

Zweiter Krankenhausplan des Landes Brandenburg  
Erste Fortschreibung

## Inhaltsverzeichnis

### A. Allgemeiner Teil

1. Rechtsgrundlagen.....	5
2. Krankenhausplanung im Land Brandenburg .....	6
3. Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes.....	6
3.1 Entwicklung der Leistungsdaten.....	7
3.2 Demographie.....	8
4. Kostenentwicklung, Leistungsausgaben, Wirtschaftsfaktor.....	8
5. Ziele der Fortschreibung der Krankenhausplanung.....	9
6. Verfahren bei der Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg.....	11
6.1 Grundlagen des Verfahrens.....	11
6.2 Datenmaterial und methodisches Vorgehen.....	12
7. Mitwirkung der Beteiligten.....	14
8. Beteiligung des Parlaments.....	15
9. Abstimmung mit dem Land Berlin.....	15
9.1 Vereinbarungen und Abkommen zu einzelnen Krankenhausstandorten.....	16
9.2 Gemeinsame Festlegungen zu einzelnen Leistungsbereichen.....	16
9.3 Patientenwanderung.....	17
9.4 Krankenhausplanung im engeren Verflechtungsraum .....	17
9.5 Krankenhausplanung im äußeren Entwicklungsraum.....	18
9.6 Mitversorgung und Kostenbeteiligung.....	18
9.7 Versorgungsdichte in der Region Berlin-Brandenburg.....	19
10. Beschluss und Veröffentlichung.....	19
11. Überprüfung des Krankenhausplanes.....	20
11.1 Kontinuierliche Weiterentwicklung.....	20
11.2 Besondere Prüfaufträge.....	20

<b>12. Krankenhausberichterstattung.....</b>	<b>20</b>
<b>13. Umsetzung des Krankenhausplanes.....</b>	<b>20</b>
<b>14. Die Entwicklung des Angebotes an Krankenhäusern und Krankenhausbetten im Land Brandenburg.....</b>	<b>20</b>
14.1 Versorgungsgebiete.....	21
14.2 Versorgungsstufen.....	22
14.3 Trägerschaft der Krankenhausbetriebe.....	22
14.4 Festlegungen der Fortschreibung .....	23
<b>15. Veränderungen in der Darstellungssystematik.....</b>	<b>23</b>
15.1 Standortscharfe Planung.....	23
15.2 Teilstationäre Kapazitäten.....	24
15.3 Behandlung der Intensivmedizin.....	24
15.4 Institutionelle ambulante Leistungen der Krankenhäuser.....	24
15.5 Medizinische Schulen.....	25
15.6 Rettungshubschrauberstandorte.....	25
<b>16. Die Entwicklung in den einzelnen Fachgebieten.....</b>	<b>25</b>
16.1 Augenheilkunde.....	25
16.2 Chirurgie.....	25
16.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	26
16.4 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.....	27
16.5 Haut- und Geschlechtskrankheiten.....	27
16.6 Herzchirurgie.....	27
16.7 Innere Medizin.....	27
16.7.1 Geriatrie.....	29
16.7.2 Rheumazentren.....	31
16.8 Anästhesiologie/Intensivmedizin.....	31
16.9 Kinderchirurgie.....	32
16.10 Kinderheilkunde.....	32
16.10.1 Perinatologische Versorgung.....	33

16.11	Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	34
16.12	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.....	35
16.13	Neurochirurgie.....	35
16.14	Neurologie.....	35
16.15	Nuklearmedizin.....	35
16.16	Onkologische Versorgung.....	35
16.17	Orthopädie.....	36
16.18	Psychiatrie.....	36
16.19	Strahlenheilkunde.....	37
16.20	Urologie.....	37
17.	Sozialpädiatrische Zentren.....	37
18.	Staatlich anerkannte Ausbildungsstätten an Krankenhäusern.....	38
B.	Tabellenteil.....	39
1.	Statistische Materialien.....	42
2.	Übersichten.....	48
3.	Übersicht über die Festlegungen der Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes.....	65
C.	Krankenhauseinzelblätter.....	72

## 1. Rechtsgrundlagen

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 2 und 3 des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412), hat zum Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 KHG). Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten (§ 1 Abs. 2 KHG).

Die Länder stellen zur Verwirklichung dieses Zieles Krankenhauspläne auf (§ 6 Abs. 1 KHG) und passen sie durch Fortschreibung der Bedarfsentwicklung an. Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt (§ 6 Abs. 4 KHG). Das Land Brandenburg hat sich in seinem Krankenhausgesetz (LKGBbg) vom 11. Mai 1994 (GVBl. I S. 106) verpflichtet, eine patienten- und bedarfsgerechte, regional ausgeglichene Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Die Krankenhäuser sollen sich in einem bedarfsgerecht gegliederten, der Vielfalt der Krankenhausträger entsprechenden System ergänzen (§ 1 Abs. 1 LKGBbg).

Das zuständige Ministerium stellt zur Erreichung dieses Zieles nach Anhörung des zuständigen Ausschusses des Landtages einen Krankenhausplan auf. Der Krankenhausplan wird von der Landesregierung beschlossen und im Amtsblatt veröffentlicht (§ 12 Abs. 1 LKGBbg).

Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte regional ausgeglichene, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und ihre Ausbildungsstätten aus (§ 12 Abs. 2 LKGBbg).

Er ordnet die bedarfsgerechten Krankenhäuser in ein abgestuftes Versorgungssystem in den Versorgungsgebieten ein. Die Ziele der Raumordnung und Landesplanung sowie die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete sind zu berücksichtigen, die Vielfalt der Krankenhausträger ist zu beachten (§ 12 Abs. 3 LKGBbg).

Bei der Krankenhausplanung sind einvernehmliche Regelungen mit der Landeskrankengesellschaft Brandenburg e. V., den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung und den Kommunalen Spitzenverbänden im Lande anzustreben (§ 7 Abs. 1 KHG in Verbindung mit § 13 Abs. 1 und Abs. 5 LKGBbg). Mit den an der Krankenhausversorgung im Lande sonstigen Beteiligten ist eng zusammenzuarbeiten (§ 7 Abs. 1 Satz 1 KHG). Vorschläge zur Krankenhausplanung werden in den für jedes Versorgungsgebiet einzuberufenden Gebietskonferenzen erarbeitet (§ 13 Abs. 3 LKGBbg).

Nach Aufstellung des Krankenhausplanes wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan durch einen schriftlichen Bescheid des zuständigen Ministeriums festgestellt (Feststellungsbescheid). Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für den Anspruch auf Förderung (§ 8 Abs. 1 Satz 1 KHG). Sie begründet zugleich den Status als zugelassenes Krankenhaus und damit das Recht und die Verpflichtung, im Rahmen des im Krankenhausplan festgelegten Versorgungsauftrages Krankenhausleistungen gegenüber gesetzlich versicherten Patienten zu erbringen (§ 108 Nr. 2 i. V. m. § 109 Abs. 4 SGB V). Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mit den in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG und der Bundespflegesatzverordnung zu führen (§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V).

## 2. Krankenhausplanung im Land Brandenburg

Das Land Brandenburg hat mit Beschluss der Landesregierung vom 17. März 1992 den Ersten Krankenhausplan des Landes beschlossen. Er wurde im Amtsblatt für Brandenburg S. 519 veröffentlicht. Bereits im Ersten Krankenhausplan ist festgelegt, diesen jährlich einer Überprüfung zu unterziehen und ihn auf der Grundlage der festzustellenden Inanspruchnahmeentwicklung zu überarbeiten und fortzuschreiben.

Die Erste Fortschreibung des Brandenburgischen Krankenhausplanes wurde von der Landesregierung am 2. November 1993 beschlossen und im Amtsblatt für Brandenburg 1994 S. 238 veröffentlicht.

Im Jahr 1997 wurde der Zweite Krankenhausplan des Landes Brandenburg erarbeitet und am 23. Dezember 1997 von der Landesregierung beschlossen. Er wurde am 12. März 1998 S. 214 im Amtsblatt für Brandenburg veröffentlicht .

Der Beschluss der Landesregierung beinhaltet zugleich den Auftrag, die Entwicklung des stationären Geschehens laufend zu beobachten und die Planung, falls erforderlich, an einzelnen Standorten den sich ändernden Rahmenbedingungen anzupassen. Auf Antrag von Krankenhausträgern, Krankenkassen und auf Initiative der Planungsbehörde wurde daher in der Folgezeit der Krankenhausplan hinsichtlich einzelner Festlegungen fortgeschrieben. Diesen Einzelfortschreibungen liegt jeweils eine Empfehlung der Landeskonferenz nach § 13 Abs. 6 LKGBbg zugrunde.

### **3. Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg**

Die in den Jahren seit dem Beschluss des Zweiten Krankenhausplanes zu verzeichnende Entwicklung des stationären Leistungsgeschehens, insbesondere der Fallzahlen, der Verweildauern und somit der Auslastung der Krankenhäuser, sowie die zu erwartende Bevölkerungsentwicklung, besonders die Entwicklung der Geburtenzahlen, haben das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen als für die Krankenhausplanung zuständige oberste Landesbehörde veranlasst, den Krankenhausplan zu überarbeiten. Zugleich sollen Einzelfortschreibungen von Strukturen einiger Krankenhäuser, die in den vier Jahren seit der letztmaligen Veröffentlichung des Krankenhausplanes erfolgt sind, in den Krankenhausplan eingearbeitet und bekannt gemacht werden. Daher trägt der vorliegende Krankenhausplan den Titel "Zweiter Krankenhausplan des Landes Brandenburg - Erste Fortschreibung". Die im Zweiten Krankenhausplan formulierten Grundsätze sollen im Rahmen dieser Fortschreibung ihre Gültigkeit behalten und nur an einigen genau definierten Punkten leicht modifiziert werden (vgl. u. Kap. 5 ff.).

Das Ministerium hat die Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes bewusst zu einem Zeitpunkt in Angriff genommen, an dem die gesetzlich vorgegebenen Änderungen im Vergütungssystem zwar erst in Umrissen erkennbar sind, der Fahrplan zur Einführung der neuen Abrechnungsformen aber schon festgelegt ist. Denn ein wesentliches Anliegen der Fortschreibung ist es auch, die Krankenhäuser des Landes nicht unverändert in einen Verdrängungswettbewerb zu schicken, der sich aus der Einführung des Fallpauschalensystems zu ergeben droht. Statt ruinöser Konkurrenz soll zwischen den Krankenhausstandorten ein sich wechselseitig befruchtender Wettbewerb entstehen, innerhalb dessen regional gut aufeinander abgestimmte Krankenhäuser ihr individuelles Profil ausprägen können. Das MASGF hat deshalb großen Wert darauf gelegt, vorhandene oder entstehende Formen der Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern einer Region, seien sie auf partnerschaftlicher, vertraglicher oder auf der Grundlage fester Verbände ins Auge gefasst, nach den ihr zu Gebote stehenden Mitteln planerisch und politisch zu unterstützen.

Wie bei der Krankenhausplanung der vergangenen Jahre wurden die Trends in der Demographie des Landes und der Leistungsentwicklung erhoben.

### **3.1 Entwicklung der Leistungsdaten**

#### **Fälle, Verweildauer und Pfl egetage**

Die Krankenhäuser im Land Brandenburg haben in den Jahren seit 1997 eine kontinuierliche Steigerung der Zahl der Behandlungsfälle zu verzeichnen. So stieg die Fallzahl von 193,4 Fällen je 1.000 Einwohnern im Jahr 1997 (rund 457.600 absolut) auf 205,3 im Jahr 2001 (rund 500.000 Fälle absolut).

Bei einem Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt muss neben der Brandenburger Altersstruktur auch beachtet werden, dass mehr Patienten aus Brandenburg in Krankenhäusern anderer Länder behandelt werden als umgekehrt.

Die durchschnittliche Verweildauer sank im gleichen Zeitraum von 10,8 Tagen im Jahr 1997 auf 9,7 Tage im Jahr 2001. Damit liegt die durchschnittliche Verweildauer in den Brandenburgischen Krankenhäusern unter dem Bundesdurchschnitt.

Die Zahl der Pfl egetage ist seit 1998 rückläufig. Dies ist auf die stetige Reduzierung der stationären Verweildauer zurückzuführen.

#### **Auslastung**

Die Krankenhausplanung des Landes legt bei der Bemessung bedarfsgerechter Versorgungsangebote einen durchschnittlichen Nutzungsgrad der aufgestellten Betten von 85 %, in der Kinderheilkunde 80 % zugrunde. Ein solcher Auslastungsgrad ist als planerische Annahme sachgerecht.

Der Krankenhausträger hat jedoch die Möglichkeit, vorübergehende Belegungsspitzen dadurch aufzufangen, dass innerhalb der Gesamtbettenzahl des Hauses interimistisch die Bettenzahlen einzelner Fachabteilungen gegenüber den Festlegungen des Krankenhausplanes um +/- 10 % verändert werden dürfen.

Die Auslastung der in den Brandenburgischen Krankenhäusern aufgestellten Betten ist in den Jahren bis 1998 kontinuierlich und merklich gestiegen. Sie lag im Jahre 1993 bei 75,8 % und hatte im Jahr 1997 80,8 % erreicht. Allerdings war der im Land Brandenburg als Zielvorgabe gesetzte Auslastungsgrad von 85 % noch nicht erreicht worden. Nicht zuletzt durch die Vorgaben des Zweiten Krankenhausplanes, die in der Folgezeit umgesetzt wurden, steigerte sich der durchschnittliche Auslastungsgrad der Krankenhäuser insgesamt nochmals auf 82,7 % im Jahr 1998 und 83,5 % im Jahr 1999, fiel jedoch seither kontinuierlich wieder ab und lag im Jahr 2001 mit 82,3 % schon wieder unter dem Wert des Jahres 1998.

#### **Eckdaten der Krankenhäuser im bundesweiten Vergleich**

Die Krankenhausplanung des Landes Brandenburg hat in den zurückliegenden Jahren bewirkt, dass die Zahl der aufgestellten Betten, die Verweildauer und die Bettenauslastung im Vergleich mit anderen Bundesländern inzwischen durchschnittliche bis unterdurchschnittliche Werte aufweist (Zu den Einzelheiten siehe Tabellenteil B).

