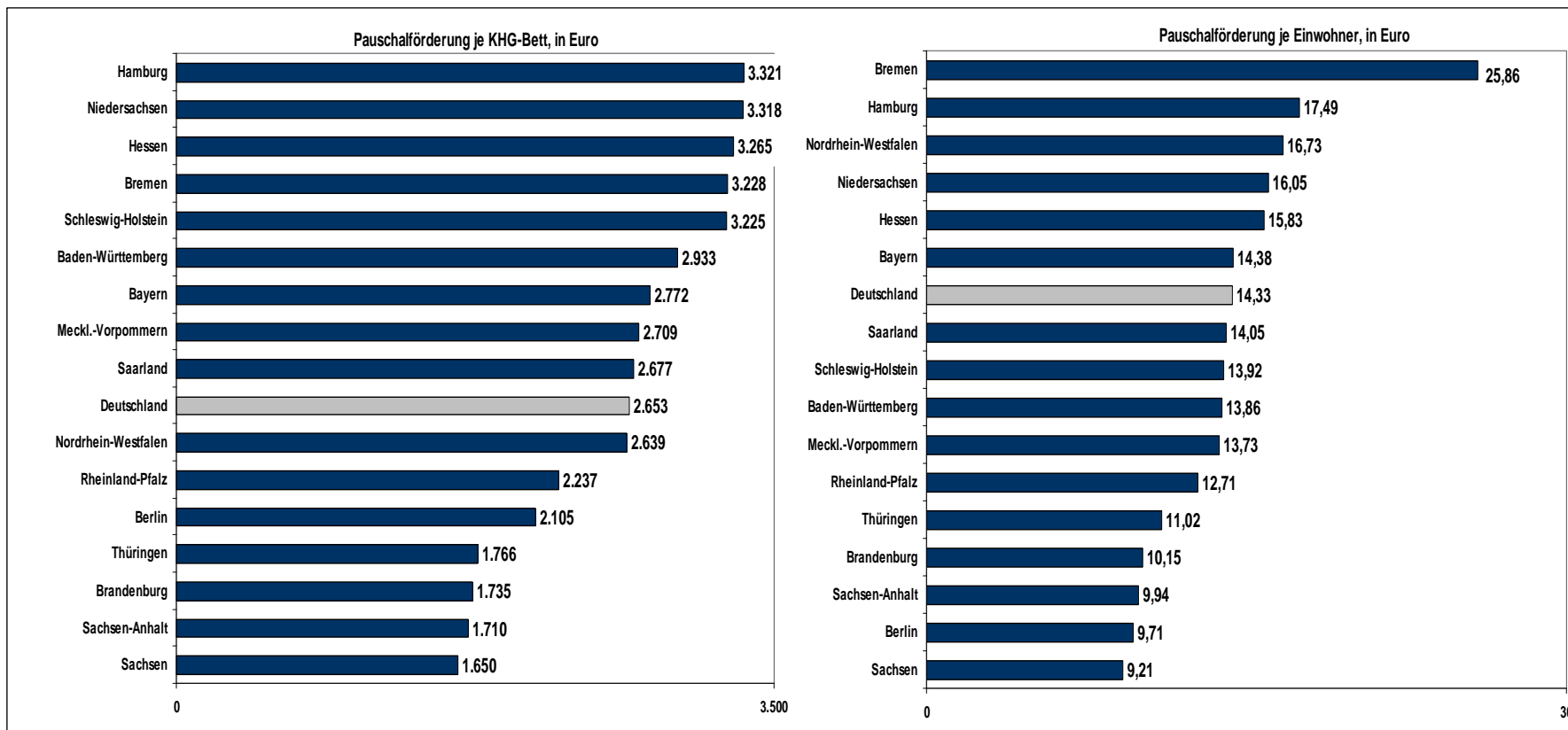
* In den Zahlen für Berlin sind ca. 33,7 Mio. € p.A. Schuldendienst für Darlehen an Krankenhäuser für Krankenhausbaumaßnahmen enthalten, die in der Zeit zwischen 1995 und 2002 realisiert wurden. Die Annuitätendarlehen haben eine Darlehenslaufzeit bis 2015.

** Werte für Sachsen-Anhalt inklusive erwartete Einnahmen aus Benutzerbeiträgen gemäß Art. 14 GSG, ab 2007 ohne Schuldendienst (Zins und Tilgung) für kreditfinanziertes Investitionsprojekt in 1993.

Quelle: Umfrage der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausesellschaften, eigene Berechnungen.

Die zwischen den Bundesländern zu beobachtenden Unterschiede in der Verteilung der KHG-Fördermittel auf Pauschal- und Einzelförderung wirken sich auch auf die absoluten Beträge der Pauschalförderung aus (vgl. Abbildung 4.6). Im Jahr 2009 wurden im Bundesdurchschnitt 2.653 Euro an Pauschalfördermitteln je KHG-Bett bereitgestellt. Je Einwohner wurden im Bundesdurchschnitt 14,33 Euro zur Verfügung gestellt. Auch bei Zugrundelegung dieser Bezugsgröße zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern.

Abbildung 4.6: Pauschalfördermittel im Jahr 2009 je KHG-Bett* und je Einwohner**



* Betten nach KHG, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden, Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2008.

** Stichtag Einwohnerzahl: 31.12.2008.

Quelle: Umfrage der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausesgesellschaften, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

4.4 Verordnungen der Bundesländer zur Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG

Baden-Württemberg									
Verordnung vom 29. Juni 1998, Änderung vom 19. Juli 2005									
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr								
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Wiederbeschaffung sowie die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Verbrauchsgüter und Gebrauchsgüter (kurzfristige Anlagegüter). • Sonstige nach § 12 Abs. 1 LKHG förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 LKHG festgelegten Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen. <p>Kostengrenzen für Krankenhäuser mit:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">bis zu 250 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">60.000 €</td> </tr> <tr> <td>bis zu 350 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">95.000 €</td> </tr> <tr> <td>bis zu 650 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">120.000 €</td> </tr> <tr> <td>über 650 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">155.000 €</td> </tr> </table>	bis zu 250 Planbetten	60.000 €	bis zu 350 Planbetten	95.000 €	bis zu 650 Planbetten	120.000 €	über 650 Planbetten	155.000 €	<p>1. Grundpauschale</p> <p>Die Grundpauschale beträgt für jedes Krankenhaus 95% der Grundpauschale des Jahres 2004 und wird um die für 2004 gewährte Großgerätepauschale erhöht.</p> <p>Die Grundpauschale wird einmalig ermittelt und unverändert jährlich weitergewährt, es sei denn das Krankenhaus</p> <ul style="list-style-type: none"> • reduziert die Planbetten um mehr als 20%, • scheidet mit einer ganzen bettenführenden Fachabteilung aus dem Krankenhausplan des Landes aus oder wird mit einer ganzen bettenführenden Fachabteilung in den Krankenhausplan aufgenommen, • wird mit einer um mindestens 20% höheren Planbettenzahl in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen. <p>Bemessungsgrundlage für die Planbettenzahlabweichung ist die der Pauschalförderung 2005 zugrunde liegende Planbettenzahl beziehungsweise die nach einer erfolgten Anpassung der Grundpauschale zugrunde liegenden Planbettenzahl.</p> <p>2. Fallmengenpauschale</p> <p>Die Fallmengenpauschale errechnet sich durch Multiplikation der Fallzahl mit den Fallwerten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallzahlen werden nach Fachgebieten aufgeschlüsselt der amtlichen Krankenhausstatistik entnommen; maßgeblich sind die gemeldeten Daten des Vorjahres. Die Fallzahlen werden nach den für die amtliche Krankenhausstatistik maßgeblichen Berechnungsformeln ermittelt. • Die Ermittlung der Fallwerte geschieht auf folgende Weise: <p>Die Fachabteilungen werden drei Gruppen zugeordnet, deren Fälle wie folgt gewichtet werden:</p> <p><u>Gruppe 1:</u> Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychotherapeutische Medizin (bisher Psychosomatik) mit Faktor 0,6.</p>
bis zu 250 Planbetten	60.000 €								
bis zu 350 Planbetten	95.000 €								
bis zu 650 Planbetten	120.000 €								
über 650 Planbetten	155.000 €								

