

Grundzüge zur

# **Gestaltung des Krankenhausplans 2016**

im Ergebnis der Erörterungen der themenspezifischen  
Arbeitsgruppen des Fachausschusses Krankenhausplanung

01.07.2014

## Inhalt

1.	Versorgungsziele .....	3
2.	Planungshorizont .....	3
3.	Qualitätsanforderungen .....	3
4.	Transparenzinformationen .....	6
5.	Räumliche Planungskriterien .....	7
6.	Inhaltliche Planungskriterien .....	7
6.1.	Planungsgröße „Bett“ .....	7
6.2.	Differenzierung nach stationären Versorgungsformen.....	7
6.3.	Differenzierung nach Fachdisziplinen .....	7
6.4.	Weitere inhaltliche Differenzierungen .....	8
7.	Flexibilisierung abteilungsbezogener Bettenvorgaben.....	8
8.	Ausgewählte Versorgungsschwerpunkte .....	9
8.1.	Notfallversorgung.....	9
8.2.	Geriatrische Versorgung .....	11
8.3.	Orthopädische und unfallchirurgische Versorgung .....	12
8.4.	Gefäßmedizinische Versorgung.....	12
8.5.	Thoraxchirurgische Versorgung.....	13
8.6.	Herzmedizinische Versorgung .....	13
8.6.1	Herzchirurgische Versorgung .....	14
8.6.2.	Kardiologische Versorgung .....	14
8.7.	Tumormedizinische Versorgung .....	14
8.8.	Neurologische Versorgung .....	16
8.8.1.	Schlaganfallversorgung.....	16
8.8.2.	Neurologische Frührehabilitation.....	17
8.9.	Psychiatrische und psychosomatische Versorgung.....	18
9.	Zur Bedarfsanalyse und -prognose.....	19
9.1.	Bevölkerungsprognose .....	19
9.2.	Methodik .....	21
9.3.	Normauslastung.....	22
9.4.	Erste Grobeinschätzung zur Bedarfsprognose 2020 .....	24
10.	Gemeinsame Krankenhausplanung für Berlin und Brandenburg bis 2020 .....	24
11.	Zum weiteren Verfahren der Planaufstellung.....	25

## 1. Versorgungsziele

Neben allgemeinen Versorgungszielen, die sich unmittelbar aus Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Landeskrankenhausgesetz (LKG) ergeben, werden spezielle Zielsetzungen für den Berliner Krankenhausplan 2016 vorgeschlagen. Das erste Berliner Qualitätsziel ist dabei im Vergleich zum Krankenhausplan 2010 neu und betrifft alle Versorgungsbereiche:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit, insbesondere durch geeignete Vorgaben bzw. Empfehlungen zu Strukturen und Prozessen, zur Personalvorhaltung sowie durch Informationen zur Förderung eines Qualitätswettbewerbes
2. Qualitätsgerechte Sicherstellung der Unfall- und Notfallversorgung rund um die Uhr
3. wohnortnahe Sicherstellung der Basisversorgung
4. Unterstützung von Konzentrationsprozessen im Bereich der spezialisierten Krankenhausversorgung
5. regionalisierte Sicherstellung der Pflichtversorgung im Bereich der Psychiatrie, integrierte psychiatrische Versorgung („gemeindepsychiatrische Verbände“).

Durch die Erweiterung um das erstgenannte Qualitätsziel soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Krankenhausplanung durch die Formulierung von Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität und durch Herstellung von Bedingungen, die einen Wettbewerb um Qualität fördern, einen Beitrag zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung leisten kann und muss. Einzelheiten dazu sind in den Gliederungspunkten 3, 4 und 8 ausgeführt.

Bezüglich des 5. Ziels wird angemerkt, dass eine Stärkung der regionalisierten Pflichtversorgung durch Einbindung der psychosomatischen Medizin beabsichtigt ist und dass bettenentlastende Modelle in klinischer Zuständigkeit realisiert werden sollen.

## 2. Planungshorizont

Es wird für einen Planungshorizont 2016 bis Ende 2020 plädiert. Ein kürzerer Planungshorizont würde ein deutliches Abweichen von den bisher in Berlin üblichen Längen der Planungsperioden sowie weniger Planungssicherheit für die Krankenhausträger bedeuten und zudem bei einer rund dreijährigen Vorbereitungszeit zu einem Missverhältnis von Planungs- und Gültigkeitsdauer führen.

Ein längerer Planungshorizont würde die angestrebte gemeinsame Krankenhausplanung von Berlin und Brandenburg erschweren.

## 3. Qualitätsanforderungen

Ein Schwerpunkt des neuen Berliner Krankenhausplans soll die Sicherung einer guten Versorgungsqualität sein.

Die Krankenhäuser erzielen einen hohen Anteil ihrer Einnahmen aus den DRG-Erlösen. Um nicht in ihrer Existenz gefährdet zu sein und sich im Wettbewerb behaupten zu können, müssen Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten. Verbesserungen in der

Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses sind grundsätzlich auf zweierlei Art und Weise möglich:

- Verbesserung der Erlös-/Aufwandsrelation je DRG-Fall oder
- Steigerung der Fallzahl bei wirtschaftlich attraktiven DRGs, möglichst ohne zusätzlichen Aufwand.