## 3.2 Demographie

Der seit dem Jahre 1995 deutlich zu verzeichnende Bevölkerungsanstieg wurde im Jahr 2000 leicht abgebremst; am 31. Dezember 2000 hatte das Land Brandenburg 2.601.962 Einwohner. In den auch dieser Fortschreibung zugrunde liegenden Bevölkerungsprognosen wird davon ausgegangen, dass die Bevölkerungszahlen bis zum Jahr 2005 weiter ansteigen werden und in der Zeit danach wiederum leicht rückläufig sind. Dabei ist jedoch die unterschiedliche Entwicklung im engeren Verflechtungsraum und im äußeren Entwicklungsraum zu beachten. Berücksichtigt wurde zudem, dass nicht alle Krankenhausbehandlungsbedürftigen Bewohner des Landes Brandenburg in Krankenhäusern des eigenen Landes behandelt werden (siehe Kap. 9).

Deutliche Veränderungen wird es in den nächsten Jahren in der Altersgruppe der unter 15jährigen und der über 65jährigen geben. Die Zahl der unter 15jährigen, also der Kinder, betrug im Jahr 2000 349.757. Sie wird bis zum Jahr 2006 auf ca. 288.000 absinken und danach wieder leicht ansteigen. Das Niveau vom Jahr 2000 wird dabei aber nicht erreicht. Die Zahl der alten Menschen, also der über 65jährigen, die im Jahre 2000 bei 404.749 lag, wird kontinuierlich bis zum Jahr 2009 auf dann ca. 537.500 Personen ansteigen. Die Krankenhausplanung hat dieser Bevölkerungsprognose Rechnung zu tragen.

Die Zahl der Lebendgeborenen ist seit dem Jahr 1994 stetig auf 18.444 im Jahr 2000 gestiegen. Damit ist die in der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2010 errechnete „Geburtenspitze“ von ca. 18. 700 Lebendgeborenen fast erreicht. Für die Folgejahre geht die Bevölkerungsprognose dann wiederum von sinkenden Zahlen aus.

In Brandenburgischen Krankenhäusern wurden im Jahr 2001 14.823 Kinder geboren. Die Zahl der Entbindungen (ermittelt durch eine jährliche Abfrage des MASGF unter allen Krankenhäusern) ist, vor allem im äußeren Entwicklungsraum, deutlich rückläufig (s. u. Tabellenteil B). Die Differenz zur Zahl der Lebendgeborenen erklärt sich daraus, dass letztere alle Kinder zählt, deren Wohnsitz zum Zeitpunkt der Geburt im Land Brandenburg lag, unabhängig vom Ort ihrer Geburt. Dem gegenüber berücksichtigt die Zahl der Entbindungen in brandenburgischen Krankenhäusern nur die tatsächlich hier geborenen Kinder, unabhängig vom Wohnort zum Zeitpunkt der Geburt.

## 4. Kostenentwicklung, Leistungsausgaben, Wirtschaftsfaktor

Die Kosten je Fall, je Bett und je Tag in Brandenburgischen Krankenhäusern liegen bundesweit am untersten Ende der Kostenskala. Dies darf indes nicht darüber hinwegtäuschen, dass trotz des Vorranges der ambulanten Versorgung vor der stationären Behandlung und erweiterter differenzierteren Behandlungsformen im Krankenhaus, wie der teilstationären, der vor- und nachstationären sowie der ambulanten Erbringung von Krankenhausbehandlung im Bereich der Ausgaben für die stationäre Versorgung keine Reduzierung eingetreten ist.

Die mit den Trägern der Krankenhäuser vereinbarten Erlösbudgets sind seit 1991 kontinuierlich gestiegen. Hiefür sind als maßgebende Einflussgrößen zu nennen: Angleichung des BAT-Niveaus Ost an das Niveau West, die Umsetzung der Ausnahmetatbestände im Zusammenhang mit den Investitionsmaßnahmen nach Art. 14 GSG, der Leistungsentwicklung sowohl in veränderter Struktur wie auch in der Anzahl als gewollter (abgestimmter) Prozess hinsichtlich des Abbaues von Versorgungsdefiziten zur Sicherung einer regional gleichwertigen stationären Versorgung.

Alle 51 Krankenhausbetriebe beschäftigten im Jahr 2001 an ihren derzeit 62 Standorten 23.249 Vollkräfte (1996: 22.587 VK). Die Brandenburgischen Krankenhäuser gehören damit zu den größten Arbeitgebern im Lande. Innerhalb der Dienstarten haben sich aufgrund der Veränderungen im



Leistungsprofil der einzelnen Häuser in den letzten zehn Jahren große Verschiebungen ergeben: In den Krankenhäusern waren 2001 im Ärztlichen Dienst 13,5 % mehr Vollkräfte beschäftigt als 1992. Im Pflegebereich waren es sogar 20,3 % mehr Schwestern und Pfleger. Dagegen wurden die Bereiche Wirtschafts-/Versorgungsdienst um 22% und der Bereich Verwaltung um 16,9 % abgebaut.

Der Wirtschaftsfaktor, den die Brandenburgische Krankenhauslandschaft darstellt, wird besonders eindrucksvoll an den Umsatzzahlen deutlich. Für die im Jahre 2002 bestehenden 51 Krankenhausbetriebe liegt das Budgetvolumen bei rund 1,4 Milliarden Euro.

Aufgrund der Situation der Einnahmen- und Ausgaben bei den Krankenkassenverbänden ist es weiterhin erforderlich, alle Kostensenkungs- und Kostenbegrenzungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Durch die Krankenhausplanung wird ein wesentlicher Beitrag zur Stabilisierung des Kostengeschehens geleistet. Nicht benötigte Betten werden abgebaut, Leistungsangebote werden zusammengefasst und zentralisiert, Doppelvorhaltungen sollen durch Zusammenschluss benachbarter Krankenhäuser begrenzt und Außenstandorte sollen nach Möglichkeit perspektivisch aufgegeben werden.

## **5. Ziele der Fortschreibung der Krankenhausplanung**

Der Krankenhausplan des Landes Brandenburg ist als ein in Abstimmung mit den an der stationären Versorgung unmittelbar Beteiligten aufgestellter Rahmen der stationären Leistungserbringung zu verstehen. Das Land trifft danach Standortentscheidungen für die einzelnen Krankenhäuser, legt die bettenführenden Abteilungen entsprechend den Gebieten nach der von der Landesärztekammer Brandenburg beschlossenen Weiterbildungsordnung fest, weist besondere Einrichtungen und Leistungsschwerpunkte aus und legt Plätze für teilstationäre Leistungen und Ausbildungsstätten fest. Nach den durch das Gesundheitsstrukturgesetz in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch eingefügten Regelungen können innerhalb des durch den Krankenhausplan vorgegebenen Rahmens konkretisierende ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V über die Leistungsstruktur zwischen dem Träger eines Krankenhauses und den Verbänden der Krankenkassen im Benehmen mit dem Land geschlossen werden. Überdies unterliegt der Inhalt der im einzelnen in den Krankenhäusern erbrachten medizinischen Leistungen nach Art und Menge der Vereinbarungshoheit der Vertragspartner vor Ort, also des Krankenhauses und der Krankenkassen.

Vor diesem Hintergrund verfolgt die Krankenhausplanung das Ziel, den Rahmen für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausstruktur und -betriebsführung zu schaffen.

Dabei soll durch die Fortschreibung der Krankenhausplanung das gewachsene Krankenhaussystem weiterentwickelt werden. Ausgehend von den Fallzahlen zurückliegender Jahre und damit von einem tatsächlich zu versorgenden Bedarf wird bei der Bemessung künftig vorzuhaltender Kapazitäten grundsätzlich eine 85 %ige Auslastung der vorgehaltenen Betten (Kinderheilkunde: 80 %) sowie eine durchschnittliche Verweildauer zugrunde gelegt, die derjenigen in anderen Bundesländern entspricht.

Der Entwicklungsstand der stationären Krankenhausversorgung, medizinische Entwicklungstendenzen sowie Kapazitätsprognosen aus anderen Bundesländern, insbesondere Flächenländern, wurden bei der Krankenhausplanung herangezogen.

Das MASGF hat Anfang der neunziger Jahre im Rahmen der Krankenhausplanung ein wissenschaftliches Institut zur Aufbereitung der krankenhausesrelevanten Daten oder von Teilaspekten beauftragt. Seit der Fortschreibung des Ersten Krankenhausplanes hat es die Krankenhausplanung auf der Basis der jährlich gesammelten Leistungsdaten der Krankenhäuser und der sich daraus ergebenden Entwicklungstrends im Leistungsgeschehen fortgeführt; eine Datenlage, die sich in den bisherigen Arbeiten zur Krankenhausplanung als sehr tragfähig und verlässlich erwiesen hat. Auch in den Vorarbeiten zur Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes hat das Ministerium darauf verzichtet, einen eigenen

Auftrag an Dritte zu vergeben. Allerdings konnte im Vereinbarungswege auf wissenschaftliche Untersuchungen zur Krankenhausplanung zurückgegriffen werden, die von anderer Seite in Auftrag gegeben worden waren.

Die AOK für das Land Brandenburg hatte in Abstimmung mit den Krankenkassenverbänden im Land Brandenburg durch die Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GSbG, Kiel, eine Analyse über „Planungsgrundlagen Benchmarkanalysen zur Krankenhausplanung im Land Brandenburg“ zum Leistungsgeschehen in den Brandenburgischen Krankenhäusern in den Jahren 1998 und 1999 durchführen lassen (die so genannte „Rüschmann-Studie“). Gemäß einer diesbezüglichen Vereinbarung des MASGF mit den Krankenkassenverbänden und einem Konsenspapier zwischen der Landeskrankenhausgesellschaft und dem Ministerium für Arbeit Soziales, Gesundheit und Frauen vom wurde die Arbeit des beauftragten Institutes durch eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Ministerium, Landeskrankenhausgesellschaft und Krankenkassenverbänden begleitet und ausgewertet (begleitende Arbeitsgruppe). Die Ergebnisse der Studie sollten gemäß diesen Vereinbarungen eine Grundlage für die künftige Krankenhausplanung darstellen und zeitnah nach den für die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes geltenden Regelungen des Landeskrankenhausgesetzes in die Ausarbeitung der Vorschläge zur Fortschreibung des Krankenhausplanes einfließen.

Die Rüschmann-Studie wurde am 10. Januar 2001 übergeben. Ihre Ergebnisse wurden aufgrund von Nachforderungen der begleitenden Arbeitsgruppe im April und im August 2001 durch weiteres Zahlenmaterial ergänzt. Die Nachforderungen der Arbeitsgruppe bezogen sich im Wesentlichen auf die Ergänzung des Zahlenmaterials durch Ausarbeitungen zu den regional unterschiedlichen Auswirkungen der Berechnungen in der Studie.

Ziel auch der vorliegenden Fortschreibung der Krankenhausplanung ist, ein bedarfsgerechtes Angebot in allen Regionen des Landes aufrecht zu erhalten. Dieses Versorgungsangebot soll sich in ein gegliedertes Versorgungssystem einfügen. Krankenhäuser der Grundversorgung, der Regelversorgung, der qualifizierten Regelversorgung und der Schwerpunktversorgung sollen sich untereinander ergänzen. Fachkrankenhäuser mit in der Regel überregionalem Versorgungsauftrag runden das System ab. Die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe bzw. Versorgungskategorie hat zum einen fördertechnische Konsequenzen und dient zum anderen der griffigen Kurzbeschreibung eines Versorgungsauftrages und zur transparenten Darstellung des abgestuften Versorgungssystems (Näheres s. Kap. 14.2).

Als Planungsgröße wird weiterhin die Zahl der vorzuhaltenden Betten beibehalten. Die Planung selbst orientiert sich an den Fallzahlen zurückliegender Zeiträume, an den Pfl egetagen und Verweildauern. Wenngleich durch das ab dem Jahr 2003 veränderte Vergütungssystem die Bezugsgröße Bett nach und nach in den Hintergrund rücken wird, stehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt weder rechtlich noch tatsächlich andere Parameter zur Verfügung, die ein wirklichkeitsgerechteres Bild der planerisch gewollten Modifikationen abgeben könnten. Darüber hinaus spricht für die Beibehaltung des Bettes als Bezugsgröße, dass z. B. bei der Raumplanung für Krankenhausinvestitionen und auch zur besseren Vergleichbarkeit mit überregionalen Statistiken eine vergleichbare und praktikable Planungs- und Orientierungsgröße gewählt werden muss. Die Zahl der Betten ist jedoch lediglich als eine aus den Fallzahlen und anderen Leistungsparametern abgeleitete Größe zu verstehen.

Bei der Krankenhausplanung wird die Vielfalt der Krankenhausträger auch künftig beachtet. Sowohl Krankenhäusern in öffentlicher, als auch in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft wird ausreichend Raum zur Mitwirkung an der stationären Versorgung gegeben.

Die Herausnahme von Leistungsangeboten aus dem Krankenhausplan orientiert sich an klaren Krankenhausbetriebsstrukturen; Veränderungen gegenüber der bisherigen Planung erfolgen grundsätzlich in Größenordnungen, die Budgetwirksamkeit erwarten lassen. Das bedeutet jedoch nicht, dass

insbesondere mit Blick auf zu erwartende Investitionskosten nicht auch einzelne Krankenhausbetten aus dem Krankenhausplan genommen werden können.

Teilgebiete, Schwerpunkte und Spezialisierungen legt der Krankenhausplan grundsätzlich nicht fest. Er orientiert sich als eine Rahmenvorgabe für die stationäre Versorgung an den Fachgebieten nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg. Von diesem Grundsatz gibt es allerdings zwei wichtige Abweichungen. Bei den beiden Rheumatologischen Zentren in Treuenbrietzen und in Cottbus werden die dort für diese spezielle Subdisziplin vorgehaltenen Betten differenziert ausgewiesen, ebenso der Schwerpunkt Lungenheilkunde in Treuenbrietzen. Und die besonderen Planungserfordernisse für ein angemessenes Netz an geriatrischen Versorgungsangeboten machen es ebenfalls erforderlich, die geriatrischen Kapazitäten jeweils ausdrücklich als Davon-Zahlen im Rahmen der Fachabteilungen für Innere Medizin auszuweisen. Darüber hinaus weist der Krankenhausplan in Abstimmung mit den jeweiligen Fachgesellschaften so genannte Schwerpunkte des medizinischen Leistungsgeschehens an einzelnen Standorten aus, wie z. B. Onkologische Schwerpunkte, perinatalogische Zentren und die schon genannten Rheumazentren.