	<p><u>Gruppe 2:</u> Innere Medizin, Kinderheilkunde (einschließlich Kinderkardiologie) und Neurologie mit Faktor 1,0.</p> <p><u>Gruppe 3:</u> Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Neurochirurgie, Nuklearmedizin (Therapie), Orthopädie, Plastische Chirurgie, Strahlentherapie, Urologie und sonstige Fachabteilungen im Sinne der Krankenhausstatistikverordnung mit Faktor 1,4.</p> <p>Ausgangswert für die Ermittlung der Fallwerte ist ein Betrag in Höhe von 19,5 Millionen € dividiert durch die Gesamtsumme der gewichteten Fallzahlen aller pauschal geförderten Krankenhäuser. Daraus ergibt sich der durchschnittliche Fallwert. Entsprechend der Gewichtung werden die für die Gruppen maßgeblichen Fallwerte errechnet. Die Fallwerte werden auf durch 10 teilbare Centbeträge abgerundet.</p> <p>3. Ausbildungsplätze und teilstationäre Plätze</p> <ul style="list-style-type: none"> - für jeden ausgewiesenen Ausbildungsplatz 75 € - Plätze in teilstationären Einrichtungen 770 €
--	--

Bayern	
Verordnung zur Durchführung des Bayerischen Krankenhausgesetzes vom 14. Dezember 2007	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern • sonstige nach Art. 11 Abs. 1 Satz 1 BayKrG förderfähige Investitionen, wenn die Kosten einschließlich Umsatzsteuer für das einzelne Vorhaben ein Fünftel der Jahrespauschale des einzelnen Krankenhauses nicht übersteigen. 	<p>Die jährlich festzusetzende Pauschalförderleistung errechnet sich aus einem leistungsbezogenen und einem aufgabenbezogenen Teilbetrag. Die Fördermittel werden im Verhältnis 60:40 verteilt.</p> <p>Leistungsbezogener Teilbetrag:</p> <p>Zur Bestimmung des leistungsbezogenen Teilbetrags der Jahrespauschale sind die nach durchschnittlicher Fallschwere gewichteten Fallzahlen des Krankenhauses maßgeblich. Der Teilbetrag ergibt sich aus der Summe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Zahl der über DRG-Fallpauschalen vergüteten vollstationären somatischen Fälle, multipliziert mit dem Case-Mix-Index und dem jährlich festzusetzenden fallanteiligen Förderbetrag, 2. der Zahl der vergüteten vollstationären somatischen Fälle in besonderen Einrichtungen, multipliziert mit dem Verhältnis des hierfür erzielten durchschnittlichen Fallerlöses zum landesweiten Basisfallwert und dem jährlich festzusetzenden fallanteiligen Förderbetrag, sowie 3. der Zahl der voll- und teilstationären Fälle der Fachrichtungen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik, multipliziert mit einem Gewichtungsfaktor von 0,7 und dem jährlich festzusetzenden fallanteiligen Förderbetrag. <p>Aufgabenbezogener Teilbetrag:</p> <p>Der aufgabenbezogene Teilbetrag der Jahrespauschale ergibt sich aus den für die medizinische Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan jeweils zu Jahresbeginn ausgewiesenen Kapazitäten an voll- und teilstationären Behandlungsplätzen des Krankenhauses, die nach dem gruppenspezifischen Investitionsbedarf zu gewichten und mit dem jährlich festzusetzenden anteiligen Förderbetrag zu multiplizieren sind. Die Gewichtungsfaktoren betragen:</p>

	<u>voll-</u> <u>stationär</u>	<u>teil-</u> <u>stationär</u>
1. für vorgehaltene somatische Kapazitäten in Schwerpunktkrankenhäusern nach Art. 4 Abs. 2 Sätze 3 und 4 BayKrG	1,5	1,7
2. für vorgehaltene somatische Kapazitäten in allen anderen Krankenhäusern	0,8	1,0
3. für vorgehaltene Kapazitäten der Fachrichtungen PSY, KJP und PSO	1,6	1,5

Berlin	
Verordnung vom 04. Juli 2000, letzte Änderung vom 16. Oktober 2009	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für:	Der Fallwert beträgt jährlich für jeden im vorangegangenen Jahr abgeschlossenen Behandlungsfall 50,29 €
<ul style="list-style-type: none"> • die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) • sonstige nach § 7 Abs. 1 LKG Berlin förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten einschließlich Mehrwertsteuer für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern mit einer Jahrespauschale 	Für
	Fachabteilungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik 130,00 €
	Fachabteilungen der Herzchirurgie 125,73 €
	Belegkliniken und Nachtkliniken 25,15 €
	Zuschlag für Ausbildungsplätze 102,26 €
<ul style="list-style-type: none"> ≤ 511.292 € den Betrag von 51.130 € > 511.292 € ≤ 1.022.584 € den Betrag von 102.259 € > 1.022.584 € ≤ 1.533.876 € den Betrag von 153.388 € > 1.533.876 € den Betrag von 204.517 € 	
nicht übersteigen.	

Brandenburg	
Verordnung vom 07. Juli 2009	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Auf Antrag werden Fördermittel für</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) • kleine bauliche Maßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (125.000 €) nicht übersteigen. 	<p>Die Förderung <u>je Bett</u> beträgt bei Krankenhäusern</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Grundversorgung 450 € • der Regelversorgung 565 € • der Schwerpunktversorgung 795 € • bei Fachkrankenhäusern 523 € <p>Die Förderung <u>in Abhängigkeit der Summe der Bewertungsrelationen</u> wird ermittelt, indem die Summe der Bewertungsrelationen der für das Krankenhaus im Jahr 2008 vereinbarten Behandlungsfälle mit dem Faktor 28,50 € multipliziert wird. Für das Fachgebiet Psychiatrie wird das Produkt aus den vereinbarten Fallzahlen und dem Wert 0,75 gebildet und mit dem Faktor 28,50 € multipliziert. Für das Fachgebiet der neurologischen Frührehabilitation wird das Produkt aus den vereinbarten Fallzahlen und dem Wert 3,50 gebildet und mit dem Faktor 28,50 € multipliziert.</p> <p>Krankenhäuser, die eine tagesklinische Einrichtung betreiben, erhalten für jeden betriebenen und nach dem Krankenhausplan bedarfsnotwendigen teilstationären Behandlungsplatz eine pauschale Förderung in Höhe von 85 v. H. des Betrages, der für ein bedarfsnotwendiges Bett vorgesehen ist.</p> <p>Krankenhäuser, die eine Ausbildungsstätte betreiben, welche nach dem KHG gefördert wird, erhalten zur Förderung der für diese Ausbildungsstätte notwendigen Investitionen im Jahr 2009 einen Betrag in Höhe von 100 € je pflegesatzfinanziertem Ausbildungsplatz.</p>