Die Folge kann sein, dass sich ein Krankenhaus stärker auf wirtschaftlich attraktive DRGs konzentriert und gleichzeitig medizinisch notwendige Leistungen nicht in vollem Umfang erbringt. Dies kann damit einhergehen, dass bei Patienten medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht werden (Ausweitung der Indikation), um mehr attraktive DRGs abrechnen zu können.

Es muss deshalb dafür Sorge getragen werden, dass Verbesserungen der Wirtschaftlichkeit nicht zu Lasten der Versorgungsqualität erfolgen. Diese Sorge ist auch deshalb berechtigt, weil im Durchschnitt der größte Kostenblock durch Personalaufwand verursacht wird (ca. 60 bis 70 Prozent) und damit der Personaleinsatz, beispielsweise in der Pflege, oft Ansatzpunkt für Wirtschaftlichkeitsverbesserungen ist. Ein Ausdruck dessen ist, dass sich das Verhältnis „Fälle je Pflegekraft“ in den zurückliegenden Jahren kontinuierlich erhöht hat. Kritische Grenzen dürfen dabei nicht überschritten werden. Ausreichendes, nicht überlastetes und qualifiziertes Krankenhauspersonal ist eine wesentliche Qualitätsvoraussetzung.

Es ist richtig, dass die Sicherung einer guten Qualität der Krankenhausversorgung durch eine ganze Reihe von Regelungen außerhalb der Krankenhausplanung verfolgt wird. Diese legt auch die BKG sehr fundiert in ihrer Stellungnahme vom 30.1.2014 dar.

Dennoch gelangen zunehmend Bundesländer zur Einschätzung (Hamburg, NRW), dass es sinnvoll und notwendig ist, auch im Rahmen der Krankenhausplanung ergänzende Regelungen zur Gewährleistung einer guten Qualität in Krankenhäusern vorzusehen. Rechtsgrundlagen dafür werden gesehen in der gesetzlichen Verpflichtung zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch **leistungsfähige Krankenhäuser** (§ 6 Abs. 1 KHG) – die Qualität ist ein Aspekt der Leistungsfähigkeit – sowie in der klarstellenden Regelung des § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V, wonach **ergänzende Qualitätsanforderungen** im Rahmen der Krankenhausplanung **zulässig** sind.

### Qualitätsanforderungen im Krankenhausplan 2016

Vor diesem Hintergrund soll der neue Berliner Krankenhausplan 2016 verstärkt Qualitätsanforderungen aufnehmen. Folgende Bereiche werden vorgeschlagen:

#### Anforderungen an die personelle Strukturqualität

- **Facharztstandard**  
Die Forderung, dass eine von einem Plankrankenhaus geführte Fachabteilung, den Facharztstandard erfüllen soll, war bereits im Krankenhausplan 2010 enthalten. Diese Forderung wird dahingehend konkretisiert, dass als Mindestanforderung dabei grundsätzlich gilt:  
Chefarzt/ärztin und Stellvertreter/in verfügen über eine der Abteilung entsprechende abgeschlossene Facharztweiterbildung, im Gesamtumfang von mindestens zwei Vollzeitstellen sind Fachärzte/ärztinnen der entsprechenden Facharzttrichtung in der Abteilung dauerhaft tätig. Dies schließt die Leitung der Abteilung ein.

Um Leistungen, die gemäß Weiterbildungsordnung einem bestimmten Fachgebiet zugeordnet sind, erbringen zu können, sollte das Plankrankenhaus eine Fachabteilung<sup>1</sup> dieses Fachgebietes führen.

- **Ärztliches und pflegerisches Personal in der Notaufnahme:**  
Im Rahmen des Konzeptes zur Notfallversorgung werden Anforderungen an die personelle Ausstattung der Notaufnahmen von Notfallkrankenhäusern formuliert, die eine zeitgerechte und eine dem Facharztstandard entsprechende Versorgung von Notfallpatienten in der Notaufnahme des Krankenhauses gewährleisten sollen.
- **Personelle Anforderungen an geriatrische Abteilungen:**  
Im Rahmen des geriatrischen Krankenhausversorgungskonzeptes werden über die Forderung nach Erfüllung des Facharztstandards hinaus zusätzlich Anforderungen mit Empfehlungscharakter zur Bemessung des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals aufgenommen.
- Bis zum Greifen der Regelungen durch das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie sind Festlegungen der PsychPV verbindlich umzusetzen.

### Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität

Bereits im Krankenhausplan 2010 waren bestimmte Planfeststellungen, beispielsweise die Ausweisung von Abteilungen auf der Ebene der Subdisziplinen, an die Erfüllung von Kriterien der Struktur- und Prozessqualität gebunden: Das betraf beispielsweise die Ausweisung von

- Kardiologischen Abteilungen
- Thoraxchirurgischen Abteilungen
- Orthopädisch-/unfallchirurgischen Abteilungen
- Gefäßmedizinischen Schwerpunkten.