Insgesamt zeichnet die vorliegende Krankenhausplanung ein differenziertes Bild einer abgestuften und leistungsfähigen Versorgung im Land Brandenburg. Mit Ausnahme von bestimmten Spitzenleistungen, insbesondere in der Hochschul- und Transplantationsmedizin, die vereinbarungsgemäß im Land Berlin erbracht werden (vgl. u. Kap. 9), werden von den Brandenburgischen Krankenhäusern alle medizinisch versorgungsnotwendigen Krankenhausleistungen auf hohem fachlichen Niveau angeboten.

## **6. Verfahren und Methodik bei der Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg**

### **6.1 Grundlagen des Verfahrens**

Im September 2001 wurde durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg eine gemeinsame Arbeitsgruppe aus Vertretern der Krankenkassenverbände im Land Brandenburg, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und des Ministeriums gebildet, die zwischen September 2001 und März 2002 neun Arbeitsgruppensitzungen zur Vorbereitung der Vorschläge für die Gebietskonferenzen durchführte. Die Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V. nahm in der Rolle des Beobachters teil. Diese Arbeitsgruppe hat die Ergebnisse der Rüschemann-Studie bewertet und, soweit dies sachgerecht war, in ihre Vorbereitungsarbeit einbezogen. Sie hat darüber hinaus die verfügbaren Leistungs- und Strukturdaten der Krankenhäuser im Land Brandenburg zusammengetragen, analysiert und mit Blick auf einen Vorschlag zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung aufbereitet.

Mögliche Auswirkungen der jüngsten bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben, insbesondere die Einführung und Ausgestaltung eines umfassenden Katalogs von Fallpauschalen im Rahmen der Umsetzung des Fallpauschalengesetzes wurden bedacht; allerdings konnten sie noch nicht methodisch in die Planung eingearbeitet werden. Dort wo es zweckmäßig, wirtschaftlich und kostengünstig erschien, wurde eine stärkere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung planerisch ermöglicht.

Neben der standortindividuellen Anpassung der stationären Kapazitäten waren Schwerpunkte der planerischen Festlegungen insbesondere

- die Aufrechterhaltung eines Angebotes der Grundversorgung in erreichbarer Nähe zu den Wohnorten der Menschen,

- die Sicherstellung einer kindgerechten qualifizierten pädiatrischen Versorgung im Krankenhaus,
- die Stabilisierung und der behutsame weitere Aufbau spezieller Versorgungsangebote in der Geriatrie
- die Ermöglichung und Förderung von Formen verbindlicher regionaler Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern.

## 6.2 Datenmaterial und methodisches Vorgehen

Datengrundlage für die Berechnungen der Rüschemann-Analyse waren die anonymisierten Daten der AOK-Versicherten zunächst aus dem Jahr 1998; im Laufe der Bearbeitung konnten noch die Daten des Jahres 1999 eingearbeitet werden. Dadurch konnte das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern über zwei Jahre beobachtet werden. Die Daten wurden anhand eines Verweildauerbenchmarks ausgewertet und in Beziehung zu Trends in der Entwicklung der einzelnen Fachgebiete gesetzt; unter anderem wurde insbesondere eine Abschätzung der Entwicklung der stationersetzenden Leistungen vorgenommen, also derjenigen Leistungen, die derzeit noch überwiegend stationär erbracht werden, aber zukünftig weit stärker im ambulanten Bereich vorgenommen werden können. Zur methodischen Absicherung der Hochrechnungen auf den Gesamtbedarf im Lande hatten sich insgesamt zehn Krankenhäuser aus allen Versorgungsgebieten bereit erklärt, alle Patientendaten des Jahres 1999 in anonymisierter Form für die wissenschaftliche Auswertung zur Verfügung zu stellen. Zur genauen methodischen Diskussion des Ansatzes dieser Studie sei auf deren Kapitel 2, „Methodik in Kurzfassung“ verwiesen.

Die Aussagekraft der Ergebnisse der Rüschemann-Studie für die Planungsarbeiten war aufgrund bewusster Beschränkungen in der Darstellung begrenzt. Die vereinbarungsgemäß nur bis auf die Ebene der Versorgungsgebiete differenzierten und mit anonymisierten Leistungsdaten konnten und sollten eine schematische Handlungsanleitung für die Bewertung der einzelnen Häuser nicht liefern. Zwar konnten die je nach gewähltem Parameter unterschiedlichen Ergebnisse der Analyse und der nachgeforderten Berechnungen eine wichtige Orientierungsfunktion leisten. Doch für die konkreten Planungsvorschläge mussten die Leistungsdaten eines jeden einzelnen Hauses nach den bewährten Parametern der Fallzahlen, der Verweildauern, des Nutzungsgrades und der Entwicklung in den zurückliegenden Jahren bewertet werden.

Für die Beurteilung des Leistungsgeschehens in den einzelnen Häusern standen der Planungsbehörde und der von ihr geführten Arbeitsgruppe die dem Ministerium per Januar 2001 gemeldeten Leistungs-

daten der Brandenburgischen Krankenhäuser aus dem Jahre 2000 zur Verfügung. Dabei wurden die regionale Bevölkerungsentwicklung, infrastrukturelle Besonderheiten in den Regionen des Landes sowie der an vielen Standorten inzwischen festzustellenden hohen Spezialisierungsgrad der Medizin berücksichtigt. Weiterhin wurden die für das Jahr 2001 in den Budgetvereinbarungen verhandelten Leistungsvolumina in der Diskussion berücksichtigt. Eine letzte Feinjustierung konnte in besonderen Fällen, in denen sich deutliche Abweichungen zum Vorjahr ergaben, durch die per Januar 2002 an das Ministerium gelieferten Daten des Jahres 2001 vorgenommen werden.

Die Arbeitsgruppe hatte nach Auswertung der Rüschemann-Ergebnisse in einem ersten Arbeitsschritt die von der GSbG gelieferten Korridore je Versorgungsgebiet und Fachdisziplin den Überlegungen zugrunde gelegt. Dabei wurde ausdrücklich am Brandenburger Vorhaltefaktor auf der Grundlage des normativen Nutzungsgrades von 85 % bzw. 80 % (Kinderheilkunde) festgehalten und der deutlich anspruchsvollere Vorhaltefaktor der GSbG nicht berücksichtigt. Aus diesem Korridor ergab sich

zunächst rein rechnerisch eine absolut und relativ bezifferbare Quote, um die die Betten in den einzelnen Fachgebieten in der jeweiligen Region zurückgeführt werden sollten. Dabei lagen die Quoten allesamt erheblich unter den in der Rüschemann-Analyse in Kapitel 7, Seite 13, aufgeführten Hochrechnungen.

Als zweiter Arbeitsschritt wurde diese Quote fachgebietsbezogen nun unter Berücksichtigung der Leistungsdaten, der Leistungsentwicklung der letzten Jahre sowie der demographischen Entwicklung in der Region auf die einzelnen Häuser umgelegt. Dabei wurde keine „Rasenmäher-Methode“ angewandt, nach der schematisch die rechnerische Absenkung über alle Fachabteilungen des Versorgungsgebietes gelegt worden wäre. Vielmehr wurden schon zu diesem Zeitpunkt die Fachdisziplinen in den verschiedenen Häusern auf ihre individuellen Ausprägungen hin betrachtet.

In einem dritten Arbeitsschritt wurden diese bislang nur fachgebietsbezogenen Ergebnisse nun jeweils bezogen auf jedes einzelne Krankenhaus als ganzes überprüft. Dafür wurde für jedes Haus die bedarfsgerechte Bettenzahl nach den eigenen Leistungszahlen, nach den landesdurchschnittlichen Verweildauergrößen im jeweiligen Fachgebiet und nach den Vereinbarungsergebnissen der Budgetrunde des Jahres 2001 berechnet. Auf der Grundlage dieser - teilweise deutlich unterschiedlichen - Berechnungsergebnisse wurde nochmals jedes einzelne Krankenhaus in seiner Gesamtleistungsstruktur gewürdigt. Wo erforderlich, wurden Modifikationen an den in den vorhergehenden Arbeitsschritten entwickelten Vorschlagszahlen vorgenommen. Diese Modifikationen mussten dann wieder mit den „Korridor-Quoten“ (Arbeitsschritt eins) abgeglichen werden.

Als vierter Arbeitsschritt wurden die so gewonnenen Zahlen nochmals mit den inzwischen vorliegenden Leistungsdaten des Jahres 2001 und gegebenenfalls mit den Korrekturen von aufgetretenen Meldung- oder Erfassungsfehlern abgeglichen. Dabei wurden in einzelnen Fällen deutliche Abweichungen zu den bis dahin vorliegenden Zahlen festgestellt, die ein nochmaliges Überarbeiten der Vorschläge erforderlich machten. Auch hier war wiederum bei jeder Änderung die Auswirkungen auf den Korridor im jeweiligen Fachgebiet zu überprüfen, so dass eine Veränderung an einer Stelle weitere Veränderungen in anderen Krankenhäusern mit gleicher Versorgungsaufgabe im Versorgungsgebiet nach sich zog. Aus den von der Arbeitsgruppe aufbereiteten Rahmen- und Einzeldaten hat alsdann das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen einen Vorschlag zu den künftigen Strukturen eines jeden Krankenhauses entwickelt.

## **7. Mitwirkung der Beteiligten**

Die Vorschläge der Planungsbehörde wurden in fünf ganztägigen Gebietskonferenzen zwischen dem 16. April und 3. Mai 2002 den Krankenhausträgern, den Betriebsleitungen der Krankenhäuser und den Kommunen des jeweiligen Versorgungsgebietes, der Landeskrankenhausgesellschaft e. V., den Krankenkassenverbänden im Land Brandenburg, dem Verband der privaten Krankenversicherung, den kirchlichen Trägerverbänden sowie der Landesärztekammer vorgestellt und öffentlich diskutiert.

Rechtzeitig vor den Konferenzen standen allen Teilnehmern sämtliche der Krankenhausplanung zugrunde gelegten Daten zur Verfügung. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen hat in den Gebietskonferenzen diese Daten mit den Teilnehmern erörtert und einen Vorschlag zur Fortschreibung des Krankenhausplanes unterbreitet. Die Vorschläge der Planungsbehörde wurden in den meisten Fällen von den Beteiligten mitgetragen.

Allerdings wurden im Ergebnis dieser Diskussion auch teils direkt Modifikationen an den Vorschlägen vorgenommen, teils weitere Datenlieferungen und Nacharbeiten vereinbart.

In weiteren drei Arbeitsgruppensitzungen bis Juni wurden diese nachgearbeiteten Daten gewürdigt, die die Krankenhäuser beibrachten oder die sich aus den Ergebnissen der Budgetverhandlungen 2002 ergaben. Dies führte in einigen Fällen zu weiteren Modifikationen der ursprünglichen Vorschläge. Die Ergebnisse dieser Nacharbeiten wurden dann noch einmal in zwei weiteren Veranstaltungen am 13. und 18. Juni 2002 allen Krankenhausträgern, den Verbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft vorgestellt. Nur in sehr wenigen Einzelfällen waren danach noch Einzelverhandlungen des MASGF mit einigen Krankenhausträgern erforderlich, die sämtlich bis Juli 2002 erfolgreich abgeschlossen werden konnten. Die letzten Feinjustierungen erfolgten grundsätzlich in engster Zusammenarbeit mit den jeweiligen Krankenhausträgern und führten in allen Fällen letztlich zu einvernehmlich abgestimmten Zahlen.

Am 2. Juli 2002 fand eine Anhörung der an der stationären Versorgung im Land beteiligten Institutionen und Verbände statt. Eingeladen waren

- die Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V.,
- die Krankenkassenverbände im Land Brandenburg,
- der Verband der privaten Krankenversicherung e.V.,
- der Landkreistag Brandenburg,
- der Städte- und Gemeindebund Brandenburg,
- die Landesärztekammer Brandenburg,
- die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg,
- der Deutsche Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Berlin-Brandenburg,
- der Landesbezirk Berlin-Brandenburg der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft,
- der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe,
- der Marburger Bund,
- der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Brandenburg,
- der Verband der Krankenhausdirektoren,
- der Verband evangelischer Krankenhäuser,
- der Caritasverband für das Bistum Berlin e.V.,
- die Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg
- der Landesverband Berlin des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes sowie
- der Verband der Privatkrankeanstalten Berlin-Brandenburg.

Die Notwendigkeit der Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes wurde von allen Beteiligten anerkannt. Zum Verfahren und zur Vorgehensweise wurde keine grundsätzliche Kritik geäußert. Die Zielrichtung und die Eckpunkte der Krankenhausplanung wurden ebenfalls von allen Beteiligten mitgetragen. Dies schließt zu einzelnen getroffenen planerischen Festlegungen Vorbehalte der Kostenträger oder der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. oder anderer Krankenhausverbände nicht aus. Alle Beteiligten erklärten ihre Bereitschaft, auch weiterhin konstruktiv an der Weiterentwicklung des Krankenhausplanes in dem hierfür vorgesehenen Verfahren nach § 13 LKGBbg mitzuwirken.

Am 9. September 2002 hat sich die Landeskonferenz nach § 13 LKGBbg mit den Ergebnissen der Gebietskonferenzen und der in bilateralen Gesprächen erzielten planerischen Festlegungen befasst. Auf der Grundlage der Konferenzergebnisse hat das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen den Entwurf der Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg erstellt und ihn den nach § 13 Abs. 1 LKGBbg unmittelbar Beteiligten sowie weiteren zu beteiligenden Verbänden zugestellt.

## 8. Beteiligung des Parlaments

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen hat den Ausschuss für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landtages Brandenburg über Ziele und Verfahren der Krankenhausplanung am 28. November 2001 unterrichtet und den Mitgliedern des Ausschusses alle planungsrelevanten Daten und Ergebnisse zur Verfügung gestellt.

Die nach § 12 Abs. 1 Satz 1 LKGBbg durchzuführende Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landtages Brandenburg erfolgte am 23. Oktober 2002.