Bremen	
Verordnung vom 15. Juli 2003	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>1. Durch feste jährliche Beträge werden gefördert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter), • die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer, • sonstige nach § 10 BremKHG förderfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach § 9 BremKHG festgelegten Betrag (Wertgrenze) nicht übersteigen. Die Wertgrenze kann für Gruppen von Krankenhäusern unterschiedlich hoch festgelegt werden. Im Ausnahmefall kann auf Antrag ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan notwendig oder ausreichend ist. <p>2. Die Pauschalbeträge nach Absatz 1 dürfen nur zur Erfüllung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses verwendet werden.</p> <p>3. Die Pauschalbeträge nach Absatz 1 unterteilen sich in eine</p> <p>(1) Grundförderung nach den im Krankenhaus ausgewiesenen Planbetten und Behandlungsplätzen,</p> <p>(2) Leistungsförderung nach Versorgungsstufen und nach der Anzahl der Krankenhausaufnahmen,</p> <p>(3) Sonderförderung insbesondere für Intensivbetten, medizinisch-technische Großgeräte und mit den Beteiligten abgestimmte Leistungsschwerpunkte</p> <p>Wertgrenze für Krankenhäuser (inkl. Mehrwertsteuer):</p> <p>bis zu 350 Krankenhausbetten 51.129,00 € (1. Versorgungsstufe)</p> <p>über 350 Krankenhausbetten 76.694,00 € (2. Versorgungsstufe)</p>	<p><u>Grundförderung</u> für jedes in den Krankenhausplan aufgenommene, nach § 6 KHG beschiedenen Planbett und jeden anerkannten teilstationären Behandlungsplatz als Grundbetrag des jährlichen Pauschalbetrages 511,00 €</p> <p><u>Leistungsförderung</u> bei Krankenhäusern</p> <p>bis zu 350 Krankenhausbetten 1.099,00 € (1. Versorgungsstufe)</p> <p>über 350 Krankenhausbetten 1.355,00 € (2. Versorgungsstufe)</p> <p>über 650 Krankenhausbetten 1.713,00 € (3. Versorgungsstufe)</p> <p>Planbetten und anerkannte teilstationäre Behandlungsplätze der Psychiatrie und Belegbetten werden der ersten Versorgungsstufe zugeordnet.</p> <p>Die Leistungspauschale bleibt unverändert, solange der durch die Anzahl der Krankenhausaufnahmen (Fallzahl) bestimmte Leistungsumfang im Vergleich zu den durchschnittlichen Fallzahlen der Jahre 1993 bis 1996 nicht zurückgeht. Andernfalls gestaffelte Minderung.</p> <p>Zusätzlich zur Leistungspauschale fallbezogener jährlicher Pauschalbetrag in Höhe von 13,00 €.</p> <p>Sonderförderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag für jedes vorgehaltene Intensivbett in Höhe von 2.045,00 €. • Bei Erreichen der Auslastungszahlen werden die Jahrespauschalen für die medizinisch-technischen Großgeräte folgendermaßen in voller Höhe gewährt: <p>- CT</p> <p style="padding-left: 20px;">Volumen CT 51.129,00 € Konventioneller CT 51.129,00 €</p> <p>- MR 81.807,00 €</p> <p>- LHK</p> <p style="padding-left: 20px;">1-Ebene-Messplatz 58.799,00 € 2-Ebene-Messplatz 94.589,00 €</p>

über 650 Krankenhausbetten (3. Versorgungsstufe)	102.258,00 €	- CT mit hoher Photonenenergie 91.010,00 € mit niedr. Photonenenergie 63.911,00 €
		Auslastungszahlen (jeweils Behandlungsfälle pro Jahr):
		- CT Volumen CT 4.000 Konventioneller CT 3.400
		- MR 2.400
		- LHK 1-Ebene-Messplatz 1.950 2-Ebene-Messplatz 1.950
		- CT mit hoher Photonenenergie 9.800 mit niedr. Photonenenergie 9.800
		Krankenhäuser, die nach dem KHG geförderte Ausbildungsstätten betreiben, erhalten zur Förderung der für diese Ausbildungsstätten notwendigen Investitionen einen Zuschlag zum Pauschalbetrag von 82,00 € jährlich für jeden vorgehaltenen und beschiedenen Ausbildungsplatz.

Hamburg	
Verordnung vom 17. April 2007, Änderung vom 01. April 2010	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Wiederbeschaffung und Ergänzung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, sofern sie kurzfristige Anlagegüter sind (ausgenommen Verbrauchs- und Gebrauchsgüter), • kleine Baumaßnahmen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 festgelegten Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen, • sonstige nach § 21 förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (Kostengrenze i. H. v. derzeit 100.00 €) nicht übersteigen. 	<p>Jahrespauschale für das Jahr 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> • in Höhe von 66 € je effektiver Bewertungsrelation für Fälle, die nach DRG-Fallpauschalen oder nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nicht mit den DRG-Fallpauschalen vergütet werden, • in Höhe von 83 € je Fall für stationäre und teilstationäre Fälle in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychosomatik, • in Höhe von 77 € je Ausbildungsplatz für die notwendigerweise mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten, • in Höhe von 6 € je ambulant versorgtem Notfall, • in Höhe von 33 € je Quartalschein für Fälle der psychiatrischen Institutsambulanzen sowie der Suchtambulanzen.