Daran wird festgehalten.

Als **neue bzw. weiter ausgestaltete** Bereiche werden vorgeschlagen:

- die Anforderungen an Notfallkrankenhäuser
- die abschließende Planung zur Herzchirurgie (bisher: jedes Krankenhaus mit einer chirurgischen Abteilung verfügt grundsätzlich über einen herzchirurgischen Versorgungsauftrag – das ist eine zu offene Planung und muss künftig konkretisiert werden)
- Krankenhäuser bzw. Abteilungen, die den zugewiesenen Versorgungsauftrag nur selektiv wahrnehmen, werden bei Ausübung des planerischen Ermessens als weniger leistungsfähig angesehen.

Überdies werden Anforderungen an die zur Versorgung des akuten Schlaganfalls geeigneten Krankenhäuser (**Stroke Units**) sowie Anforderungen an **geriatrische Krankenhausabteilungen** formuliert. Weiter sollen in den Krankenhausplan 2016 Vorgaben mit empfehlendem Charakter zur Akutbehandlung von **Patienten mit kognitiven Einschränkungen** und zum Entlassungsmanagement aufgenommen werden.

Generell sollen Planungsentscheidungen **möglichst nahtlose Versorgungsketten** unterstützen, beispielsweise bei den Übergängen zwischen den verschiedenen Phasen der neurologischen (Früh-)Rehabilitation.

---

<sup>1</sup> Die Definition der Fachabteilung richtet sich dabei nach den bundeseinheitlichen Regelungen der Krankenhausstatistik: Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte.

Schließlich soll im Krankenhausplan die Forderung verankert werden, dass ein online Monitoringsystem zur Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Ressourcen aufgebaut werden sollte (IVENA e-Health, Interdisziplinärer Versorgungsnachweis).

### Krankenhaushygiene

Die wachsende Zahl von Patienten mit multiresistenten Keimen bzw. mit Krankheitserregern stellt ein hohes Gefährdungspotenzial dar und erfordert besondere Hygienemaßnahmen.

Mit der Novelle des Infektionsschutzgesetzes und der Berliner Hygieneverordnung wurde dieser Entwicklung auf Bundes- und Landesebene Rechnung getragen. Zur Umsetzung dieser Regelungen muss im erforderlichen Umfang ausreichend qualifiziertes Hygienepersonal in Krankenhäusern eingesetzt werden. Auch das übrige Krankenhauspersonal, vom Reinigungs- bis hin zum Pflegepersonal, muss so bemessen sein, dass für Hygienemaßnahmen die erforderliche Zeit bleibt.

Zudem wäre es sehr wünschenswert, wenn sich Patientinnen und Patienten ein sachgerechtes Urteil darüber bilden könnten, welchen Stellenwert die Krankenhaushygiene im jeweiligen Krankenhaus hat. Aus Patientenperspektive haben hohe Hygienestandards große Bedeutung. Die Angst vor Hospitalinfektionen hat beträchtlich zugenommen.

### Anmerkung zur Qualitätssicherung

Eine gute Qualität erfordert, dass in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in herausgefunden wird, von welchen Maßnahmen der/die Patient/in voraussichtlich den größten Nutzen haben bzw. was ihrem/seinem gesundheitlichen Wohlergehen am meisten dienen wird. Es kommt nicht nur darauf an, dass eine Operation gut durchgeführt wird, sondern auch darauf, dass diese mit Blick auf mögliche Behandlungsalternativen unter Beachtung der konkreten Umstände und der Lebensperspektive des/r Patienten/in den größten Gewinn an Lebensqualität erwarten lässt. Dieser kommunikative Prozess kann durch planerische Vorgaben, beispielsweise zu Strukturen, nur partiell unterstützt werden. Auch die Messung einer so verstandenen Qualität ist kaum bzw. nur ansatzweise möglich. Deshalb ist die allgemeine Forderung nach Entwicklung einer **Qualitätskultur** im Krankenhaus berechtigt. Es geht um **Rahmenbedingungen für ein diagnostisches und therapeutisches Handeln zum Wohle des Patienten**. Die Wahrung bzw. Schaffung derartiger Rahmenbedingungen ist eine permanente Aufgabe aller Beteiligten. Eine intensive Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen und Gefährdungen derartiger Rahmenbedingungen erscheint erforderlich.

## **4. Transparenzinformationen**

Die Krankenhausversorgung ist zunehmend durch einen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern geprägt. Ein funktionierender Wettbewerb mit Vorteilen für die Patienten kann aber nur dann entstehen, wenn gute Informationen über die Leistungen der Krankenhäuser verfügbar sind und Krankenhäuser miteinander verglichen werden können. Diesem Ziel dienen die sogenannten Transparenzdarstellungen im Rahmen der Krankenhausplanung.

Es wird vorgeschlagen, die bisherigen Darstellungen solange zu weiterzuführen und zu veröffentlichen, bis Entwicklungen an anderer Stelle, z. B. auf Bundesebene, dieses

Angebot erübrigen. Darüber hinaus sollte eine verbesserte Zugänglichkeit dieser Informationen erreicht werden.