## 9. Abstimmung mit dem Land Berlin

Im Land Brandenburg wird neben der geographisch differenzierten Planung nach fünf Planungsregionen, die mit den Versorgungsgebieten übereinstimmen, auch nach wirtschaftlichen und demographischen kategorisierten Räumen geplant. Diese Räume sind der Brandenburger Teil des engeren Verflechtungsraumes mit Berlin (berlinnaher Raum) und der äußere Entwicklungsraum (berlinferner Raum).

Die Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg sind übereingekommen, die bereits im Jahre 1991 begonnenen und kontinuierlich weitergeführten Abstimmungsgespräche zur Krankenhausplanung in der Gesamtregion Berlin-Brandenburg auch weiterhin fortzusetzen, den Stand der bereits getroffenen Abstimmungsergebnisse in Zeitabständen zu überprüfen und bei der Erarbeitung und Fortschreibung der jeweiligen Krankenhauspläne eine enge Abstimmung vorzunehmen.

Die Wanderungsbewegungen zwischen Brandenburg und Berlin werden kontinuierlich beobachtet, ausgewertet und in die weitere Fortschreibung der Krankenhausplanung einbezogen.

Der aktuelle Krankenhausplan 1999 für das Land Berlin und die Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes für das Land Brandenburg wurden zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg abgestimmt. Die Senatsverwaltung für Gesundheit des Landes Berlin war zu allen Gebietskonferenzen und zu der Anhörung der Verbände eingeladen. Der Entwurf des Krankenhausplanes wurde der Senatsverwaltung für Gesundheit mit Schreiben vom 12. Juli 2002 zur Beurteilung zugeleitet; mit Schreiben vom 29. August 2002 hat sie ihre Auffassung dargelegt, dass die getroffenen Verabredungen zur Entwicklung der stationären Versorgung in der Region Berlin - Brandenburg Berücksichtigung fanden, und die Fortschreibung der Krankenhausplanung für abgestimmt erklärt.

### 9.1. Vereinbarungen

In einer Vereinbarung der Gesundheitsstaatssekretäre beider Länder vom 5. Juli 1991 wurde auf die gesetzliche Verpflichtung der Abstimmung der Krankenhausplanung zwischen Brandenburg und Berlin hingewiesen und vereinbart, in Auswertung der verschiedenen verfügbaren Daten und neu anzustellender Erhebungen schnellstmöglich zu gesicherten und aktuellen Aussagen über die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen von Nichtberlinern in Berlin zu gelangen. Beide Länder sind in dieser Vereinbarung davon ausgegangen, dass die aus dem zentralistischen System entstandenen Patientenströme nach Berlin nicht in gleicher Form bestehen bleiben werden und dass es andererseits neue Patientenbewegungen geben wird.

Es wurde vereinbart, in ständigem Kontakt, entsprechend dem Fortschreiten der Krankenhausplanung, insbesondere im Land Brandenburg, Abstimmungen vorzunehmen, um festzulegen, in welchen Fachgebieten und Regionen der Zugang zu Krankenhäusern des jeweiligen Nachbarlandes die für die Patientenversorgung und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser bessere Alternative ist und welche - auch finanziellen - Konsequenzen sich daraus ergeben.

Die Vereinbarung vom 27. September 1994 zwischen den neuen Ländern und dem Bund nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz - GSG - vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) berücksichtigt im Rahmen der Verteilung der Bundesfinanzhilfen in den Jahren 1995 bis 2004 die besondere Leistungsvorhaltung des Landes Berlin für das Umland.

## **9.2 Gemeinsame Festlegungen zu einzelnen Leistungsbereichen**

Mit dem Land Berlin erfolgt auf dem Gebiet der Krankenhausplanung eine enge Abstimmung, die insbesondere folgende Bereiche der medizinischen Versorgung betrifft:

- Transplantationsmedizin (Herz / Lunge, Leber / Pankreas, Niere, Knochenmarktransplantation)
- Betreuung von Schwerbrandverletzten
- Nuklearmedizinische Therapie
- Seuchenmedizin
- Neurochirurgie
- AIDS-Versorgung
- Universitätsklinika

Grundsätzlich hat sich daran nichts geändert. Der aktuelle Planungsstand entspricht den getroffenen Festlegungen. Im Fachgebiet Nuklearmedizin hat Brandenburg sich mit der vorliegenden Fortschreibung des Krankenhausplanes auf fünf stationäre Standorte beschränkt. Der Bereich der Neurochirurgie ist in der Zwischenzeit entsprechend aufgebaut worden, so dass zusammen mit dem Berliner Angebot der Bedarf gedeckt ist.

Der medizinische Fortschritt hat sich weiterentwickelt. So sind autologe Transplantationstherapien und auch die allogene Blutstammzelltransplantation heute nicht mehr nur dem Forschungsbereich und damit der Hochleistungsmedizin zuzuordnen. Ausgewählten akademischen Lehrkrankenhäusern der Berliner Fakultäten im Land Brandenburg können daher im Einvernehmen mit den Krankenkassen bestimmte Leistungen zugeordnet werden.

## **9.3 Patientenwanderung**

Die mit zentralem Schwerpunkt ausgerichtete Krankenhausplanung vor dem Jahre 1990 sowie die geographische Lage Berlins zu den Regionen des heutigen Landes Brandenburg brachten es mit sich, dass in Berlin (Ost) ein deutlicher Anteil an Patienten aus dem heutigen Land Brandenburg stationär versorgt wurde. In Berlin (West) spielte aufgrund der Insellage Patientenwanderung fast keine Rolle. Historisch gewachsenes Inanspruchnahme- und Wanderungsverhalten ist planerisch nur bedingt und langfristig beeinflussbar. Aus anderen Stadtstaaten ist die Sogwirkung der Krankenhäuser des Ballungsraumes auf das Umland bekannt.

Im Jahr 1999 wurden nach Angaben der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit 64.413 Brandenburger Fälle in Krankenhäusern im Land Berlin behandelt. Vergleicht man diese Zahl mit den Daten der Vorjahre, so ist eine leichte Steigerung zu verzeichnen. Der Anteil Brandenburger Patienten am



Gesamtleistungsaufkommen Berlins blieb mit 8,3 % annähernd konstant. In den Fachgebieten Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde lagen die Versorgungsanteile mit 19 bzw. 21 % besonders hoch. Ein Vergleich der Patientenwanderungszahlen von Brandenburg nach Berlin mit dem Wanderungsverhalten von Patienten anderer, jeweils benachbarter Bundesländer zeigt, dass der Anteil der Brandenburger Patienten in Berlin deutlich hinter dem Umlandversorgungsanteil anderer Ballungszentren und Stadtstaaten liegt (Schleswig-Holstein in Hamburg: 26,0 %, Niedersachsen in Hamburg: 7,7 %, Niedersachsen in Bremen: 33,3 %).

Bei den in Brandenburger Krankenhäusern behandelten Berliner Patienten handelt es sich im wesentlichen einerseits um die Unfall- und Notfallversorgung von Urlaubern und Ausflüglern, andererseits um Behandlungen in speziellen Brandenburger Fachkliniken. Der prozentuale Anteil der „Berliner“ Fälle lag im Jahr 2001 bei 1,9 % und war in den letzten Jahren relativ konstant. Lediglich neun Brandenburger Krankenhäuser wiesen im Jahr 2001 einen Versorgungsanteil an Berliner Patienten von mehr als 5 % der Fälle bzw. Pfllegetage auf. Bei diesen Krankenhäusern handelt es sich größtenteils um Fachkliniken, die ausnahmslos im Berliner Umland liegen.

#### **9.4 Krankenhausplanung im engeren Verflechtungsraum**

Die Orientierungswerte zum künftigen Bedarf an stationären Versorgungsangeboten in den Ländern Brandenburg und Berlin, die bei der Aufstellung und Fortschreibung der jeweiligen Krankenhauspläne zugrunde gelegt wurden, berücksichtigen die wechselseitigen Patientenwanderungen. Beide Länder legen ihren Planungen demnach nicht die Versorgung der Wohnbevölkerung zugrunde, sondern berücksichtigen das tatsächliche ländergrenzenübergreifende Inanspruchnahmeverhalten in zurückliegenden Zeiträumen.

In den an das Land Berlin angrenzenden Landkreisen im Land Brandenburg wurde in den zurückliegenden zehn Jahren mehr als jedes vierte Bett in der Grund-, Regel- und Schwerpunktversorgung abgebaut. Ausnahmslos jedes vorhandene Krankenhaus wurde in den Bettenzahlen reduziert. Hierdurch wurde zum einen eine Verbesserung des Versorgungsstandards in den Krankenhäusern und zum anderen eine wirtschaftlich und bedarfsplanerisch vertretbare Auslastung der Krankenhäuser erreicht. Neue Krankenhausstandorte wurden in Brandenburg nicht eröffnet, sondern nur Krankenhausersatzbauten bei gleichzeitiger Verringerung der Bettenzahlen durchgeführt. In Berlin wurde bei den ebenfalls erheblichen Kapazitätsrücknahmen die Entwicklung des Leistungsangebots im Brandenburger Umland berücksichtigt. Der Abbau von Krankenhauskapazitäten in den unmittelbar an Berlin angrenzenden Brandenburgischen Regionen und die als Strukturbereinigungsmaßnahmen (Auflösung externer Betriebsstätten, Fusion von Krankenhäusern, Kooperationsbeziehungen) durch die Krankenhausplanung getroffenen Festlegungen sind inzwischen umgesetzt.

#### **9.5 Krankenhausplanung im äußeren Entwicklungsraum**

In den Abstimmungsgesprächen zwischen Berlin und Brandenburg wurde Einvernehmen hergestellt, auch in der Zukunft eine Verzahnung der Krankenhausplanung anzustreben. Dabei soll dem Gesichtspunkt der flächenmäßig gerechten stationären Versorgung Rechnung getragen werden. Das Land Brandenburg folgt bei seiner Krankenhausplanung dabei dem Leitbild der dezentralen Konzentration. Die Grenzen der Krankenhausversorgungsgebiete im Land Brandenburg decken sich mit den Planungsregionen der Regionalplanung für andere Planungsbereiche.

Die Krankenhausplanung des Landes Brandenburg hat danach die Standorte der Schwerpunktkrankenhäuser - mit Ausnahme des Klinikums Ernst von Bergmann in der Landeshauptstadt Potsdam - in deutlicher räumlicher Distanz zu Berlin festgelegt.

Der Abbau von Versorgungsdefiziten insbesondere in den Fachgebieten Neurochirurgie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie sowie Urologie ist in den Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung und an einigen wenigen Krankenhäusern der Regelversorgung erfolgt.

Die Bevölkerungsprognosen im äußeren Entwicklungsraum des Landes Brandenburg zeigen insgesamt einen Bevölkerungsverlust auf. Besonders betroffen sind die Landkreise Prignitz, Uckermark, Elbe - Elster und Oberspreewald - Lausitz, sowie der Raum Cottbus / Spree - Neiße. Besonders die Altersgruppe der Erwerbsfähigen nimmt erheblich ab. Durch den Wegzug junger Erwachsener sinken z. B. auch die Kinderzahlen (unter 15 Jahre) um ca. ein Fünftel bis ein Viertel in den nächsten Jahren; auch die Geburtentwicklung ist rückläufig. Dies hat Konsequenzen u. a. auf die Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und die Gesamtzahl der zu versorgenden Bevölkerung. Gleichzeitig ist es jedoch wichtig, auch in weniger besiedelten Gebieten die stationäre Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten.

## **9.6 Mitversorgung und Kostenbeteiligung**

Für einzelne Spezialdisziplinen und darüber hinaus für eine metropolentypische Mitversorgung stehen in Berlin erkennbar Leistungsangebote zur Verfügung, die, soweit dies die Sozialgesetze zulassen, durch Brandenburger mitgenutzt werden. Diese nicht exakt quantifizierbare Leistungsvorhaltung wurde mit Blick auf die investiven Kosten bei der Aufteilung der Bundesfinanzhilfen nach Artikel 14 GSG im Rahmen des vom Bund mitfinanzierten Investitionsprogramms unter den neuen Ländern berücksichtigt. Ebenso wird die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in Berlin-Ost durch Patienten aus den anderen neuen Bundesländern, insbesondere aus Brandenburg, durch einen auf die Berechnungstage bezogenen Investitionszuschlag auf den Pflegesatz in den Jahren 1995 bis 2014 berücksichtigt. Überdies wird ein erheblicher Teil der mit Wohnort Brandenburg in Berlin stationär Behandelten aufgrund seines Arbeitsplatzes sozialversicherungsrechtlich in Berlin geführt.

## **9.7 Stationäre Versorgungsdichte in der Region Berlin-Brandenburg**

Im Ergebnis der Krankenhausplanung für Berlin und Brandenburg mussten in der gesamten Region erhebliche Veränderungen in der Krankenhausversorgung hinsichtlich Struktur und Umfang vollzogen werden, um eine bessere Anpassung des vorhandenen Versorgungsangebots an den ermittelten Bedarf zu erreichen. Der statistische Vergleich zeigt, dass in der Vergangenheit bestehende Überversorgung sowohl in Brandenburg als auch in Berlin inzwischen reduziert werden konnte. In Brandenburg wurden überdies dezentral Versorgungslücken geschlossen, auch in Berlin wurden örtliche Ungleichgewichte beseitigt. Damit hat die Gesamtregion den Weg einer weitgehenden Angleichung an das bundesdeutsche Versorgungsniveau beschritten.

## **10. Beschluss und Veröffentlichung**

Die Brandenburgische Landesregierung hat die 1. Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplan des Landes Brandenburg am 17. Dezember 2002 beschlossen.

Der Krankenhausplan wird im Amtsblatt für Brandenburg veröffentlicht.

## **11. Überprüfung des Krankenhausplanes**

## 11.1 Kontinuierliche Weiterentwicklung

Die Aufstellung und Fortschreibung von Krankenhausplänen basiert auf verschiedenen Annahmen über die zukünftige Entwicklung. Insbesondere durch Veränderungen der Bevölkerungs- und Geburtenzahlen sowie der Altersstruktur, durch sich wandelnde gesetzliche, insbesondere leistungsrechtliche Rahmenbedingungen, aufgrund weiter zu erwartender Veränderungen in Diagnostik und Therapie und nicht zuletzt wegen der besonderen Verbindungen zwischen den Ländern Brandenburg und Berlin sind diese Annahmen mit Unsicherheit verbunden. Überdies erfordern die sich auf den künftigen Bedarf an Krankenhausbetten auswirkenden Veränderungen in der Verweildauer, die nicht zuletzt durch neue und erweiterte Entgeltformen beeinflusst werden, eine kontinuierliche Überprüfung des Krankenhausplanes; das schließt die Förderung seiner konsequenten aber schrittweisen Umsetzung ein.