Hessen																																																																
Verordnung vom 23. Februar 2006																																																																
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr																																																															
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter); • die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (mittel- und langfristige Anlagegüter) und Errichtungsmaßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 10 v. H. der für das Jahr 1999 festgesetzten Jahrespauschale oder 105.000 € ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen; • den Ergänzungsbedarf an kurz- oder mittelfristigen Anlagegütern, soweit dieser über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung nicht wesentlich hinausgeht. <p>Die Kostengrenzen nach § 25 Abs. 1 Nr. 2 des Hessischen Krankenhausgesetzes betragen für das einzelne Vorhaben zehn v. H. der festgesetzten Jahrespauschale, mindestens aber 106.000 € ohne Umsatzsteuer.</p>	<p>Die Ermittlung der Jahrespauschale erfolgt für die einzelnen Krankenhäuser auf der Grundlage der im Vorjahr voll- oder teilstationär behandelten Fälle.</p> <p>Die Fälle werden dazu nach der fachgebietsspezifischen Verweildauer (Verweildauergewicht), der Fachgebietszugehörigkeit (Fachgebietsgewicht) und der krankenhausspezifischen Versorgungsstruktur (Krankenhausgewicht) gewichtet.</p> <p>Die Faktoren für die Gewichtung der Fälle nach der fachgebietsspezifischen Verweildauer (Verweildauergewicht) und der Fachgebietszugehörigkeit (Fachgebietsgewicht) betragen:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"></th> <th style="text-align: center;"><u>Verweildauer- gewicht</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Fachgebiets- gewicht</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Augenheilkunde:</td><td style="text-align: center;">0,7</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Chirurgie:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Herzchirurgie:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Frauenheilkunde und Geburtshilfe:</td><td style="text-align: center;">0,8</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Hals-Nasen- Ohrenheilkunde:</td><td style="text-align: center;">0,8</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Haut- und Ge- schlechts- krankheiten:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Innere Medizin:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Klinische Geriat- rie:</td><td style="text-align: center;">1,9</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Kinder- und Ju- gendmedizin:</td><td style="text-align: center;">0,9</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie:</td><td style="text-align: center;">0,8</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Neurochirurgie:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Neurologie:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Urologie:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Nuklearmedizin:</td><td style="text-align: center;">0,8</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Strahlentherapie:</td><td style="text-align: center;">0,9</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Psychiatrie und Psychotherapie:</td><td style="text-align: center;">2,2</td><td style="text-align: center;">0,8</td></tr> <tr><td>Kinder- und Ju- gendspsychiatrie und-psychothe- rapie:</td><td style="text-align: center;">4,7</td><td style="text-align: center;">0,8</td></tr> <tr><td>Psychosomatische Medizin und Psy- chotherapie:</td><td style="text-align: center;">4,8</td><td style="text-align: center;">0,8</td></tr> <tr><td>Zusatzkategorie A:</td><td style="text-align: center;">1,8</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Zusatzkategorie B:</td><td style="text-align: center;">2,5</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> </tbody> </table>		<u>Verweildauer- gewicht</u>	<u>Fachgebiets- gewicht</u>	Augenheilkunde:	0,7	1,5	Chirurgie:	1,0	1,5	Herzchirurgie:	1,0	1,5	Frauenheilkunde und Geburtshilfe:	0,8	1,5	Hals-Nasen- Ohrenheilkunde:	0,8	1,5	Haut- und Ge- schlechts- krankheiten:	1,0	1,0	Innere Medizin:	1,0	1,0	Klinische Geriat- rie:	1,9	1,0	Kinder- und Ju- gendmedizin:	0,9	1,0	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie:	0,8	1,5	Neurochirurgie:	1,0	1,5	Neurologie:	1,0	1,0	Urologie:	1,0	1,5	Nuklearmedizin:	0,8	1,5	Strahlentherapie:	0,9	1,5	Psychiatrie und Psychotherapie:	2,2	0,8	Kinder- und Ju- gendspsychiatrie und-psychothe- rapie:	4,7	0,8	Psychosomatische Medizin und Psy- chotherapie:	4,8	0,8	Zusatzkategorie A:	1,8	1,0	Zusatzkategorie B:	2,5	1,0
	<u>Verweildauer- gewicht</u>	<u>Fachgebiets- gewicht</u>																																																														
Augenheilkunde:	0,7	1,5																																																														
Chirurgie:	1,0	1,5																																																														
Herzchirurgie:	1,0	1,5																																																														
Frauenheilkunde und Geburtshilfe:	0,8	1,5																																																														
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde:	0,8	1,5																																																														
Haut- und Ge- schlechts- krankheiten:	1,0	1,0																																																														
Innere Medizin:	1,0	1,0																																																														
Klinische Geriat- rie:	1,9	1,0																																																														
Kinder- und Ju- gendmedizin:	0,9	1,0																																																														
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie:	0,8	1,5																																																														
Neurochirurgie:	1,0	1,5																																																														
Neurologie:	1,0	1,0																																																														
Urologie:	1,0	1,5																																																														
Nuklearmedizin:	0,8	1,5																																																														
Strahlentherapie:	0,9	1,5																																																														
Psychiatrie und Psychotherapie:	2,2	0,8																																																														
Kinder- und Ju- gendspsychiatrie und-psychothe- rapie:	4,7	0,8																																																														
Psychosomatische Medizin und Psy- chotherapie:	4,8	0,8																																																														
Zusatzkategorie A:	1,8	1,0																																																														
Zusatzkategorie B:	2,5	1,0																																																														

Das **Krankenhausgewicht** ergibt sich aus der Fachabteilungsstruktur und beträgt bei Allgemeinkrankenhäusern, bei denen die Summe der Fachgebietsgewichte

höchstens den Wert 5,5 1,000,
erreicht

einen Wert von über 5,5 1,075,
und höchstens 11 erreicht

einen Wert von über 11 1,150.
erreicht

Bei psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern beträgt das Krankenhausgewicht 1,000 und bei allen übrigen Fachkrankenhäusern 1,150.

Zur Berechnung der Jahrespauschale werden die nach Fachgebiet unterschiedenen Fälle eines Krankenhauses mit dem jeweiligen Verweildauer- und Fachgebietsgewicht sowie mit dem Krankenhausgewicht des entsprechenden Krankenhauses multipliziert und jeweils auf eine Dezimale gerundet. Die gewichteten, nach Fachgebiet unterschiedenen Fälle werden je Krankenhaus addiert.

Die für die Jahrespauschale zur Verfügung stehenden Mittel werden durch die Summe der gewichteten Fälle aller Krankenhäuser geteilt. Das Ergebnis stellt den einfachen Fallwert dar. Dieser wird jährlich im Staatsanzeiger für das Land Hessen veröffentlicht.

Die gewichteten Fälle des jeweiligen Krankenhauses werden mit dem einfachen Fallwert multipliziert. Das Ergebnis gibt den pauschalen Förderbetrag für das einzelne Krankenhaus wieder.

Der **Zuschlag für geförderte Ausbildungsstätten** beträgt für jeden als förderungsfähig zugrunde gelegten Ausbildungsplatz 64 €.

Mecklenburg-Vorpommern	
Verordnung vom 02. Juni 2010	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter), 2. die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer entsprechend Nr. 1, 3. sonstige nach § 29 LKHG M-V förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben 55.000 € ohne Mehrwertsteuer nicht überschreiten. Das Krankenhaus darf die Kostengrenze von 55.000 € im Einzelfall mit Einwilligung des Sozialministeriums überschreiten; das Sozialministerium hat vor der Einwilligung das Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. 	<p>Der jährliche Pauschalbetrag beträgt im Jahr 2010</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1. bei den Krankenhäusern oder Fachabteilungen, die nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen 2,2797% der pflegesatzfähigen Kosten, die unter der laufenden Nummer 9 im Formblatt K 5 der Anlage 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 BPfIV ausgewiesen sind. 2. 2. bei den Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, 2,2797% vom vereinbarten Erlösbudget nach § 4 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG, das unter der laufenden Nummer 26 im Formblatt B 2 der Anlage 1 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung nach § 11 Abs. 4 KHEntgG ausgewiesen ist. Dem sind hinzuzurechnen der vereinbarte Gesamtbetrag nach § 5 Absatz 3 KHEntgG für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Absatz 2 Nr. 4 KHEntgG und die Summen für die Vergütung der Entgelte aus dem Jahr 2008 nach § 17b KHG entsprechend dem Formblatt E 3 der Anlage 1 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung nach § 11 Absatz 4 KHEntgG.