## **5. Räumliche Planungskriterien**

Räumliche Planungskriterien sind für die adäquate Sicherstellung der Notfallversorgung (schnelle Erreichbarkeit des geeigneten Notfallkrankenhauses), für die Umsetzung des Planungsziels „Wohnortnähe im Bereich der Basisversorgung“ und für die regionalisierten Planungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung erforderlich.

Die bisher angewendeten räumlichen Planungskriterien sind:

- Krankenhausstandort
- Bezirk (Pflichtversorgungsregion im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie)
- jeweils zwei Bezirke zusammengefasst zu insgesamt 6 Versorgungsregionen (Beurteilung der Wohnortnähe im Bereich der somatischen Basisversorgung, kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsregionen).

Sie haben sich bewährt und sollten beibehalten werden.

## **6. Inhaltliche Planungskriterien**

Die inhaltlichen Planungskriterien bilden die Grundlage der Strukturfestlegungen für die Krankenhäuser. Sie definieren den kapazitiven Rahmen der Leistungserbringung.

Die Festlegung der Leistungsmengen erfolgt durch die Vertragsparteien in Verbindung mit der Vereinbarung des Krankenhausbudgets.

### **6.1. Planungsgröße „Bett“**

Zur Wahrung der Planungskontinuität und zur Gewährleistung einer strukturierenden Planung sollen die Planfestlegungen unverändert auf der Grundlage ordnungsbehördlich genehmigter Betten und Strukturen erfolgen. Die notwendige Abstimmung der Beteiligten (Krankenhaus, Ordnungsbehörde, Planungsbehörde) ist zu sichern.

### **6.2. Differenzierung nach stationären Versorgungsformen**

Weiterhin sollte eine Differenzierung der Bettenkapazität nach den stationären Versorgungsformen

- vollstationäre Versorgung: vollstationäre Betten
- teilstationäre Versorgung: teilstationäre Plätze/Betten
- belegärztliche Versorgung: Belegbetten

erfolgen.

Angemerkt wird, dass die Umwidmung von Belegbetten in hauptamtlich geführte Betten planerisch wie eine Neuaufnahme von Betten in den Krankenhausplan betrachtet wird.

### **6.3. Differenzierung nach Fachdisziplinen**

Grundlage für die Differenzierung nach Fachgebieten bildet die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin (WBO). Die fachliche Gliederung der WBO unterscheidet in Gebiete (diese entsprechen in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung

den Hauptdisziplinen) und Facharztkompetenzen (diese führen zur Unterteilung in Subdisziplinen, soweit ein Gebiet mehrere Facharztkompetenzen umfasst).

Im Krankenhausplan werden nur die Betten führenden Haupt- und Subdisziplinen ausgewiesen.

Die Geriatrie (gemäß WBO Facharztkompetenz der Inneren Medizin) wird davon abweichend wie bisher als Hauptdisziplin geführt.

Dies erscheint durchaus sachgerecht und hat zur Folge, dass für die Geriatrie eine differenzierte Bedarfseinschätzung und ein quantitativer Bettenausweis vorzunehmen ist.

Die Herzchirurgie ist die einzige Subdisziplin, für die ein quantitativer Ausweis erfolgt.

#### **6.4. Weitere inhaltliche Differenzierungen**

Unterhalb der Ebene der Subdisziplinen wurden im Krankenhausplan 2010 noch planerische Festlegungen für weitere spezielle Einheiten vorgenommen. Dies betraf

- Betten für Schwerbrandverletzte
- Betten für Patienten mit hochkontagiösen Erkrankungen (Sonderisolerstation)
- Betten für Querschnittgelähmte

Im Interesse der Sicherstellung der Versorgung bzw. Notfallversorgung sollte weiterhin ein planerischer Ausweis erfolgen, zumal diese Einheiten eine aufwändige und sehr spezifische Ausstattung erfordern.

Zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung und Tumorversorgung sollen über den Krankenhausplan 2010 hinausgehend Krankenhäuser mit Stroke Units und onkologischem Schwerpunkt planerisch festgelegt werden.

Darüber hinaus weist der Krankenhausplan Einheiten für neurologische Frührehabilitation, Phase B, und – wie bisher – die organspezifischen Transplantationszentren aus.

### **7. Flexibilisierung abteilungsbezogener Bettenvorgaben**

Auf der Ebene der Hauptdisziplinen sollen weiterhin Bettenfestlegungen erfolgen, ebenso für teilstationäre Einheiten.

Erforderliche Gestaltungsfreiräume für die Krankenhausträger sollen durch eine ausreichende Flexibilisierung der fachabteilungsbezogenen Bettenvorgaben und bei einem geänderten Bedarf durch Einzelfallentscheidungen eröffnet werden. Es wird deshalb für eine Beibehaltung der Flexibilisierungsgrenzen von  $\pm 15$  Prozent votiert (siehe Krankenhausplan 2010, Seite 13).