Nach dem Krankenhausgesetz des Landes Brandenburg ist dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen eine 85 % unterschreitende durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt oder in einzelnen Abteilungen in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren unverzüglich und unaufgefordert anzuzeigen.

Auf Antrag von Krankenhausträgern oder anderer am stationären Geschehen Beteiligter wird sich die Landeskonferenz nach § 13 LKGBbg auch weiterhin mit der Einzelfortschreibung von krankenhauserischen Festlegungen für einzelne Standorte und einzelne Fachabteilungen befassen und in der Zeit bis zur nächsten generellen Fortschreibung des Krankenhausplanes Empfehlungen zur Veränderung einzelner Leistungsangebote erarbeiten.

Darüber hinaus hat der Krankenhausträger die Möglichkeit, innerhalb der Gesamtbettenzahl des Krankenhauses die Betten in einzelnen Fachabteilungen um +/- 10 % eigenverantwortlich zu verändern, sofern dies für einen zweckmäßigen und wirtschaftlichen Betrieb des Krankenhauses erforderlich ist.

Mit diesen Instrumentarien bietet die Krankenhausplanung im Land Brandenburg ausreichende Flexibilität, um kurzfristig auf sich verändernde Rahmenbedingungen der stationären Leistungserbringung zu reagieren.

## 11.2 Besondere Prüfaufträge

Der Krankenhausplan legt an einer Reihe von Standorten, an denen die Entwicklung in einzelnen Fachgebieten noch nicht hinreichend sicher beurteilt werden kann, Prüfaufträge fest. Dem liegt jeweils eine zwischen Krankenhausträger, Kostenträger und Planungsbehörde getroffene Abrede zugrunde, nach Ablauf eines im einzelnen bestimmten Zeitraumes auf der Basis dann vorliegender Daten, die Entwicklung der mit Prüfvermerk versehenen Fachabteilung erneut zu bewerten und verbindliche planerische Konsequenzen zu ziehen. Zu den Prüfvermerken im einzelnen siehe Teil C, Krankenhaus-einzelblätter.

## 12. Krankenhausberichterstattung

Seit dem Jahr 1993 veröffentlicht das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen jährlich einen Krankenhausbericht, der über die Entwicklung des stationären Geschehens im Land Brandenburg in zurückliegenden Zeiträumen Auskunft gibt. Es ist beabsichtigt, die Krankenhausberichterstattung auch künftig fortzusetzen.

### **13. Umsetzung der Krankenhausplanung**

Die Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg reicht in ihren Zielsetzungen bis in das Jahr 2007 hinein, in dem das neue Entgeltssystem vollständig eingeführt sein wird. Eine Erreichung des Planbettensolls ist dort, wo dies mit dem Aufbau bislang noch defizitär entwickelter Angebote verbunden ist, nur nach Maßgabe verfügbarer personeller, baulicher und haushaltsmäßiger Voraussetzungen erreichbar. Auch die Zusammenlegung und gemeinsame Betriebsführung bislang getrennter Standorte ist in vielen Fällen mit baulichen Maßnahmen verbunden.

Dort wo keine größeren investiven Maßnahmen notwendig sind, sind die planerischen Sollvorgaben in Abstimmung mit den Vertragspartnern zeitnah umzusetzen.

Die vorliegende Krankenhausplanung bietet für das Land, die Kosten- und Leistungs-träger und die Krankenhausträger die planerischen Grundlagen, um die für die Weiterentwicklung der Krankenhäuser erforderlichen Zielplanungen zu erstellen und zu modifizieren.

### **14. Die Entwicklung des Angebotes an Krankenhäusern und Krankenhausbetten im Land Brandenburg**

Im Jahr 1989 (Stand 31.12.) gab es im Land Brandenburg 73 Krankenhäuser mit insgesamt 25.376 Betten. Im Jahr 1997 waren im Land Brandenburg noch 57 eigenständige Krankenhäuser mit 17.025 Betten zu verzeichnen. Der Zweite Krankenhausplan des Landes Brandenburg sah eine Reduzierung auf 52 selbständige Krankenhäuser vor. Diese Vorgabe wurde im Jahr 2001 erreicht. Zum 1. Januar 2002 gab es noch 51 eigenständige Krankenhausbetriebe im Land Brandenburg, die an 62 Standorten 16.548 Betten betrieben (vgl. u. Tabellenteil B).

Im einzelnen kam es dabei seit dem 1. Januar 1998 zu folgenden Strukturveränderungen:

1. Die Krankenhäuser in Jüterbog und Treuenbrietzen wurden unter der Bezeichnung Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH zusammengeführt.
2. Das Herzzentrum Brandenburg in Berlin-Buch wurde an das Ev. Freikirchliche Krankenhaus und Herzzentrum Brandenburg in Bernau verlagert.
3. Die Ost-Prignitz-Klinik und die KMG Stadt Krankenhaus Kyritz GmbH wurden unter der Bezeichnung KMG Klinikum GmbH vereint und heute als KMG Kliniken AG geführt.
4. Das Humaine Klinikum Bad Saarow und das Kreiskrankenhaus Fürstenwalde fusionierten zum Humaine Klinikum Bad Saarow/Fürstenwalde.
5. Die Landeslinik Beelitz wurde mit der Verlagerung der Lungenheilkunde an die Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH aufgelöst.
6. Das Neurologische Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen/Parkinson in Beelitz wurde in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg aufgenommen und ging in Betrieb.
7. Die Krankenhäuser in Strausberg und Wriezen schlossen sich zur Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH zusammen.
8. Die Waldkrankenhaus des Paritätischen gGmbH in Gransee und die Krankenhaus Templin gGmbH fusionierten zur Paritätischen Krankenhausverbund Nordbrandenburg gemeinnützige GmbH.

Die vorliegende Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg sieht keine weitere Reduzierung der Anzahl der selbständigen Krankenhäuser vor.

## 14.1 Versorgungsgebiete

Die Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg legt für das Land weiterhin fünf Versorgungsgebiete zugrunde. Ein Ziel der Krankenhausplanung ist die Sicherung einer ausreichenden zweckmäßigen und gleichwertigen Versorgung in allen Regionen des Landes. Die Einteilung des Landes in Versorgungsgebiete hat sich bewährt. Die Modellrechnungen und Orientierungswerte zur Festlegung der Versorgungsgebiete haben sich als sachgerecht und den Patientenströmen entsprechend herausgestellt.

Die von der Krankenhausplanung des Landes Brandenburg bereits 1992 festgelegten Versorgungsgebiete decken sich mit den Planungsregionen für andere Planungs- und Politikbereiche, wie sie im Regionalplanungsgesetz des Landes (RegBkPIG) vom 13. Mai 1993 (GVBl. I S. 170) festgelegt wurden.

Einen gänzlich anderen Bezug hat die ebenfalls planungsrelevante Zuordnung zu der bevölkerungsbezogenen Einteilung des Landes in den „engeren Verflechtungsraum“ und den „äußeren Entwicklungsraum“, also in einen berlinnahen, sich ringförmig um die Metropole ziehenden bevölkerungsstarken und einen äußeren, dünn besiedelten Bereich in den berlinfernen Regionen des Landes. Alle Planungsregionen haben Anteile an beiden demographischen Räumen. Die Krankenhausplanung hat in der Binnendifferenzierung der Versorgungsgebiete den unterschiedlichen demographischen Gegebenheiten und Entwicklungstrends in diesen beiden Großregionen Rechnung zu tragen.

## 14.2 Versorgungsstufen

Die Fortschreibung der Krankenhausplanung behält die Abstufung des Versorgungsangebotes und die Zuordnung der Versorgungsaufträge der Krankenhäuser in unterschiedliche Versorgungsstufen bei:

- Grundversorgung
- Regelversorgung und qualifizierte Regelversorgung
- Schwerpunktversorgung

Ergänzt werden die drei Versorgungsstufen durch die Kategorie Fachkrankenhäuser (Krankenhäuser mit in der Regel zwei spezialisierten Fachrichtungen).

Grundlage für die Zuordnung zu den verschiedenen Versorgungsstufen sind weiterhin die mit dem Versorgungsauftrag eng verbundene Zahl, Größe und Spezialisierung der Fachabteilungen eines Krankenhauses: Krankenhäuser der Grundversorgung sollen in jeder Region wohnortnah die Versorgung für die am häufigsten auftretenden Krankheitsfälle absichern. Sie sollen mindestens die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie vorhalten. In der Regel wird jedoch auch in Krankenhäusern der Grundversorgung noch mindestens ein weiteres Fachgebiet angeboten, welches das Leistungsangebot abrundet. Regelversorgungskrankenhäuser verfügen über ein größeres Leistungsspektrum und dienen der spezialisierteren Versorgung für eine Teilregion innerhalb der Versorgungsgebiete. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung bilden den größten Disziplinspiegel in der Versorgungsregion ab und dienen neben der Grundversorgung für den regionalen Bereich die Versorgung in Fachgebieten mit geringerem Fallzahlaufkommen sowie der Versorgung von schweren und komplexen Krankheitsfällen, die in den Krankenhäusern der anderen Versorgungsstufen nicht angemessen behandelt werden können. Fachkrankenhäuser schließlich sind auf ein bis drei Fachgebiete spezialisiert und haben in der Regel eine die Versorgungsregionen übergreifenden, teilweise landesweiten Versorgungsauftrag.

In jedem Versorgungsgebiet wird weiterhin ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung festgelegt, das die Voraussetzungen auch für hochspezialisierte Behandlungen bietet. Zwölf größere Krankenhäuser

ser mit jeweils mehr als 290 Betten sind in die Regelversorgung aufgenommen. Sie sind in allen Teilen des Landes dezentral und gut erreichbar angesiedelt. Insgesamt 23 Krankenhäuser der Grundversorgung sichern die ortsnahe Grundversorgung mit Krankenhausleistungen.

Bei der Fusion zweier oder mehrerer Krankenhäuser ändert sich im Regelfall der regionale Versorgungsauftrag nicht.

### **14.3 Trägerschaft der Krankenhausbetriebe**

Die Zuordnung der Trägerschaft der Krankenhäuser erfolgt nach folgenden Definitionen:

Öffentliche Krankenhäuser sind alle von öffentlich-rechtlichen Trägern getragenen Krankenhäuser, ausgenommen kirchliche und vergleichbare Krankenhäuser (falls sie öffentlich-rechtlichen Status haben sollten). Zu den öffentlichen Krankenhäusern gehören auch die von öffentlich-rechtlichen Institutionen beherrschten Krankenhäuser in privatrechtlicher Gesellschaftsform.

Private Krankenhäuser sind die mit Gewinnerzielungsabsicht betriebenen Krankenhäuser (§30 GewO), die nicht zu den öffentlichen Krankenhäusern zählen.

Freigemeinnützige Krankenhäuser sind die übrigen Krankenhäuser. Zu ihnen zählen damit alle Krankenhausträger, die nicht zu den öffentlichen Krankenhausträgern gehören und die das Krankenhaus gemeinnützig, d.h. im Sinne der Gemeinnützigkeitsregelung der Abgabeordnung ohne die Absicht der Gewinnerzielung betreiben.

Von den im Jahr 2001 im Land Brandenburg betriebenen 52 Krankenhäusern befanden sich 28 in öffentlicher Trägerschaft, 19 in freigemeinnütziger und 5 in privater Trägerschaft. Im Land Brandenburg wird entsprechend der gesetzlichen Verpflichtung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Landeskrankenhausgesetzes mithin freigemeinnützigen und privaten Trägern in einem auch im Vergleich mit anderen Bundesländern erheblichen Maße Raum zur Mitwirkung an der Krankenversorgung in Krankenhäusern gegeben.

Mit dem Wechsel der Trägerschaft des Klinikums Frankfurt (Oder) im Jahr 2002 hat sich der Anteil der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft weiter verringert, der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft nimmt entsprechend zu.

### **14.4. Festlegungen der Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes**

Die Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes beinhaltet in nahezu allen Fachgebieten eine Reduzierung der Sollbetten. Außerdem werden einige Fachabteilungen geschlossen. Darüber hinaus ist die Aufnahme von Abteilungen an einigen Standorten gemäß § 12 Abs. 2 Satz 2 LKGBbg inhaltlich und zeitlich beschränkt. In diesen Fällen wird nach Ablauf einer im einzelnen genannten Frist das Leistungsangebot erneut überprüft.

Einzelheiten sind den Gesamtübersichten (siehe Teil B) und den Krankenhauseinzelblättern (siehe Teil C) zu entnehmen.

## **15. Veränderungen in der Darstellungssystematik**

In der Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes wird die Darstellung einiger Besonderheiten anders gehandhabt als in den bisherigen Krankenhausplänen des Landes Brandenburg. Dies betrifft in erster Linie die Krankenhausbetriebe mit mehreren Betriebsstätten, bei denen eine standortscharfe Aufteilung der Bettenkapazitäten vorgenommen werden soll. Es betrifft darüber hinaus die Ausweisung von intensivmedizinischen Betten, von teilstationären Kapazitäten, die Darstellung der budgetfinanzierten medizinischen Schulen, der Rettungshubschrauberstandorte und der ambulanten institutionellen Leistungen der oder an Krankenhäusern.

### **15.1 Standortscharfe Planung**

Immer mehr Krankenhäuser in gleicher oder auch unterschiedlicher Trägerschaft fusionieren zu Krankenhausbetrieben mit zwei oder mehreren Krankenhausstandorten. Solche Krankenhausstandorte können inzwischen bis zu 25 und mehr Kilometer auseinander liegen. Die bisherige Verfahrensweise, solche fusionierte Krankenhausbetriebe undifferenziert als ein Krankenhaus zu behandeln, dem planerisch eine Gesamtmenge an Betten zugeordnet wird, erscheint angesichts dieser Entwicklung unübersichtlich und nicht mehr sachgerecht.