Niedersachsen									
Verordnung vom 13. April 2007									
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr								
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) • für kleine bauliche Maßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 39.481 € ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen 	<p>Die Pauschale je Bett beträgt:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Anforderungsstufe 1 (bis zu 230 Betten)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">1.701 €</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Anforderungsstufe 2 (mit 231 bis zu 330 Betten)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">2.065 €</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Anforderungsstufe 3 (mit 331 bis zu 630 Betten)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">2.386 €</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Anforderungsstufe 4 (mehr als 630 Betten)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">3.051 €</td> </tr> </table>	Anforderungsstufe 1 (bis zu 230 Betten)	1.701 €	Anforderungsstufe 2 (mit 231 bis zu 330 Betten)	2.065 €	Anforderungsstufe 3 (mit 331 bis zu 630 Betten)	2.386 €	Anforderungsstufe 4 (mehr als 630 Betten)	3.051 €
Anforderungsstufe 1 (bis zu 230 Betten)	1.701 €								
Anforderungsstufe 2 (mit 231 bis zu 330 Betten)	2.065 €								
Anforderungsstufe 3 (mit 331 bis zu 630 Betten)	2.386 €								
Anforderungsstufe 4 (mehr als 630 Betten)	3.051 €								

Nordrhein-Westfalen	
Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) vom 18. März 2008, geändert durch ÄndVO v. 12. Mai 2009 (GV.NRW.S. 323)	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (Baupauschale) (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW) • die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) (§ 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW) 	<p>Die Jahrespauschalen setzen sich zusammen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallwertbeträgen für Abrechnungen von Fallpauschalen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 3 KHEntgG • Tageswertbeträgen für Abrechnungen nach der BPfIV • Budgetbeträgen für Abrechnungen von Entgelten nach § 6 Abs. 2 a und § 7 Satz 1 Nr. 2, Nr. 5 und Nr. 6 KHEntgG • Ausbildungsbeträgen für im Genehmigungsbescheid nach § 6 PauschKHFVO ausgewiesene Ausbildungsplätze. <p>Die Berechnung der Fallwertbeträge erfolgt durch Multiplikation der effektiven Bewertungsrelationen (gemäß Anlage 1 (AEB) zu § 11 Abs. 4 KHEntgG, Formular E 1, Spalte 17, Zeile „Summe insgesamt“ i. V. m. § 7 Satz 1 Nr. 1 und 3 KHEntgG) mit einem Fallwert. Der Fallwert wird ermittelt, indem der jeweilige Haushaltsansatz für die Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW vermindert um die Summe aller Beträge für die Baupauschale nach §§ 3 bis 5 aller förderfähigen Krankenhäuser durch die Summe der Bemessungsgrundlagen aller förderfähigen Krankenhäuser geteilt wird. Bei der Berechnung der Pauschale für die kurzfristigen Anlagegüter wird auf die Beträge und den Haushaltsansatz für die Pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW abgestellt.</p> <p>Bemessungsgrundlagen für die Tageswertbeträge sind das 1,6fache der vollstationären Berechnungstage und die teilstationären Berechnungstage gemäß § 13 Abs. 1 BPfIV. Für die Baupauschale werden die Bemessungsgrundlagen mit einem Tageswert vervielfacht. Dieser wird berechnet, indem 1,3 v. H. aller nach § 1 Nr. 2 abzurechnenden Leistungen der Krankenhäuser gemäß Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPfIV, Formular K 5, Zeile Nr. 9 zzgl. Nr. 13, jeweils Spalte 4 durch die Summen der Bemessungsgrundlagen aller förderfähigen Krankenhäuser gemäß Abs. 1 geteilt wird. Die Berechnung der Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter erfolgt analog der Berechnung der Baupauschale mit der Maßgabe, dass der anzuwendende Vomhundertsatz 2,0 beträgt.</p>

	<p>Bemessungsgrundlage für die Budgetbeträge ist die Summe der Beträge gemäß Anlage 1 (AEB) zu § 11 Abs. 4 KHEntgG aus</p> <ol style="list-style-type: none">1. Formular E 2, Spalte 4, Zeile „Summe ZE insgesamt“2. Formulare E 3.1, Spalte 21; E 3.2, Spalte 4; E 3.3, Spalte 5, Zeile „Summe“ <p>Für die Baupauschale beträgt der Budgetbetrag 1,63 v. H. der Bemessungsgrundlage. Für die Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter beträgt der Budgetbetrag 2,5 v. H. der Bemessungsgrundlage.</p> <p>Bemessungsgrundlage für die Ausbildungsbeträge ist die Zahl der im Genehmigungsbescheid nach § 6 PauschKHFVO ausgewiesenen Ausbildungsplätze. Für die Baupauschale beträgt der Ausbildungsbetrag 74 € je Ausbildungsplatz. Für die Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter beträgt der Ausbildungsbetrag 115 € je Ausbildungsplatz.</p>
--	---

Rheinland-Pfalz	
Verordnung vom 29. April 1996	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter • Die Investitionskosten für kleine bauliche Maßnahmen, die den festzusetzenden Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen <p>Die Kostengrenze beträgt für</p> <p>Tageskliniken 10.225,84 €</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankenhäusern der Grundversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit bis zu 250 Planbetten 43.459,81 € - Krankenhäusern der Regelversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 251 bis zu 500 Planbetten 51.129,19 € - Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 501 bis zu 800 Planbetten 61.355,03 € - Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit mehr als 800 Planbetten 76.693,78 € <p>ohne Umsatzsteuer.</p>	<p>1) Der Grundbetrag beträgt bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankenhäusern der Grundversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit bis zu 250 Planbetten 30.677,51 € - Krankenhäusern der Regelversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 251 bis zu 500 Planbetten 61.355,03 € - Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 501 bis zu 800 Planbetten 122.710,05 € - Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit mehr als 800 Planbetten 245.420,10 € <p>Bei Krankenhäusern, die über mehrere Betriebsstätten in verschiedenen Orten verfügen, wird der Grundbetrag für jede Betriebsstätte gewährt.</p> <p>Tageskliniken erhalten eine Jahrespauschale in Höhe von 1.227,10 € pro Platz.</p> <p>2) Krankenhäuser erhalten einen Fallbetrag pro Jahr. Der Fallbetrag ergibt sich aus der Fallzahl, multipliziert mit dem Fallwert. Der Fallwert ist im Staatsanzeiger Rheinland-Pfalz bekannt zu machen.</p> <p>3) Medizinisch-technische Großgeräte</p> <p>Der Förderbetrag beträgt für die Wiederbeschaffung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CT 25.564,59 € - KT (MR-Geräte) 81.806,70 € - LHKM 81.806,70 € - LIN 97.145,46 € - Lithotriptern 61.355,03 € <p>4) Krankenhäuser, die nach dem KHG in der jeweils geltenden Fassung geförderte Ausbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens betreiben, erhalten einen Förderbetrag in Höhe von 102,26 € pro Jahr für jeden am 31. Dezember des Vorjahres besetzten Ausbildungsplatz einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte.</p>