Klarzustellen ist, dass die Flexibilisierungsmöglichkeit nicht mit einem Bettenpuffer an ordnungsbehördlich genehmigten Betten oberhalb der im Plan vorgegebenen Soll-Bettenzahl einhergehen darf. Im Gegenteil, die Möglichkeit soll dazu dienen, die Bettenauslastung zu erhöhen, so dass die Zahl der betriebsbereit aufgestellten Betten auch in Phasen hoher Inanspruchnahme auf die Soll-Bettenzahl begrenzt bleiben kann.

## 8. Ausgewählte Versorgungsschwerpunkte

### 8.1. Notfallversorgung

Die Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren in Berlin tragen entscheidend zur sektorenübergreifenden Versorgung von Notfällen bei. Da Patientinnen und Patienten oft die Behandlungsdringlichkeit ihres Zustandes nicht korrekt einschätzen können, muss der Zugang zu diesem System niederschwellig gehalten werden. Es ist die Aufgabe des/r behandelnden Arztes/Ärztin in der Notaufnahme zu entscheiden, ob eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit vorliegt oder nicht. Die Krankenhäuser tragen im erheblichen Umfang zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung bei. Im Textteil des Krankenhausplans werden die damit verbundenen Probleme und die Finanzierung der ambulanten Notfalleistungen im Krankenhaus thematisiert.

Die Sicherstellung der stationären Notfallversorgung ist eine Kernaufgabe der Krankenhausplanung. Ziel ist es, dass die Notfallbehandlung in Berliner Krankenhäusern auf einem möglichst einheitlichen hohen Standard durchgeführt wird. Daraus leiten sich besondere Anforderungen an solche Krankenhäuser ab, die an der Notfallversorgung teilnehmen. Im Krankenhausplan 2010 wurde definiert, dass Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren zur Erfüllung des Versorgungsauftrags bestimmte strukturelle Vorgaben erfüllen und organisatorische Abläufe gewährleisten **müssen**.

Für den Krankenhausplan 2016 werden **Anpassungen der strukturellen Vorgaben** vorgeschlagen:

- Notfallkrankenhäuser und -zentren führen Fachabteilungen in der Inneren Medizin und Chirurgie und verfügen insbesondere über eine angemessene fachärztliche Kompetenz in der Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie.
- Alle dauerhaft in den Notaufnahmen eingesetzten Ärztinnen und Ärzte sollen die Zusatzbezeichnung „Klinische Notfallmedizin“ erwerben, sobald dies bei der Berliner Ärztekammer möglich ist.<sup>2</sup> Dabei sind angemessene Übergangszeiträume zu berücksichtigen.
- Die gemäß Krankenhausplan 2010 fakultative Einbindung geriatrischer Kompetenz in den Notaufnahmen wird verpflichtend. Konzepte müssen entsprechend den unter 8.2. genannten Punkten vorgehalten und umgesetzt werden. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Identifizierung von Patienten, welche von einer geriatrischen Behandlung profitieren könnten.
- Zur Versorgung intensivpflichtiger Notfallpatienten ist die Vorhaltung von mindestens 10 mit Beatmungsgeräten ausgestatteten Intensivbetten verpflichtend. Bei Nichterreichen dieser Vorgabe ist der Zeitpunkt festzuschreiben, bis zu dem spätestens dieses Kriterium zu erfüllen ist.
- Da Patienten überwiegend mit Symptomen in die Notaufnahmen kommen, die im Vorfeld eine eindeutige fachliche Zuordnung nicht erlauben, muss der interdisziplinäre Ansatz der Notaufnahmen gestärkt werden. Daher sollte die Notaufnahme als eigenständige strukturelle Einheit vorgehalten werden und eine bauliche Einheit darstellen, damit diese als zentrale Anlaufstelle des Krankenhauses für Patienten und Rettungsdienst zur Verfügung steht.

<sup>2</sup> In den Notaufnahmen ist der Facharztstandard in der Regel durch persönliche Anwesenheit rund um die Uhr zu gewährleisten. Die Ärztekammer Berlin verweist in einer Stellungnahme zum Krankenhausplan 2010 bereits darauf, dass die persönliche Anwesenheit von Fachärzten aller notfallmedizinisch relevanten Gebiete rund um die Uhr von den Krankenhäusern schwer umsetzbar ist, und dass ein in Deutschland derzeit nicht verfügbarer Facharzt für Notfallmedizin eine Lösung darstellen könnte. Es bestehen Bestrebungen der Ärztekammer Berlin, die Weiterbildungsordnung noch vor Inkrafttreten des Krankenhausplanes 2016 durch eine Zusatzweiterbildung „Klinische Notfallmedizin“ zu erweitern, welche fachgebietsübergreifend speziell auf die Notfallbehandlung in den Kliniken ausgerichtet ist.