Die Fortschreibung des Krankenhausplanes legt daher für solche Verbünde nunmehr eine standortscharfe Planung vor. Dabei soll jedoch für den Gesamtbetrieb die medizinisch und betriebswirtschaftlich erforderliche Flexibilität zur Standortentwicklung innerhalb eines planerisch vorgegebenen Rahmens gewährleistet sein. Die Einzelblätter weisen deshalb in solchen Fällen die Planzahlen in mehreren Spalten aus: Einerseits werden die Fachabteilungen und Soll-Betten verbindlich für den Gesamtbetrieb festgelegt. Andererseits werden für die unterschiedlichen Standorte ebenfalls die Fachabteilungen sowie Höchstbettenzahlen festgelegt; dabei kann die Summe der Standort-Höchstzahlen einen höheren Wert ergeben, als die Gesamtzahl der für das Haus verbindlich festgelegten Soll-Betten. Der Krankenhausträger kann im Rahmen seiner Gesamtzahlen die Betten innerhalb eines fixierten Spielraumes nach seinen betrieblichen Erfordernissen auf die unterschiedlichen Betriebsstätten verteilen.

### **15.2 Teilstationäre Kapazitäten**

Die Fortschreibung des Krankenhausplanes weist erstmals in allen Fachgebieten, in denen teilstationäre Angebote gemacht werden sollen, die tagesklinischen Kapazitäten gesondert aus. Damit weicht sie von dem bislang insbesondere im Fachgebiet Psychiatrie geübten Usus ab, nur Gesamtkapazitäten darzustellen und nur dort, wo die Tagesklinik an einem anderen Standort als die vollstationäre Abteilung betrieben werden soll, diese gesondert aufzuführen. Die Standorte der Tageskliniken sind auch weiterhin immer dann gesondert genannt, wenn sie nicht am Standort der Hauptabteilung geführt werden. Die neue Verfahrensweise soll die Planung für alle Beteiligten transparenter machen sowie eine eindeutigere statistische Erfassung der voll- und teilstationären Kapazitäten und damit auch ein höheres Maß an Vergleichbarkeit der brandenburgischen Daten mit denjenigen anderer Bundesländer ermöglichen.

### **15.3 Behandlung der Intensivmedizin**

In den bisherigen Krankenhausplänen wurden intensivmedizinische Betten bei Schwerpunkt- und Regelversorgungskrankenhäusern gesondert ausgewiesen. Die vorliegende Fortschreibung wird hier anders verfahren. Nähere Erläuterungen hierzu finden sich unten im Kapitel 16.8 über die Intensivmedizin.

## **15.4 Institutionelle ambulante Leistungen der Krankenhäuser**

Alle Krankenhäuser, die über eine psychiatrische Abteilung verfügen, haben das Recht in Anspruch genommen, auf der Grundlage von § 118 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V eine Institutsambulanz zu betreiben. Ein gesonderter Ausweis dieser Institutsambulanzen in den Einzelblättern wird daher nicht vorgenommen; im Übrigen fällt diese Institution nicht in die Regelungskompetenz der Krankenhausplanung.

Gleiches gilt für die Sozialpädiatrischen Zentren, die deshalb ebenfalls nicht mehr auf den Einzelblättern der Krankenhäuser ausgewiesen werden. Allerdings bleibt es bei einem eigenen Kapitel für dieses ambulante Angebot (s.u. Kap. 17).

## **15.5 Medizinische Schulen**

Immer mehr Medizinische Schulen - derzeit sind es fünf - werden nicht mehr nur als integraler Teil des Krankenhausbetriebes geführt, sondern in Trägerschaft von Vereinen oder sonstigen juristischen Personen, in denen ein oder mehrere Krankenhäuser Mitglied sind. Hieraus ergeben sich Veränderungsnotwendigkeiten für die Darstellung der pflegesatzfinanzierten Schulen im Krankenhausplan, die im Kapitel 18 näher beschrieben sind.

## **15.6 Rettungshubschrauberstandorte**

Rettungshubschrauberstandorte werden nicht mehr auf den Einzelblättern der Krankenhäuser ausgewiesen. Sie werden in keinem Falle vom Krankenhaus betrieben und auch nicht von der Krankenhausplanung beplant. Die Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes weist die Rettungshubschrauberstandorte jedoch in einer eigenen Übersicht gesondert aus (s.u. Tabellenteil B), so dass die bisher gegebene Information weiterhin im Krankenhausplan zu finden ist.

## **16. Die Entwicklung in den einzelnen Fachgebieten**

### **16.1 Augenheilkunde**

Die Krankenhausbetten in der Augenheilkunde waren 2001 nur noch zu 72,2 % ausgelastet, obgleich die Zahl der aufgestellten Betten kontinuierlich von 156 Betten 1996 auf 140 Betten im Jahr 2001 reduziert wurde. Die durchschnittliche Verweildauer ist von 4,5 Tagen im Jahr 1996 auf 4,1 Tage im Jahr 2001 gesunken.

Vor diesem Hintergrund wurde in der Augenheilkunde die Versorgung an acht Standorten geplant und die Soll-Bettenzahl von 130 Betten auf 119 Betten korrigiert.

Die Fachabteilungen in den Krankenhäusern Ruppiner Kliniken GmbH, KMG Kliniken AG, Standort Pritzwalk, und dem Achenbach-Krankenhaus Königs Wusterhausen werden als Belegabteilungen geführt.



## 16.2 Chirurgie

Die chirurgischen Fachabteilungen waren 2001 im Jahresdurchschnitt zu 80,7 % ausgelastet. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 2001 noch 8,6 Tage und ist damit weiter kontinuierlich gesunken.

Die nunmehr im Plan enthaltenen 3.377 Soll-Betten (incl. intensivmedizinischer Kapazitäten) tragen dieser Entwicklung Rechnung. Die Soll-Betten für die Herzchirurgie und soweit sinnvoll auch für die Kinderchirurgie werden separat ausgewiesen.

Bei der Spezialisierung und internen Strukturierung der Fachabteilungen für Chirurgie verbleibt den Krankenhäusern ein ausreichender Spielraum für bedarfsnotwendige und zweckmäßige Leistungsangebote. Krankenhäuser und Krankenkassen vereinbaren die spezifischen Leistungsstrukturen.

Zur gefäßchirurgischen Versorgung hat die Landeskongress für Krankenhausplanung nach § 13 Abs. 5 LKGBbg am 23. 10. 1996 folgende Empfehlung abgegeben:

„Gefäßchirurgische Abteilungen sollten an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung und der qualifizierten Regelversorgung vorgehalten werden. Damit wäre die Gefäßchirurgie im Land Brandenburg auf sieben gefäßchirurgische Standorte regional ausgewogen verteilt. Über diese sieben Standorte hinaus können nur im Einzelfall aufgrund besonderer Begründung (Einzugsbereich, fachliche Kompetenz, Spezialisierung auf einzelne Diagnosen) gefäßchirurgische Angebote auf der Grundlage in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht zu schließender Vereinbarungen mit den Krankenkassen akzeptiert werden.“

Nachrichtlich werden die zum 1. 1. 2002 gemeldeten und mit den Kostenträgern vereinbarten Schwerpunkte aufgeführt:

### **Gefäßchirurgie**

Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin  
 Klinikum Uckermark GmbH Schwedt  
 Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam  
 Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH  
 Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
 Klinikum Niederlausitz GmbH, Senftenberg  
 Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH  
 Humaine Klinikum Bad Saarow

### **Thoraxchirurgie**

Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin  
 Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam  
 Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
 Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

### **Unfallchirurgie**

Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin  
 Klinikum Uckermark GmbH Schwedt  
 Klinikum Barnim Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde  
 Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam  
 Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH  
 Evangelisches Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow gGmbH  
 Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
 Klinikum Niederlausitz GmbH, Senftenberg

Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH  
Humaine Klinikum Bad Saarow

### **16.3 Frauenheilkunde/Geburtshilfe**

Gegenüber 1996 stiegen die Fallzahlen um 4,8 % auf 24,2 je 1.000 Einwohner. Die durchschnittliche Verweildauer verringerte sich von 6,8 Tagen auf 6,1 Tage im Jahresdurchschnitt 2001. Die Zahl der Ist-Betten hat sich von 1.556 im Jahr 1996 auf 1.375 im Jahr 2001, also um 11,6 %, verringert. Die Auslastung betrug 2001 nur 76,5 %. Eine weitere Reduzierung war daher auf 1.174 Soll-Betten erforderlich.

Die Zahl der Geburten hat sich erfreulicherweise wieder erhöht, bleibt aber auf niedrigem Niveau stagnierend. Insbesondere wirkt sich der Wegzug junger Familien aus dem äußeren Entwicklungsraum negativ aus (siehe Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg 1998 - 2015). Für das Versorgungsgebiet Cottbus wurde die Entscheidung getroffen, die Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an den Standorten Elsterwerda und Spremberg zu schließen. Operativ-gynäkologische Leistungen werden im Rahmen der chirurgischen Abteilungen weiterhin an diesen Standorten vorgehalten. Im Versorgungsgebiet Frankfurt (Oder) wurde am Standort Frankfurt (Oder) die Fachabteilung des Ev. Krankenhauses Lutherstift aus dem Plan genommen.

### **16.4 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

Im Fachgebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde waren 2001 367 Betten aufgestellt, die zu 84,9 % ausgelastet waren. Die Krankenhausplanung sieht daher unter Berücksichtigung der zukünftigen Entwicklung nur eine geringere Korrektur auf 356 Betten vor. Die Fachabteilung der KMG Kliniken AG wird als Belegabteilung geführt.

### **16.5 Haut- und Geschlechtskrankheiten**

Fachabteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten sind nur an vier Standorten im Land Brandenburg vorhanden. Von einer Reduzierung des Angebotes wurde daher Abstand genommen. Die Zahl der Ist-Betten ging von 152 im Jahr 1996 auf 118 Betten im Jahr 2001 zurück. Die Fortschreibung sieht 118 Soll-Betten vor.

### **16.6 Herzchirurgie**

In Abstimmung mit dem Land Berlin werden im Land Brandenburg an den Standorten Bernau und Cottbus herzchirurgische Leistungen erbracht. Im Jahr 2001 wurden 1,6 Fälle je 1.000 Einwohner bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 9,7 Tagen gezählt.

In der Fortschreibung werden die bisherigen 130 Soll-Betten beibehalten. An beiden Standorten werden wegen des unmittelbaren Arbeitszusammenhangs in geringem Umfang kardiologische Soll-Betten in der Fachabteilung Innere Medizin vorgesehen.

### **16.7 Innere Medizin**

Im Fachgebiet wurden im Jahr 1996 145.224 Fälle und im Jahr 2001 173.142 Fälle gezählt. Dabei waren im Jahr 1996 die aufgestellten 5.500 Betten im Durchschnitt zu 85,84 % und im Jahre 2001 5.361 Betten zu 81,8 % ausgelastet. Die mit dem Zweiten Krankenhausplan geplanten Soll-Betten von 5.511 wurden auf nunmehr 5.225 Soll-Betten korrigiert. In diesen Planzahlen ist der Schwerpunkt Geriatrie enthalten (siehe 16.7.1).

Im Versorgungsangebot der "Inneren Medizin" sind an sieben Krankenhäusern pädiatrische Behandlungsmöglichkeiten enthalten.

Die zum 1. 1. 2002 gemeldeten und mit den Kostenträgern vereinbarten Schwerpunkte werden nachrichtlich aufgeführt:

### **Endokrinologie**

Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin  
 Klinikum Uckermark GmbH Schwedt  
 Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam  
 Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
 Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

### **Gastroenterologie**

Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin  
 Klinikum Uckermark GmbH Schwedt  
 Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam  
 Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH  
 Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
 Klinikum Niederlausitz GmbH, Lauchhammer  
 Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

### **Hämatologie**

Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin  
 Klinikum Uckermark GmbH Schwedt  
 Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam  
 Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
 Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH  
 Humaine Klinikum Bad Saarow

### **Kardiologie**

Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin  
 Klinikum Uckermark GmbH Schwedt  
 Ev.-Freikirchliches Krankenhaus und Herzzentrum Brandenburg in Bernau  
 Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam  
 Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH  
 Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
 Klinikum Niederlausitz GmbH  
 Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH  
 Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH  
 Humaine Klinikum Bad Saarow

### **Lungen- und Bronchialheilkunde**

Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin  
 Klinikum Uckermark GmbH Schwedt

Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH, Treuenbrietzen  
Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

### **Nephrologie**

Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin  
Klinikum Uckermark GmbH Schwedt  
Klinikum Barnim Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde  
Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam  
Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH  
Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

### **Rheumatologie**

Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH, Treuenbrietzen  
Carl-Thiem-Klinikum Cottbus

Zur onkologischen Versorgung siehe Kap 16.16.

Die Fachabteilung Innere Medizin am Ev. Krankenhaus Lutherstift am Standort Frankfurt (Oder) wird zukünftig die Aufgabe einer Geriatrie für den Standort Frankfurt (Oder) übernehmen und keine Patienten der allgemeinen Innere Medizin mehr behandeln.

Am Klinikum Uckermark Schwedt und am Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam werden 16 tagesklinische Plätze für Hämatologie / Onkologie in den Krankenhauseinzelblättern ausgewiesen. Die Johanniter Krankenhaus im Fläming gGmbH erhält die Möglichkeit ein Konzeption für die Errichtung eines tagesklinischen Angebotes für pneumologische Onkologie vorzulegen.

## **16.7.1 Geriatrie**

Die geriatrische Versorgung im Akutbereich hat in den nächsten Jahren aufgrund des zunehmenden Anteils Älterer an der Gesamtbevölkerung eine große Bedeutung.

An folgender bereits im Ersten Krankenhausplan des Landes Brandenburg und in der Landeskonzferenz am 5. 12. 1995 festgelegten Konzeption der Geriatrie im Land Brandenburg wird weiter festgehalten:

1. Das Ziel geriatrischer Behandlung im Krankenhaus ist die Herstellung bzw. Wiederherstellung einer möglichst weitgehenden Selbständigkeit der Lebensführung im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erstrecken sich auf die Wiederherstellung der physischen, geistigen, psychischen und sozialen Kräfte des Patienten. In der Behandlung wirken Ärzte, Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Krankenschwestern zusammen.
2. Die geriatrische Behandlung beginnt im Grundsatz am ersten Tag des Krankenhausaufenthaltes. Da für den größten Teil der Patienten in den ersten Tagen die akutmedizinische Versorgung mit hohen personellen, technischen und organisatorischen Anforderungen das Behandlungsgeschehen weitgehend bestimmt, ist die Betreuung in den entsprechenden Abteilungen angezeigt. Jedoch soll die Geriatrie in dieser Phase bereits ergänzend therapeutisch tätig werden.