Saarland																													
Verordnung vom 21. September 2005																													
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr																												
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie für • kleine bauliche Maßnahmen. <p>Die Pauschalförderung gliedert sich in eine bettenbezogene Grundpauschale zur Abgeltung der entstehenden Vorhaltekosten und eine fallbezogene Jahrespauschale.</p> <p>Die bettenbezogene Grundpauschale besteht aus einer allgemeinen Bettenpauschale und einer gewichteten abteilungsbezogenen Bettenpauschale.</p>	<p>Die jahresbezogene Pauschalförderung beträgt, vorbehaltlich zur Verfügung stehender Haushaltsmittel, insgesamt mindestens 98, höchstens 102% der Pauschalförderung des Vorjahres.</p> <p>Abzüglich der Fördermittel für Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen, die nach der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (BPfIV) vergütet werden, werden hälftig die im jeweiligen Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Mittel für die bettenbezogene Grundpauschale und die einzelfallbezogene Jahrespauschale bewilligt.</p> <p>Zur Ermittlung der einzelfallbezogenen Jahrespauschale wird die für das Vorjahr vereinbarte Gesamtfallzahl (AEB: E1 + E3.1 + E3.3) zuzüglich der von einem Wirtschaftsprüfer bestätigten Fallzahl der nur vorstationären Fälle mit dem für das Vorjahr vereinbarten Case-Mix-Index multipliziert.</p> <p>Von der bettenbezogenen Grundpauschale entfallen 10% auf die allgemeine Bettenpauschale und 90% auf die abteilungsbezogene Bettenpauschale.</p> <p>Die allgemeine Bettenpauschale richtet sich dabei nach Bettenbandbreiten von jeweils 20 Betten. Gefördert wird der jeweilige Mittelwert.</p> <p>Die abteilungsbezogene Bettenpauschale richtet sich nach der Anzahl der im Feststellungsbescheid für das jeweilige Jahr festgelegten Bettenzahl und wird wie folgt gewichtet:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Abteilung</th> <th style="text-align: right;">Faktor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Augenheilkunde</td> <td style="text-align: right;">1,25</td> </tr> <tr> <td>Chirurgie</td> <td style="text-align: right;">1,25</td> </tr> <tr> <td> allgemein</td> <td style="text-align: right;">1,25</td> </tr> <tr> <td> Gefäßchirurgie</td> <td style="text-align: right;">1,25</td> </tr> <tr> <td> Herz- und/oder Thoraxchirurgie</td> <td style="text-align: right;">1,50</td> </tr> <tr> <td> Kinderchirurgie</td> <td style="text-align: right;">1,25</td> </tr> <tr> <td> Orthopädie und Unfallchirurgie</td> <td style="text-align: right;">1,50</td> </tr> <tr> <td> plastische Chirurgie</td> <td style="text-align: right;">1,25</td> </tr> <tr> <td>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</td> <td></td> </tr> <tr> <td> Frauenheilkunde</td> <td style="text-align: right;">1,25</td> </tr> <tr> <td> Frauenheilkunde und Geburtshilfe</td> <td style="text-align: right;">1,50</td> </tr> <tr> <td>HNO-Heilkunde</td> <td style="text-align: right;">1,50</td> </tr> <tr> <td>Haut- und Geschlechtskrankheiten</td> <td style="text-align: right;">0,75</td> </tr> </tbody> </table>	Abteilung	Faktor	Augenheilkunde	1,25	Chirurgie	1,25	allgemein	1,25	Gefäßchirurgie	1,25	Herz- und/oder Thoraxchirurgie	1,50	Kinderchirurgie	1,25	Orthopädie und Unfallchirurgie	1,50	plastische Chirurgie	1,25	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		Frauenheilkunde	1,25	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1,50	HNO-Heilkunde	1,50	Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,75
Abteilung	Faktor																												
Augenheilkunde	1,25																												
Chirurgie	1,25																												
allgemein	1,25																												
Gefäßchirurgie	1,25																												
Herz- und/oder Thoraxchirurgie	1,50																												
Kinderchirurgie	1,25																												
Orthopädie und Unfallchirurgie	1,50																												
plastische Chirurgie	1,25																												
Frauenheilkunde und Geburtshilfe																													
Frauenheilkunde	1,25																												
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1,50																												
HNO-Heilkunde	1,50																												
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,75																												

	Innere Medizin und Allgemeinmedizin	
	allgemein	0,80
	Endokrinologie und Diabetologie	1,25
	Gastroenterologie	1,25
	Hämatologie und Onkologie	3,00
	Kardiologie	1,50
	Nephrologie	0,80
	Pneumologie	0,80
	Rheumatologie	0,80
	Kinder- und Jugendmedizin	1,00
	MKG-Chirurgie	1,25
	Neurochirurgie	1,50
	Nuklearmedizin	1,80
	Strahlentherapie	3,00
	Urologie	1,25
	sonstige Fachbereiche (außer Psychiatrie)	1,00
	Geriatric	0,50
	Interdisz. Intensiv	2,00
	Dialyse	0,80
	Geriatric	0,50
	Soweit es sich um Belegbetten handelt, wird das Ergebnis mit dem Faktor 0,9 multipliziert.	

Sachsen													
Verordnung vom 15. Juli 1998 i. V. m. Bekanntmachung vom 05. Januar 2010													
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr												
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern (Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände), ausgenommen Gebrauchs- und Verbrauchsgüter • sonstige nach § 10 Abs. 1 SächsKHG förderfähige Investitionen, wenn die Kosten einschließlich Umsatzsteuer für das einzelne Vorhaben ein Viertel der Jahrespauschalen des einzelnen Krankenhauses gemäß Absatz 3, höchstens jedoch bei Krankenhäusern und Fachabteilungen der <p>Regelversorgung den Betrag von 61.355,03 €</p> <p>Schwerpunktversorgung den Betrag von 102.258,38 €</p> <p>Maximalversorgung den Betrag von 127.822,97 €</p> <p>nicht übersteigen.</p>	<p>1. Der Sockelbetrag ergibt sich aus dem Sockelwert, Sockelwertfaktor sowie der Anzahl der Planbetten/ tagesklinischen Plätze</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Sockelwert</td> <td style="text-align: right;">400,00 €</td> </tr> <tr> <td>Sockelwertfaktor je Planbett</td> <td style="text-align: right;">1,0</td> </tr> <tr> <td>Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz</td> <td style="text-align: right;">0,5</td> </tr> </table> <p>2. Die Fachrichtungspauschale für das einzelne Krankenhaus ist das Produkt aus dem Fachrichtungswert, dem Fachrichtungsfaktor und der Anzahl der vorgehaltenen Fachrichtungen.</p> <p>Zur Ermittlung des Fachrichtungswertes ist der Anteil für Fachrichtungspauschalen durch die Gesamtsumme der mit einem Fachrichtungsfaktor gewichteten Fachrichtungen aller Krankenhäuser zu teilen. Der Fachrichtungsfaktor beträgt 1,0, wenn eine Fachrichtung nicht als Belegabteilung geführt wird. Bei Belegabteilungen, die 10 oder mehr Betten vorhalten, beträgt der Fachrichtungsfaktor 0,5. Belegabteilungen mit weniger als 10 Betten werden derzeit nicht berücksichtigt.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Fachrichtungswert</td> <td style="text-align: right;">37.000,00 €</td> </tr> </table> <p>3. Die Fallzahlpauschale ist das Produkt aus Fallwert, Fallwertfaktor und der Fallzahl.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Fallwert</td> <td style="text-align: right;">15,10 €</td> </tr> </table> <p>Der Fallwertfaktor beträgt für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankenhäuser der Regelversorgung 1,0 - Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung 1,5 - Krankenhäuser der Maximalversorgung 1,5 - Fachkrankenhäuser unabhängig von der Versorgungsstufe 1,5 - teilstationäre Fälle 0,5 <p>4. Der Zuschlag für Ausbildungsplätze beträgt je Ausbildungsplatz 51,13 €</p> <p>5. Sonderfestlegungen</p> <p>Es kann ein anderer Betrag als Jahrespauschale festgelegt werden, soweit dies als Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Feststellungsbescheid bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Mindestbetrag für jedes förderfähige Krankenhausbett</td> <td style="text-align: right;">1.278,23 €</td> </tr> </table>	Sockelwert	400,00 €	Sockelwertfaktor je Planbett	1,0	Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz	0,5	Fachrichtungswert	37.000,00 €	Fallwert	15,10 €	Mindestbetrag für jedes förderfähige Krankenhausbett	1.278,23 €
Sockelwert	400,00 €												
Sockelwertfaktor je Planbett	1,0												
Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz	0,5												
Fachrichtungswert	37.000,00 €												
Fallwert	15,10 €												
Mindestbetrag für jedes förderfähige Krankenhausbett	1.278,23 €												

	<ul style="list-style-type: none"> •-multipliziert mit dem landesweiten Fallwert (berechnet nach § 5 Abs. 1 AG-KHG Schleswig-Holstein)
	Je besetztem Ausbildungsplatz 100,00 €