- Weiterhin müssen alle Notaufnahmen eine ärztliche und eine pflegerische Leitung haben. Die Besetzung mit einem/r Chefarzt/Chefärztin sowie ein eigener ärztlicher Personalstamm sind anzustreben. Ein eigener pflegerischer Personalstamm ist vorzuhalten.
- Bereits in den Notaufnahmen sollten Verdachtsdiagnosen mit hinreichender Sicherheit gestellt werden, damit zeitkritische Therapien unmittelbar eingeleitet werden können und eine Entscheidung zur weiteren ambulanten Behandlung oder zur stationären Aufnahme mit Zuordnung zu der richtigen Fachdisziplin getroffen werden kann.
  - Hierfür muss eine adäquate Anzahl an Untersuchungsräumen und an Überwachungsplätzen mit zentralem Monitoring in der Notaufnahme zur Verfügung stehen.
  - Darüber hinaus sollten zumindest in Notfallzentren Kurzliegerstationen räumlich und organisatorisch an die Notaufnahmen angegliedert werden, in denen eine diagnostische Abklärung und Therapie kurzfristig erfolgen kann.
- Es muss ein Konzept vorliegen, welches organisatorisch und strukturell sicherstellt, dass eine Übertragung insbesondere von multiresistenten und hochinfektiösen Erregern auf andere Patienten vermieden wird.

Zur **Verbesserung der Prozessqualität** werden die folgenden Anpassungen vorgeschlagen:

- Die starke Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch die Berliner Bevölkerung führt zwangsläufig zu Wartezeiten in den Notaufnahmen. Entscheidend ist, dass dringend behandlungsbedürftige Patienten und Patientinnen (z. B. mit Schlaganfall, Herzinfarkt, Sepsis etc.) rechtzeitig identifiziert und behandelt werden. Hierzu ist eine strukturierte Ersteinschätzung der Patientinnen und Patienten unmittelbar bei Erstkontakt sicherzustellen. Diese muss mit einem **validierten Ersteinschätzungssystem** erfolgen. Zur Qualitätssicherung müssen die Warte- und Behandlungszeiten in den entsprechenden Dringlichkeitskategorien von den Notfallkrankenhäusern und Notfallzentren bewertet werden. Die personelle Ausstattung der Notaufnahmen ist so zu bemessen, dass die unmittelbare Ersteinschätzung zu jeder Zeit gewährleistet ist und die maximalen Wartezeiten in den jeweiligen Dringlichkeitskategorien bis zum Beginn der ärztlichen Behandlung grundsätzlich nicht überschritten werden. Erforderlich ist eine Initiative zur Qualitätssicherung in der Notfallversorgung, an der sich alle Notfallkrankenhäuser und -zentren beteiligen, idealerweise unter der Federführung der Berliner Ärztekammer.
- Die Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren müssen die Versorgung von Patienten jederzeit sicherstellen und ein reibungsloses Zusammenwirken mit dem Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr gewährleisten. Von den Notfallkrankenhäusern muss ein zentraler Ansprechpartner (Notfallkoordinator) benannt werden. Die im Krankenhausplan 2010 festgelegten Ablehnungsquoten entfallen. Ein **elektronischer Kapazitätsnachweis** der Krankenhäuser (online Melde-, Kommunikations- und Monitoringsystem zur Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Ressourcen) wird geprüft und soll nach Möglichkeit eingeführt werden.

An den übrigen im Krankenhausplan 2010 genannten Anforderungen an Notfallkrankenhäuser bzw. -zentren wird weiterhin festgehalten.

## 8.2. Geriatrische Versorgung

Es wird vorgeschlagen, in den neuen Krankenhausplan ein **Konzept für die geriatrische Versorgung im Krankenhaus** aufzunehmen. Es sollte folgende Eckpfeiler enthalten:

- Geriatrie bleibt **Hauptabteilung**, d. h. es erfolgt im Plan eine quantitative Vorgabe zur Kapazität der Abteilung und die in den Plan aufgenommenen Abteilungen decken den Bedarf (abschließende Planung).
- Ausgewiesen werden Krankenhausstandorte, **vollstationäre Betten und teilstationäre Plätze**.
- Jede vollstationäre Abteilung sollte zumindest ab einer Größe von 45 Betten auch **eine teilstationäre Einheit** anbieten. Als Richtgröße wird hier abhängig von den hausindividuellen Möglichkeiten je 3 bis 4 vollstationäre Betten 1 teilstationärer Platz empfohlen.
- Die geriatrische Versorgung wird **wohntnah** sichergestellt und gehört zur Basisversorgung. Bei notwendigen Auswahlentscheidungen zwischen mehreren Bewerbern gleicher Eignung und Leistungsfähigkeit wird jenem Bewerber der Vorzug bei der Aufnahme in den Krankenhausplan eingeräumt, dessen Angebot in der Region mit der geringsten Ausstattung an geriatrischen Betten liegt.
- Geriatrische **Fachkrankenhäuser** haben Bestandsschutz. Sie sind prinzipiell nicht schlechter geeignet als Allgemeinkrankenhäuser, haben aber einen höheren Aufwand als diese, um die gleiche Versorgungsqualität auch bei Komplikationen sicherzustellen. Bei Neuanträgen ist konzeptionell darzustellen, wie diese Defizite ausgeglichen werden. Ansonsten werden grundsätzlich Abteilungen, die in Allgemeinkrankenhäuser integriert sind, als leistungsfähiger angesehen (vgl. nachfolgend genannte Aspekte: Kapazitätswachse vorrangig durch Umwidmung, Abläufe in der Notaufnahme, fachabteilungsübergreifende Zusammenarbeit). Sie helfen darüber hinaus, Verlegungen zwischen Krankenhäusern zu vermeiden, was einen Vorteil für geriatrische Patientinnen und Patienten (vor allem bei Vorliegen einer Demenz bzw. kognitiver Beeinträchtigungen) darstellt.
- Die **Bedarfsermittlung** erfolgt wie bisher.
- Kapazitätswachse in der Geriatrie sollen vorrangig durch **Umwidmung** chirurgischer, internistischer, neurologischer oder auch anderer somatischer Kapazitäten erfolgen.
- Mitentscheidend für eine qualitativ hochwertige geriatrische Versorgung sind die Abläufe in der **Notaufnahme** eines Krankenhauses. Daher gibt der Krankenhausplan für alle Notfallkrankenhäuser vor, ein **Konzept** unter Berücksichtigung der hausindividuellen Besonderheiten zur Erst- und Weiterversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten zu entwickeln. In diesem Konzept wird dargestellt:
  - wie geriatrische Kompetenz in der Notaufnahme sichergestellt,
  - welches Screening zur Identifizierung geriatrischer Patientinnen und Patienten angewendet,
  - welches Screening zur Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz angewendet und
  - wie ein hausinternes Casemanagement, das bereits ab Notaufnahme einsetzt, durchgeführt wird.
- Geriatrische Abteilungen erfüllen überdies **folgende Anforderungen**:
  - sie verfügen über eine angemessene Personalausstattung; dabei sollten die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu Grunde gelegt werden

- der Facharztstandard wird erfüllt (Mindestausstattung: ärztliche Leitung und die Stellvertretung durch geriatrische Fachärzte, Gesamtumfang von mindestens zwei Vollkräften mit geriatrischer fachärztlicher Kompetenz)
- der Chefarzt/die Chefarztin soll über eine Weiterbildungsermächtigung verfügen
- die Abteilung verfügt über eine angemessene Anzahl an Ein- und Zweibett-Zimmern
- es erfolgt eine strukturierte hausinterne fachabteilungsübergreifende Zusammenarbeit
- es erfolgen regelmäßige Mitarbeiterschulungen, auch in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen
- ein qualifiziertes Entlass- und Beschwerdemanagement wird durchgeführt
- größere Abteilungen sollen über besonders gestaltete Bereiche verfügen, die auf Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigten abgestimmt sind
- Einbettung in ein Netzwerk ambulanter und komplementärer Angebote durch feste Kooperationsbeziehungen
- Beteiligung an einer freiwilligen fachspezifischen externen Qualitätssicherungsmaßnahme wie z. B. Gemidas Pro, die Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie wird empfohlen.

Die empfehlenden Bestandteile dieses Konzepts kommen insbesondere bei krankenhausplanerischen Auswahlentscheidungen zum Tragen.

### **8.3. Orthopädische und unfallchirurgische Versorgung**

Wegen der Bedeutung dieses Versorgungsschwerpunktes für die Sicherstellung der Notfallversorgung erfolgt unverändert ein qualitativer Ausweis der Orthopädie/Unfallchirurgie als Subdisziplin des Fachgebietes Chirurgie. Der Ausweis erfolgt nicht abschließend. Ausgewiesen werden alle ordnungsbehördlich genehmigten Abteilungen dieser Subdisziplin, die für die Sicherstellung der Notfallversorgung geeignet, erforderlich und erkennbar beteiligt sind.

Soweit Abteilungen dieser Subdisziplin nicht für die Sicherstellung der Notfallversorgung benötigt werden bzw. sich vorrangig auf ein elektives Aufgabenspektrum (planbare Leistungen) beschränken, werden sie nicht ausgewiesen. Eine Gefährdung der Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist dabei nicht zu befürchten. Das nicht zeitkritische elektive Aufgabenspektrum kann innerhalb der Hauptdisziplin Chirurgie – sofern die spezifischen Anforderungen für die Leistungserbringung vom Krankenhaus erfüllt werden (eigenständige Abteilung dieser Subdisziplin) – bei Bedarf mit den Krankenkassen im Rahmen der Budgetvereinbarungen ausgehandelt werden.

### **8.4. Gefäßmedizinische Versorgung**

Am bisherigen Vorgehen zur Feststellung von gefäßmedizinischen Schwerpunkten sollte aus folgenden Gründen auch im neuen Krankenhausplan festgehalten werden:

- Verbesserung der Qualität und Transparenz gefäßmedizinischer Leistungen
- Bedeutung des Angebotes für die Sicherstellung der Notfallversorgung
- Unterstützung von Konzentrationsprozessen.

Alle Krankenhäuser, die einen gefäßmedizinischen Schwerpunkt durch Zertifizierung und entsprechendes Leistungsspektrum nachweisen, werden deshalb im Krankenhausplan 2016 ausgewiesen.