Mit der Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes von der akutmedizinischen Erstversorgung zur geriatrischen Betreuung ist eine Verlegung in eine selbständige geriatrische Abteilung zweckmäßig. Hier soll dann ggf. die Betreuung durch die erstbehandelnden Ärzte nachgehend erfolgen, ggf. ergänzt durch Leistungen komplementärer Dienste.

3. Die geriatrische Fachabteilung sollte in der Regel in ein größeres Haus der Akutversorgung integriert sein, das über ein Behandlungsangebot (bzw. zumindest Konsiliardienste) der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Neurologie, der Psychiatrie, der Urologie, der Gynäkologie, der Orthopädie und der Augenheilkunde sowie über soziale Dienste verfügt. Das eigenständige geriatrische Behandlungsangebot rangiert gleichberechtigt und gleichrangig neben den anderen Fachgebieten.
4. Notwendig ist die enge Zusammenarbeit der geriatrischen Fachabteilungen nicht nur mit den relevanten übrigen Fachbereichen des Krankenhauses, sondern auch mit den ambulanten medizinischen und sozialen Betreuungsdiensten vor Ort, um eine lückenlose geriatrische Versorgung bis zur angestrebten Selbständigkeit der Patienten zu gewährleisten.
5. Es ist erforderlich, neben der Sicherung des Bestandes die Qualität der geriatrischen Leistungen gezielt zu beobachten und insbesondere Defizite in der Kooperation geriatrischer Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen mit anderen stationären, ambulanten und sozialen Diensten gezielt zu beheben.
6. Eine behutsame Weiterentwicklung der Geriatrie sollte weniger von abstrakten Bedarfsberechnungen, sondern vorrangig von den tatsächlichen Realisierungsmöglichkeiten abhängig gemacht werden.
7. Der Aufbau geriatrischer Abteilungen kann nicht ohne zumindest teilweise Umwidmung von Betten derjenigen Fachabteilungen erfolgen, die durch die Errichtung einer geriatrischen Abteilung entlastet werden. Auch der Einsatz vorhandener Mitarbeiter nach entsprechender Weiter- und Fortbildung hat Vorrang vor dem Aufbau zusätzlicher Personalkapazitäten.
8. Der Aufbau geriatrischer Abteilungen an Krankenhäusern darf nicht als Ersatz nicht mehr bedarfsgerechter oder unwirtschaftlicher Versorgungsangebote anderer Art erhalten.
9. Die Anträge auf Errichtung einer neuen geriatrischen Abteilung werden gezielt auf Kompensation von Fällen, Betten und auch Vollkräften in anderen Abteilungen untersucht. Vereinbarungen über Konsiliardienst Dritter in der geriatrischen Abteilung und über geriatrische Konsile für Dritte werden ebenso wie Kooperationsaussagen zugunsten sozialer Dienste, Pflegeheime, Altenheime etc. der Entscheidung zugrunde gelegt.

In der Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes werden an 12 Standorten geriatrische Angebote ausgewiesen. Die ursprüngliche Planung im Zweiten Krankenhausplan eine Geriatrie an den Standorten Königs Wusterhausen, Luckenwalde und Luckau zu errichten, wird nicht mehr verfolgt. Am Standort Frankfurt (Oder) wird eine Geriatrie am Ev. Krankenhaus Lutherstift geplant. In der Fortschreibung wird im Einzelblatt des Krankenhauses des Diakonissen-Mutterhauses Luise-Henrietten-Stift in Lehnin unter der Rubrik „Besondere Einrichtungen“ auf das „Geriatrische Modellprojekt im Rahmen einer Einrichtung nach § 111 SGB V“ hingewiesen (70 vollstationäre und 10 tagesklinische Plätze). Letzteres ist deshalb von Bedeutung, weil in Brandenburg das Prinzip der konzeptionellen Einstufigkeit der geriatrischen Versorgung verfolgt wird. Das bedeutet, dass der Versorgungsbeitrag und die Konzeption einer Geriatrie im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung in wesentlichen Teilen gleich sein

soll. Die Grundprinzipien entsprechen den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

Insgesamt (einschließlich dem Standort Lehnin) sind somit im Land Brandenburg 13 geriatrische Angebote mit 721 Betten und 145 tagesklinischen Plätze vorgesehen.

### **16.7.2 Rheumazentren**

Unter Berücksichtigung der herausgehobenen Bedeutung rheumatischer Erkrankungen und in Anbetracht der demographischen Entwicklung ist es sinnvoll, eine qualitätssichere, kontinuierliche und kooperative Versorgung Rheumakrankter im Land Brandenburg sicherzustellen und auch im Krankenhausplan als besondere Einrichtung in Cottbus und Treuenbrietzen auszuweisen. An beiden Standorten sollen auch tagesklinische Angebote vorgehalten werden.

### **16.8 Anästhesiologie/Intensivmedizin**

Die Intensivmedizin, d. h. die Behandlung von Schwerkranken mit gestörten Vitalfunktionen, stellt eine besonders wichtige, für viele Behandlungsverläufe entscheidende Phase der stationären Versorgung dar. Zugleich ist sie wegen des erforderlichen erheblichen Personal- und Sachaufwandes ein bedeutender Kostenfaktor.

Der Bedarf an intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten im Krankenhaus ist abhängig von der Zahl und Art der Fachgebiete und dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses. Eine krankenhauserplanerisch vorgegebene Zahl der vorzuhaltenden Betten in der Intensivmedizin in Prozenten der Gesamtbettenzahl würde die individuellen Besonderheiten der Krankenhäuser im Land Brandenburg nicht angemessen berücksichtigen. Die bisher bei Schwerpunkt und Regelversorgung im Krankenhausplan gesondert ausgewiesenen intensivmedizinischen Bettenkapazitäten entsprachen oft nicht der Anzahl der tatsächlich aufgestellten intensivmedizinischen Betten. Darüber hinaus müssen selbstverständlich auch Grundversorgungskrankenhäuser intensivmedizinische Kapazitäten vorhalten, die jedoch nicht als eigene Rubrik im Krankenhausplan geführt wurden.

Die Ausweisung von intensivmedizinischen Betten im Krankenhausplan war daher zu keinem Zeitpunkt vollständig und lieferte kein adäquates Bild über die im Land Brandenburg tatsächlich bedarfsnotwendig vorgehaltenen intensivmedizinischen Kapazitäten. Obendrein sieht die bundesweit geltende Krankenhausstatistikverordnung, nach der auch in Brandenburg die Datenerfassung vorgenommen werden muss, grundsätzlich die Zuordnung intensivmedizinischer Betten zu den Fachgebieten vor, für die sie genutzt werden, sodass sich bei der bisherigen Darstellungsweise Verzerrungen im bundesweiten Vergleich ergaben.

Aus diesen Gründen werden in der Fortschreibung des Krankenhausplanes intensivmedizinische Betten nicht mehr gesondert ausgewiesen, auch dann nicht, wenn ein Krankenhaus eine eigene fachärztlich geleitete Anästhesiologisch-intensivmedizinische Abteilung betreibt. Letzteres bleibt jedoch weiterhin dem Krankenhaus im Rahmen seines Direktionsrechtes unbenommen, es ist aber im gegebenen Falle mit den Vertragspartnern zu vereinbaren.

Daneben können insbesondere in Krankenhäusern der Regel- und Schwerpunktversorgung in Abstimmung mit den Kostenträgern fachgebietsbezogene Intensivüberwachungsbereiche (Intermediate Care Units) vorgehalten werden.

Bei der Planung der benötigten Intensivbetten wurden die Meldungen der Krankenhäuser zum Januar 2001 berücksichtigt, die die Intensivbetten den Fachabteilungen zugeordnet hatten. Auch die Darstellung im Krankenhausplan geht somit davon aus, dass die benötigten Intensivbetten fachgebietsbezogen in den Bettenzahlen der sonstigen konservativen und operativen Fächer ausgewiesen sind. Die Einzelblätter enthalten daher nun bei allen Krankenhäusern, die über intensivmedizinische Betten verfügen, in der Summenzeile der vollstationären Betten den Hinweis „incl. Intensivmedizinische Kapazitäten“.

## 16.9 Kinderchirurgie

Erstmals werden im Krankenhausplan die Bettenzahlen des Fachgebietes Kinderchirurgie ausgewiesen. Die Ausweisung bedeutet jedoch nicht zwangsläufig einen eigenen Chefarztbereich, sondern soll der Transparenz dienen.

Kinderchirurgische Betten werden bei

- KMG Kliniken AG
- Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam,
- Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH, Brandenburg,
- Carl-Thiem-Klinikum Cottbus und am
- Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

ausgewiesen. In der Ruppiner Kliniken GmbH und im Klinikum Uckermark GmbH sind kinderchirurgische Kapazitäten in das Fachgebiet Chirurgie integriert.

## 16.10 Kinderheilkunde

Die Situation in der stationären Kinderheilkunde ist seit Jahren durch sinkende Fallzahlen und eine deutliche Verweildauerreduzierung gekennzeichnet. Insgesamt lag der durchschnittliche Auslastungsgrad der Fachabteilungen für Kinderheilkunde in den Brandenburgischen Krankenhäusern im Jahr 2001 nur bei 67,4 %. Für die künftige Entwicklung der stationären Pädiatrie sind die aktuellen Bevölkerungsprognosen zugrunde zu legen. Danach wird die Zahl der bis zu 15jährigen (2000: 349.757) bis zum Jahr 2005 um ca. 61.000 auf 288.400 zurückgehen und bis zum Jahr 2010 wird gegenüber der heutigen Zahl der bis zu 15jährigen noch eine Verringerung um ca. 46.000 zu verzeichnen sein.

Wenngleich die Geburtenzahlen seit dem Jahre 1995 wieder ansteigen, ist aller Voraussicht nach nicht zu erwarten, dass sie das Niveau der Jahre vor 1988 wieder erreichen werden.

Ziel der Brandenburgischen Krankenhausplanung ist es, den Rahmen für die kindgerechte Betreuung im Krankenhaus zu schaffen. Die Krankenhausplanung gibt daher der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in pädiatrischen Fachabteilungen nach wie vor den Vorrang. Auf die besonderen Bedürfnisse von Kindern bei der Krankenhausbehandlung sollte weitestgehend Rücksicht genommen werden. Kinder sollen nach Möglichkeit nicht zusammen mit erwachsenen Patienten behandelt werden.

Zur Sicherstellung einer qualifizierten flächendeckenden pädiatrischen Versorgung ist es vor dem Hintergrund der genannten Ausgangsdaten unumgänglich, neue Organisationsformen der Versorgung von Kindern im Krankenhaus zu schaffen. Eigenständige hauptamtlich geleitete Fachabteilungen können künftig nicht mehr in bislang gewohntem Umfang vorgehalten werden.

Der Zweite Krankenhausplan des Landes Brandenburg sah daher erstmals ein Modell der Integration pädiatrischer Versorgungsleistungen in andere Fachabteilungen vor, das in der Praxis im Land Brandenburg an einigen Krankenhäusern bereits mit Erfolg eingeführt wurde.

So sollen an einer Reihe von Krankenhausstandorten, die in den zurückliegenden Jahren weniger als ca. 1.000 Behandlungsfälle in der Pädiatrie zählten, künftig keine eigenen hauptamtlich geleiteten Abteilungen für Pädiatrie vorgehalten werden. Die ärztliche und pflegerische pädiatrische Kompetenz ist an diesen Standorten vielmehr in eine andere Hauptfachabteilung zu integrieren, zumeist in die Fachabteilung für Innere Medizin. Damit erhält der Krankenhausträger nach wie vor die Verpflichtung und das Recht, entsprechend qualifizierte, weitergebildete Ärzte und Pflegekräfte zu beschäftigen. Sieben solcher pädiatrischer Behandlungsmöglichkeiten sind in der Fortschreibung enthalten. Die integrierte pädiatrische Behandlungsmöglichkeit des Ev. Krankenhauses Lutherstift am Standort Frankfurt (Oder) wird mit der Änderung des Versorgungsauftrages geschlossen.

Mit dieser Fortschreibung werden 621 Soll-Betten in eigenständigen Fachabteilungen und 85 Soll-Betten als integrierte pädiatrische Behandlungsmöglichkeiten, insgesamt 706 Soll-Betten, ausgewiesen.

### 16.10.1 Perinatologische Versorgung

Die perinatologische Versorgung wird unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung in perinatologischen Zentren und perinatologischen Schwerpunkten vorgehalten.

An perinatologische Zentren werden folgende Anforderungen gestellt:

1. leistungsfähige geburtshilfliche Abteilung und leistungsfähige Kinderabteilung mit neonatologischen Intensivbetten (zum Kriterium Leistungsfähigkeit gehört eine ausreichende Anzahl von jährlichen Geburten und eine personelle Ausstattung entsprechend den Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften),
2. enge und durch Absprachen fixierte Kooperation zwischen Geburtshilfe und Neonatologie,
3. jederzeitige und unbegrenzte Verfügbarkeit eines neonatologisch versierten Kinderarztes in der Geburtshilfe,
4. Geburtshilfe und Kinderabteilung so eng zusammenliegend, dass kein Kraftfahrzeugtransport des Neugeborenen erforderlich wird (möglichst Wand-an-Wand-Lösung),
5. das gesamte Leistungsspektrum der Pädiatrie ist vorzuhalten, wünschenswert sind insbesondere Kinderkardiologie und Kinderchirurgie,
6. Betrieb von mindestens zehn neonatologischen Intensivbetten. Gewährleistung eines Ausstattungsstandards mit Personal und Geräten entsprechend den Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften,
7. Führung einer Arbeitsgemeinschaft mit Geburtshilfen und Kinderabteilungen benachbarter Krankenhäuser,
8. Gelegenheit zur pränatalen Diagnostik/Humangenetik,
9. die Betreuung Schwangerer mit hohem Risiko für sich und /oder das Kind - z. B.:



- insulinpflichtiger Diabetes der Mutter,
- zu erwartende Frühgeburt vor der vollendeten 32. Schwangerschaftswoche,
- Drillings- und Vielfach-Schwangerschaft,
- Morbus haemol. fetalis,
- Feten mit pränatal erkannten Fehlbildungen,
- schwerer Hypertonus, besonders bei Zusatzproblematik.