Thüringen	
Verordnung vom 07. Juli 2008 (ThürKHG-PVO 2008/2009)	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Wiederbeschaffung sowie die Ergänzungsbeschaffung (§ 9 Abs. 4 KHG) kurzfristiger Anlagegüter, • Baumaßnahmen, deren Anschaffungs- oder Herstellungskosten für die einzelne Maßnahmen in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 festgelegten Betrag (Wertgrenze 200.000 € ohne Umsatzsteuer) nicht überschreiten. 	<p>Jahrespauschale</p> <p>- je im Jahr 2005 abgeschlossenen vollstationären sowie ausschließlich vorstationären Behandlungsfall nach folgender Leistungsgruppierung:</p> <p>A1: Allgemeinkrankenhäuser mit ≤ 15.000 Fällen/a</p> <p>A2: Allgemeinkrankenhäuser mit > 15.000 Fällen/a</p> <p>A3: Allgemeinkrankenhäuser mit > 15.000 Fällen/a sowie den Fachrichtungen Nuklearmedizin oder Strahlenheilkunde</p> <p>F1: Fachkrankenhäuser für INN, GER, PSY</p> <p>F2: Fachkrankenhäuser für ORT</p> <p>mit</p> <p>A1: 36,50 €</p> <p>A2: 44,50 €</p> <p>A3: 52,50 €</p> <p>F1: 54,00 €</p> <p>F2: 62,00 €</p> <p>im Haushaltsjahr 2008 und 2009.</p> <p>Einen Zuschlag für Ausbildungsstätten für jeden im Krankenhausplan als bedarfsgerecht anerkannten Ausbildungsplatz in Höhe von 100 €.</p>

5 Anhang

5.1 KHG-Fördermittel, 1991 bis 2009 – gesamt

Tabelle 5.1: KHG-Fördermittel insgesamt (in Mio. EUR) – in jeweiligen Preisen

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Baden-Württ.	325,80	323,65	339,29	353,35	348,85	336,12	336,23	327,89	325,95	336,43	338,99	312,70	331,70	322,30	281,20	296,70	305,00	310,00	340,00
Bayern	664,68	664,68	664,68	664,68	614,57	634,00	592,79	633,49	613,55	613,55	613,55	613,55	501,55	452,55	452,55	452,55	452,60	477,55	500,00
Berlin*	319,40	316,18	332,54	285,71	360,10	294,66	201,09	182,84	160,03	142,34	175,02	186,60	108,96	144,68	114,88	99,60	84,00	99,36	110,03
Brandenburg	210,50	241,79	252,48	202,88	229,77	181,51	161,77	166,53	165,15	165,15	165,20	161,66	128,37	127,04	113,61	113,61	107,88	107,74	111,61
Bremen	37,17	43,10	34,67	33,69	33,44	38,81	34,87	35,74	30,06	36,15	27,97	32,99	33,58	34,10	34,24	34,31	30,03	31,49	33,15
Hamburg	70,05	74,34	69,23	60,95	85,90	86,82	90,09	98,17	96,23	86,72	100,98	61,74	64,51	70,73	86,83	110,01	100,29	101,09	102,68
Hessen	182,02	184,58	194,29	194,80	199,40	208,61	212,19	219,86	219,86	208,35	203,24	203,25	159,85	230,10	247,35	258,19	235,80	218,40	262,89
Meckl.-Vorp.	121,99	114,84	120,82	119,23	148,73	149,45	146,49	143,16	117,65	130,38	125,78	118,70	121,99	127,80	83,00	80,58	75,58	73,18	73,03
Niedersachsen	207,99	217,61	222,62	225,53	221,44	216,38	224,00	229,67	249,31	235,91	229,47	188,00	186,45	87,39	97,27	121,39	121,40	185,53	283,26
Nordrh.-Westf.	649,44	659,87	641,88	608,49	571,93	543,71	534,04	483,27	470,49	469,67	464,56	484,10	482,10	485,82	485,82	472,00	512,00	516,00	506,00
Rheinland-Pf.	133,65	139,12	138,92	137,23	138,00	141,63	143,83	143,83	143,83	143,83	143,83	138,80	118,80	118,80	120,30	118,80	118,80	118,80	121,80
Saarland	39,63	42,33	27,97	31,60	38,35	39,42	38,96	39,16	38,86	43,56	43,10	40,90	38,34	38,18	23,49	26,17	32,50	27,28	22,63
Sachsen	306,78	353,81	340,52	281,21	270,68	295,07	293,38	290,62	299,67	299,67	298,75	298,70	184,25	154,25	166,50	167,40	151,90	107,00	94,60
Sachs.-Anh.**	173,84	200,68	284,64	210,81	219,55	231,62	216,33	204,57	191,89	172,46	190,51	174,32	170,36	172,51	179,40	154,27	117,70	97,70	79,90
Schl.-Holstein	69,02	76,08	67,29	59,82	66,01	78,69	74,55	80,58	86,10	86,66	77,21	48,50	84,32	86,40	83,49	88,58	92,70	93,90	93,90
Thüringen	129,00	171,79	171,79	195,21	209,12	228,19	212,54	214,90	212,85	207,48	189,54	167,58	133,90	134,08	127,10	127,90	125,50	119,99	125,30
Gesamt	3.640,96	3.824,45	3.903,63	3.665,19	3.755,84	3.704,69	3.513,15	3.494,28	3.421,48	3.378,31	3.387,70	3.232,09	2.849,03	2.786,73	2.697,03	2.722,06	2.663,68	2.685,01	2.860,78

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden:

1. Die Investitionsmittel für Hochschulkliniken, 2. Die Investitionsmittel für Vertragskrankenhäuser, 3. Die Eigenmittel für Plankrankenhäuser, 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge (gilt nicht für Niedersachsen). Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein. Bei den für die Neuen Bundesländer ausgewiesenen Fördermitteln handelt es sich bis zum Jahr 2004 überwiegend um Fördermittel gemäß Art. 14 GSG.

* Bis 1993 nur Berlin-West; in den Zahlen für Berlin ab 2004 sind enthalten ca. 33,7 Mio. € p.A. Schuldendienst für Darlehen an Krankenhäuser für Krankenhausbaumaßnahmen, die in der Zeit zwischen 1995 und 2002 realisiert wurden. Die Annuitätendarlehen haben eine Darlehenslaufzeit bis 2015.

** Werte für Sachsen-Anhalt inklusive erwartete Einnahmen aus Benutzerbeiträgen gemäß Art. 14 GSG (außer 2006; ab 2007 ohne Schuldendienst (Zins und Tilgung) für kreditfinanziertes Investitionsprojekt in 1993).

Quelle: Umfrage der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausesellschaften, eigene Berechnungen.