Perinatologische Schwerpunkte sollten den Anforderungen Nr. 1 bis 4 in gleicher Weise wie die Perinatologischen Zentren genügen. Darüber hinaus gelten für sie die folgenden Kriterien:

- das wesentliche Leistungsspektrum der Pädiatrie ist vorzuhalten,
- Betrieb von mindestens sechs neonatologischen Intensivplätzen,
- Führung einer Arbeitsgemeinschaft mit benachbarten Geburtshilfen,
- sachgerechte Versorgung gefährdeter Neu- und Frühgeborener. Es müssen allenfalls hochgradig unreife Frühgeborene und Fälle zur Langzeitbeatmung ausgeschlossen werden sowie die anderen Fälle aus der Klientel des perinatologischen Zentrums.

Perinatologische Zentren sind am

- Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam,
- Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH und
- Carl-Thiem-Klinikum Cottbus

Perinatologische Schwerpunkte sind am

- Ruppiner Kliniken Neuruppin GmbH,
- Klinikum Uckermark GmbH Schwedt,
- Klinikum Barnim Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde und
- Städtischen Klinikum Brandenburg GmbH

eingerrichtet und als solche durch die Krankenhausplanung des Landes anerkannt.

## 16.11 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie sieht die Krankenhausplanung in jedem Versorgungsgebiet eine stationäre Abteilung vor. Die bisherigen Planungen von insgesamt 211 Soll-Betten und 13 tagesklinischen Plätzen werden beibehalten. Das entspricht 8,1 Betten auf 100.000 Einwohner. Die Bettendichte liegt damit in diesem Fachgebiet deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Im Zuge der Weiterentwicklung des kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsangebotes werden an zwei Standorten im Rahmen der bislang vorgesehenen Gesamtkapazität 13 tagesklinische Plätze vorgehalten. Sie sind in der Fortschreibung des Krankenhausplanes entsprechend ausgewiesen. An einem dritten Standort soll der Aufbau einer ausgelagerten Tagesklinik geprüft werden.

Die Fachabteilungen sollen von ihrer Größe her die erforderliche Differenziertheit in Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher gewährleisten. Die Spezifik der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungserfordernisse im Land Brandenburg bringt mit sich, dass durch die entsprechenden Fachabteilungen großräumige Gebiete, in der Regel ohne eine ausreichende Anzahl von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, zu versorgen sind. Gründliche klinische Diagnostik ist häufig nur im Rahmen von kurzzeitigen stationären Aufnahmen möglich. Diesen Besonderheiten im Lande entspricht es, dass die Versorgungsdaten vergleichsweise hohe Fallzahlen bei gleichzeitig deutlich unterdurchschnittlicher Verweildauer ausweisen.

## **16.12 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

Das Angebot der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie im Land Brandenburg wird im Interesse von Leistungsfähigkeit und Qualität auf wenige Standorte begrenzt. Eigenständige Abteilungen werden in Neuruppin, Eberswalde und Cottbus geführt (insgesamt 45 Soll- Betten). Die Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH bietet mund-kiefer-gesichtschirurgische Leistungen im Rahmen der Abteilung für Chirurgie an.

## **16.13 Neurochirurgie**

Während 1992 in diesem Fachgebiet nur 34 Betten betrieben wurden, konnten die neurochirurgischen Abteilungen im Land auf 184 Ist - Betten aufgebaut werden. Als Zielplanungsgröße sind 189 Soll-Betten vorgesehen. Der Bedarf an neurochirurgischen Leistungen hat sich bestätigt.

## **16.14 Neurologie**

2001 waren durchschnittlich 617 Betten aufgestellt, der Nutzungsgrad lag bei 87,1 %. Als Planungsgröße wurden 627 Soll-Betten festgeschrieben. Sofern die Fachabteilung an einem Fachkrankenhaus geführt wird, ist eine enge Kooperation mit dem für die Region zuständigem Krankenhaus erforderlich.

## **16.15 Nuklearmedizin**

Die Nuklearmedizin als therapeutisches Fachgebiet ist an fünf Standorten im Land geplant. Nach Überprüfung des Bedarfes wurden gegenüber dem Zweiten Krankenhausplan zwei Standorte aus dem Plan genommen. Damit sind 46 Soll-Betten in die Fortschreibung aufgenommen.

## **16.16 Onkologische Versorgung**

Im Land Brandenburg war im Jahr 1995 die Vereinbarung zur Regelung der onkologischen Nachsorge im Land Brandenburg verabschiedet worden. Aufgrund dieser Vereinbarung wurden in den Regionen Potsdam, Cottbus und Frankfurt (Oder) Onkologische Schwerpunkte und in den Regionen Schwedt und Neuruppin Onkologische Arbeitskreise gebildet. Diese haben sich inzwischen zu einem Tumorzentrum Land Brandenburg e. V. zusammengeschlossen und arbeiten in enger örtlicher und räumlicher Nähe zu entsprechend spezialisierten Krankenhäusern. Durch qualifizierte und systematisch organisierte Beratung im Einzelfall wird die Unterstützung der in der onkologischen Versorgung tätigen Krankenhäuser und Vertragsärzte sichergestellt. Um im Rahmen der Qualitätssicherung bei der Tumornachsorge insbesondere den Erfolg einer Krebsbehandlung durch die Zusammenarbeit zwischen Krankenhausärzten und Vertragsärzten zu überwachen und zu sichern sowie spätere Nebenwirkungen der Primärbehandlung sowie Metastasen und Wiedererkrankungen rechtzeitig zu erkennen und eine psychosoziale Betreuung der Krebspatienten durchzuführen, wurden bei den Onkologischen Schwerpunkten und Onkologischen Arbeitskreisen Nachsorgeleitstellen eingerichtet, die auch das Nachsorgeregister führen.

Der landesweite Dachverband „Tumorzentrum Land Brandenburg e.V.“ hat folgende Versorgungsstandorte

- Brandenburgisches Tumorzentrum - Onkologischer Schwerpunkt Cottbus e. V.
- Onkologischer Schwerpunkt Frankfurt (Oder) e. V. / Tumorzentrum Bad Saarow e. V.
- Onkologischer Schwerpunkt Brandenburg / Nordwest e.V. Neuruppin
- Tumorzentrum Potsdam e. V.
- Nordbrandenburgischer Onkologischer Schwerpunkt e. V. Schwedt

und ist in der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Tumorzentren e.V. aufgenommen.

Nachrichtlich werden die zum 1. 1. 2002 mit den Krankenkassen vereinbarten Standorte für Blutstammzelltransplantationen genannt:

- Klinikum Ernst von Bergmann,
- Carl-Thiem-Klinikum Cottbus und
- Humaine Klinikum Bad Saarow/Fürstenwalde.

### **16.17 Orthopädie**

Während im Jahr 1996 6,0 Fälle je 1.000 Einwohner bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 14,9 Tagen gezählt wurden, haben die Träger der Krankenhäuser für 2001 7,0 Fälle je 1.000 Einwohner mit 12,4 Tagen Verweildauer gemeldet. Die Krankenhausplanung sieht unter Berücksichtigung der voraussichtlich weiter fallenden Verweildauer 695 Soll-Betten (incl. tagesklinische Plätze) vor. Erstmals weist die Fortschreibung ein tagesklinisches Angebot von 10 Betten am Oberlinhaus in Potsdam aus. Die Fachabteilung des Kreiskrankenhauses Beeskow wird als Belegabteilung (8 Soll-Betten) geführt.

### **16.18 Psychiatrie**

Die schon im Ersten Krankenhausplan eingeschlagene Linie einer konsequent an den Erfordernissen der Gemeindenähe orientierten Krankenhausplanung hat sich bewährt. Sie wird mit dem vorliegenden Plan fortgeschrieben.

Jedem psychiatrischen Krankenhausstandort ist ein klar definiertes Aufnahmegebiet zugeordnet, für das die Fachabteilung im Sinne des Vollversorgungsauftrages zuständig ist. Diese örtliche Zuständigkeit wird in einer besonderen Rechtsverordnung nach dem Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz für diejenigen Patienten festgelegt, die gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Krankenhausabteilung untergebracht und behandelt werden müssen.

Mit 18 Standorten und durchschnittlich 140.000 Einwohnern je Aufnahmegebiet ist die Forderung nach einer wohnortnahen psychiatrischen Krankenhausversorgung erfüllt. Der geringen Besiedlungsdichte im Land Brandenburg und der damit in Zusammenhang stehenden Weitläufigkeit der Aufnahmegebiete trotz der überschaubaren durchschnittlichen Einwohnerzahl wird dadurch Rechnung getragen, dass in nicht wenigen Fällen einem vollstationären Standort ein teilstationäres Angebot in Form einer Tagesklinik an einem anderen Ort innerhalb des Aufnahmegebietes zugeordnet wird.

Mit der Fortschreibung wird das tagesklinische Angebot differenziert dargestellt. Geplant sind 1.966 Behandlungsplätze, davon 1.519 vollstationäre Soll-Betten und 447 tagesklinische Plätze. Das entspricht einer Bettenmessziffer von 58,4 stationären Betten und 17,2 tagesklinischen Plätzen auf 100.000 Einwohnern.

Die vorliegenden Versorgungsdaten untermauern die eingeschlagene Zielrichtung. Damit liegt die Zahl der aufgestellten Betten unter dem Bundesdurchschnitt, die Fallzahl je 1.000 Einwohner über dem Bundesdurchschnitt und die Verweildauer mit 22,1 Tagen deutlich darunter. Der Auslastungsgrad der psychiatrischen Betten hat sich seit 1996 von Jahr zu Jahr erhöht und entspricht mit 88,8 % in etwa dem Bundesdurchschnitt. Damit bestätigt sich die offenkundige sehr gute Akzeptanz des gemeindenahen Angebotes der psychiatrischen Fachabteilungen im Lande.

### **16.19 Strahlentherapie**

An sechs Krankenhausstandorten konnte die Strahlenheilkunde mit 142 Ist - Betten im Land inzwischen baulich und apparativ ausgestattet werden. Mit insgesamt 142 Soll-Betten wird ein flächendeckendes und auf den Bedarf der Gesamtregion Berlin-Brandenburg abgestimmtes Versorgungsangebot erreicht.

### **16.20 Urologie**

Die Planung der urologischen Versorgungsangebote hatte zum Ziel, eine wohnortnahe Versorgung anzubieten. 2001 waren an 15 Standorten 449 Betten aufgestellt. Diese Betten waren zu durchschnittlich 85,3 % ausgelastet. Die Krankenhausplanung korrigiert ihre Planung nur geringfügig und legt unter prognostischen Gesichtspunkten in dieser Fachrichtung nur noch 431 Soll-Betten fest.

## **17. Sozialpädiatrische Zentren**

Für eine qualifizierte sozialpädiatrische Versorgung stehen im Land Brandenburg vier sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V zur Verfügung. Die Anzahl und Standorte sind in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, den Kommunalen Spitzenverbänden, der Landesärztekammer und der Landeskrankenhausgesellschaft festgelegt worden.

- Sozialpädiatrisches Zentrum Neuruppin der Ruppiner Kliniken GmbH
- Sozialpädiatrisches Zentrum Potsdam des Klinikums Ernst von Bergmann
- Sozialpädiatrisches Zentrum Cottbus des Carl-Thiem-Klinikums Cottbus
- Sozialpädiatrisches Zentrum Frankfurt (Oder) der Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

Damit ist im Land Brandenburg eine bedarfsgerechte sozialpädiatrische Versorgungsstruktur gegeben.

## **18. Staatlich anerkannte Ausbildungsstätten an Krankenhäusern**

Nach § 2 Nr. 3 e KHG werden Kosten, "soweit sie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten betreffen", den Investitionskosten nach § 2 Nr. 2 KHG gleichgesetzt und somit in die Investitionsförderung einbezogen. Voraussetzung hierfür ist die Aufnahme der (staatlich anerkannten) Ausbildungsstätten an Krankenhäusern in den Krankenhausplan.

Da die Zahl der Schulen, die nicht von einem einzelnen Krankenhaus, sondern im Rahmen einer juristischen Trägerschaft geführt werden, deren Mitglied ein oder mehrere Krankenhäuser sind, wächst

seit Jahren stetig an. Auch solche Schulen sind gemäß den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Krankenhausgesetzes des Landes Brandenburg budget- und förderfähig. Allerdings gehören sie rechtlich nicht mehr unmittelbar zu dem Krankenhaus, in dessen Nachbarschaft sie betrieben werden.

Dieser veränderten Situation muss die Krankenhausplanung Rechnung tragen. Alle budget- und förderfähigen medizinischen Schulen erhalten einen eigenen Feststellungsbescheid. Sie werden weiterhin unter der Rubrik „Besondere Einrichtungen“ auf den Einzelblättern ausgewiesen. Schulen, die unmittelbarer Teil des Krankenhauses sind und nicht in eigenständiger Trägerschaft betrieben werden, werden nur als besondere Einrichtung des Krankenhauses genannt; die Schulen in Trägerschaft eines Vereins o. ä. werden bei dem Standort, an dem sie betrieben werden, mit der Formulierung ausgewiesen: „Standort einer Medizinischen Schule gemäß § 29 Nr. 2 LKGBbg“. Damit ist die besondere Form der Trägerschaft bezeichnet.

Mit der Aufnahme dieser Schulen in den Krankenhausplan leistet das Land Brandenburg innerhalb seines Zuständigkeitsbereiches einen weiteren wesentlichen Beitrag für die Sicherstellung des Personalbedarfes in den medizinischen Fachberufen.

Die entsprechende Abbildung im Tabellenteil B gibt eine Übersicht über die pflegesatzfinanzierten medizinischen Schulen im Lande; diejenigen, die in Trägerschaft einer vom Krankenhaus unterschiedenen juristischen Person in dem in § 29 Nr. 2 LKGBbg bezeichneten Sinne geführt werden, sind durch *Kursivdruck* hervorgehoben. Der Vollständigkeit halber sind in einer weiteren Übersicht auch die nicht pflegesatzfinanzierten Schulen nachrichtlich aufgeführt.