5.2 KHG-Fördermittel, 1994 bis 2009 - Pauschalförderung

Tabelle 5.2: KHG-Pauschalförderung (in Mio. EUR) – in jeweiligen Preisen

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Baden-Württ.				132,17	144,18	144,18	156,97	153,08	152,42	151,90	157,99	157,30	158,00	154,00	149,00	149,00	153,55	153,55	149,00
Bayern				181,51	173,84	186,62	185,96	189,18	181,51	183,55	178,95	180,00	181,50	182,00	178,50	175,00	167,10	180,00	180,00
Berlin*				65,55	48,47	75,88	48,47	46,83	45,50	39,83	36,46	35,86	31,20	31,18	31,18	31,18	31,18	33,31	33,31
Brandenburg				122,71	50,82	25,05	28,84	28,48	27,10	27,10	27,15	23,61	23,61	23,61	23,61	23,61	23,61	25,11	25,61
Bremen				17,28	16,97	16,97	17,03	17,03	17,03	17,03	17,03	17,07	17,07	17,12	17,12	17,12	17,12	17,12	17,12
Hamburg				28,38	28,38	29,04	29,04	29,96	31,14	31,50	31,50	29,13	30,49	30,66	30,45	30,50	30,50	30,50	31,00
Hessen				84,36	86,92	91,01	89,48	89,48	89,48	92,03	92,03	95,00	95,00	97,50	96,00	90,00	90,00	90,00	96,00
Meckl.-Vorp.				23,06	23,06	23,78	23,78	20,45	12,83	12,78	13,29	14,00	14,62	16,50	22,84	22,84	22,84	22,84	22,84
Niedersachsen				107,73	108,45	100,62	104,20	108,70	107,01	105,99	102,41	95,69	95,69	38,12	44,46	46,43	51,52	60,34	127,53
Nordrh.-Westf.				261,12	276,10	288,88	274,82	286,32	286,32	296,55	296,55	305,18	305,18	311,18	311,18	300,00	300,00	300,00	300,00
Rheinland-Pf.				45,04	45,15	50,52	50,52	50,52	50,52	50,87	51,13	51,13	51,13	51,13	51,20	51,20	51,20	51,20	51,20
Saarland				12,58	12,58	13,75	13,75	14,52	14,52	15,59	15,59	16,50	16,50	17,32	17,32	17,32	18,19	18,19	14,47
Sachsen				51,13	51,13	46,32	44,18	41,41	39,88	39,88	39,88	39,90	38,60	38,60	38,60	38,60	38,60	38,60	38,60
Sachs.-Anh.**				51,69	50,26	43,51	29,40	29,55	13,91	11,35	17,38	17,38	29,53	23,67	23,67	23,67	23,67	23,67	23,67
Schl.-Holstein				33,75	33,69	36,76	36,76	40,19	36,20	37,43	37,43	38,50	37,93	38,00	38,31	38,88	38,88	39,46	39,46
Thüringen				82,73	52,66	51,13	37,84	30,68	28,12	22,75	20,45	20,25	20,20	20,30	10,00	18,00	25,00	25,00	25,00
Gesamt				1.300,79	1.202,66	1.224,02	1.171,04	1.176,38	1.133,49	1.136,13	1.135,22	1.136,50	1.146,25	1.090,89	1.083,44	1.073,35	1.082,96	1.108,89	1.174,81

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden:

1. Die Investitionsmittel für Hochschulkliniken, 2. Die Investitionsmittel für Vertragskrankenhäuser, 3. Die Eigenmittel für Plankrankenhäuser, 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge.

Quelle: Umfrage der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausesgesellschaften, eigene Berechnungen.

5.3 KHG-Fördermittel, 1994 bis 2009 - Einzelförderung

Tabelle 5.3: KHG-Einzelförderung (in Mio. EUR) – in jeweiligen Preisen

KHG-Investitionsfördermittel - Einzelförderung, in Mio. Euro																			
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Baden-Württ.				221,18	204,67	191,94	179,26	174,81	173,53	184,53	181,00	155,40	173,70	168,30	132,20	147,70	151,50	156,45	191,00
Bayern				483,17	440,73	447,38	406,83	444,31	432,04	430,00	434,60	433,55	320,05	270,55	274,05	277,55	285,50	297,55	320,00
Berlin*				220,16	311,63	218,78	152,62	136,01	114,53	102,51	138,56	150,74	77,76	113,50	83,70	68,42	52,90	66,05	76,72
Brandenburg				80,17	178,95	156,46	132,93	138,05	138,05	138,05	138,05	138,05	104,76	103,43	90,00	90,00	84,30	82,63	86,00
Bremen				16,41	16,47	21,84	17,84	18,71	13,03	19,12	10,94	15,92	16,51	16,98	17,12	17,19	12,91	14,37	16,03
Hamburg				32,57	57,52	57,78	61,05	68,21	65,09	55,22	69,48	32,61	34,02	40,07	56,38	79,51	69,79	70,59	71,68
Hessen				110,44	112,48	117,60	122,71	130,38	130,38	116,32	111,21	108,25	64,85	132,60	151,35	168,19	145,80	128,40	166,89
Meckl.-Vorp.				96,17	125,67	125,67	122,71	122,71	104,82	117,60	112,49	104,70	107,37	111,30	60,16	57,74	52,70	50,34	50,19
Niedersachsen				117,80	112,99	115,76	119,80	120,97	142,30	129,92	127,06	92,31	90,76	49,27	52,81	74,96	69,80	125,19	155,73
Nordrh.-Westf.				347,37	295,83	254,83	259,22	196,95	184,17	173,12	168,01	178,92	176,92	174,64	174,64	172,00	212,00	216,00	206,00
Rheinland-Pf.				92,19	92,85	91,11	93,31	93,31	93,31	92,96	92,70	87,67	67,67	67,67	69,10	67,60	67,60	67,60	70,60
Saarland				19,02	25,77	25,67	25,21	24,64	24,34	27,97	27,51	24,40	21,84	20,86	6,17	8,85	14,30	9,09	8,16
Sachsen				230,08	219,55	248,75	249,20	249,21	259,79	259,79	258,87	258,80	145,65	115,65	127,90	128,80	113,30	68,40	56,00
Sachs.-Anh.**				159,12	169,29	188,11	186,93	175,02	177,98	161,11	173,13	156,94	140,83	148,84	155,73	130,60	94,00	74,03	56,23
Schl.-Holstein				26,07	32,32	41,93	37,79	40,39	49,90	49,23	39,78	10,00	46,39	48,40	45,18	49,70	53,80	54,44	54,44
Thüringen				112,48	156,46	177,06	174,70	184,22	184,73	184,73	169,09	147,33	113,70	113,78	117,10	109,90	100,50	94,99	100,30
Gesamt				2.364,40	2.553,18	2.480,67	2.342,11	2.317,90	2.287,99	2.242,18	2.252,48	2.095,59	1.702,78	1.695,84	1.613,59	1.648,71	1.580,70	1.576,12	1.685,97

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden:

1. Die Investitionsmittel für Hochschulkliniken, 2. Die Investitionsmittel für Vertragskrankenhäuser, 3. Die Eigenmittel für Plankrankenhäuser, 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge (gilt nicht für Niedersachsen). Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein. Bei den für die Neuen Bundesländer ausgewiesenen Fördermitteln handelt es sich bis zum Jahr 2004 überwiegend um Fördermittel gemäß Art. 14 GSG.

* Bis 1993 nur Berlin-West; in den Zahlen für Berlin ab 2004 sind enthalten ca. 33,7 Mio. € p.A. Schuldendienst für Darlehen an Krankenhäuser für Krankenhausbaumaßnahmen, die in der Zeit zwischen 1995 und 2002 realisiert wurden. Die Annuitätendarlehen haben eine Darlehenslaufzeit bis 2015.

** Werte für Sa.-Anhalt inklusive erwartete Einnahmen aus Benutzerbeiträgen gemäß Art. 14 GSG (außer 2006; ab 2007 ohne Schuldendienst (Zins und Tilgung) für kreditfinanziertes Investitionsprojekt in 1993.

Quelle: Umfrage der AOLG, Befragung der Landeskrankengesellschaften, eigene Berechnungen.