Als wünschenswert wird dabei angesehen, dass, in Verbindung mit der gemäß Koalitionsvertrag der Regierungsparteien des Deutschen Bundestages vorgesehenen Bewertung von Zertifikaten, die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften sich auf ein einheitliches Zertifikat für die Gefäßmedizin verständigen.

### **8.5. Thoraxchirurgische Versorgung**

In der Stadt besteht eine Konzentration der thoraxchirurgischen Leistungen auf vier Plankrankenhäuser (Helios Klinikum Emil-von-Behring, Ev. Lungenklinik, Vivantes Klinikum Neukölln, DRK Kliniken | Mitte). Daneben ist die Charité in relevanter Größenordnung beteiligt.

Besonders deutlich wird dies bei Lungenkrebsoperationen. 84 % dieser Eingriffe erfolgten 2012 in den genannten Plankrankenhäusern, weitere 14 % im universitären Bereich.

Alle genannten Plankrankenhäuser sind bisher mit einer thoraxchirurgischen Abteilung im Krankenhausplan 2010 ausgewiesen.

Angelehnt an die Vorgaben der Fachgesellschaft war als Kriterium für den quantitativen Ausweis einer innerhalb der Hauptdisziplin Chirurgie geführten thoraxchirurgischen Abteilung die Durchführung von mindestens 300 schwerwiegenden thoraxchirurgischen Operationen im Jahr. Alle genannten Krankenhäuser erfüllen weiterhin die Vorgabe.

Im Interesse einer klaren Profilierung der Leistungserbringung in der Stadt, der Unterstützung von Konzentrationsprozessen und der Transparenz der Leistungserbringung wird für ein Beibehalten dieses Planungskriteriums plädiert.

### **8.6. Herzmedizinische Versorgung**

Die Herz-Kreislauf-Medizin hat sich in den letzten Jahren weiter stürmisch entwickelt, die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten von Kardiologie und Herzchirurgie konnten beträchtlich erweitert werden. Therapeutische Leistungen der Herzchirurgie werden heute teilweise mit Hilfe schonender minimalinvasiver Methoden in der Inneren Medizin von Kardiologen erbracht. Ältere Patientinnen und Patienten mit zusätzlichen Begleiterkrankungen profitieren oft besonders von der Möglichkeit, zwischen verschiedenen alternativen Behandlungsverfahren abwägen zu können. Deshalb gewinnt die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter an Bedeutung. Durch geeignete Strukturen sollte ein enges Zusammenwirken der an der herzmedizinischen Versorgung beteiligten Fachgebiete gewährleistet und unterstützt werden.

Einen uneingeschränkten herzmedizinischen Versorgungsauftrag haben Krankenhäuser, die sowohl mit einer herzchirurgischen als auch kardiologischen Abteilung in den Krankenhausplan aufgenommen sind und über ergänzende Kompetenzen (insbesondere Radiologie und Gefäßmedizin) verfügen.

Evaluierung und Einführung der vielfältigen innovativen Entwicklungen in der Herzmedizin machen es im Interesse von Qualität und Wirtschaftlichkeit notwendig, den uneingeschränkten herzmedizinischen Versorgungsauftrag auf wenige hochleistungsfähige Einrichtungen zu begrenzen. Im Land Berlin sind dies das DHZB und die Charité.

Beide Einrichtungen werden in enger räumlicher Nachbarschaft betrieben. Da für die erforderliche kooperative Zusammenarbeit beider Einrichtungen die wettbewerblich geprägten Rahmenbedingungen oft zu enge Grenzen setzen, sind aus planerischer Sicht alle Anstrengungen zu unterstützen, die helfen, das vorrangig auf

herzchirurgische Leistungen ausgerichtetes Angebotsspektrum des DHZB mit den herzmedizinischen Fachgebieten der Charité zusammenzuführen.

### 8.6.1 Herzchirurgische Versorgung

Die Herzchirurgie wird unverändert entsprechend der Weiterbildungsordnung als Subdisziplin der Chirurgie ausgewiesen. Um eine eindeutige und abschließende Feststellung vornehmen zu können, welche Krankenhäuser über einen herzchirurgischen Versorgungsauftrag verfügen und welche nicht, wird für die Herzchirurgie eine Bedarfsermittlung und eine Ausweisung mit Bettenzahl im Krankenhausplan vorgenommen. Die Herzchirurgie ist damit die **einzige Subdisziplin, für die eine abschließende Planung mit quantitativen Kapazitätsausweis** erfolgt. Planerisch wird sie somit wie eine Hauptdisziplin behandelt. Dennoch wird davon Abstand genommen, sie in der Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans – abweichend von der Weiterbildungsordnung – als Hauptdisziplin einzuordnen (wie die Geriatrie). Damit wird eine Gleichrangigkeit mit der Kardiologie gewährleistet und die gemäß Weiterbildungsordnung erst vor einigen Jahren erfolgte Einordnung der Herzchirurgie in das Gebiet der Chirurgie bleibt respektiert.

Trotz der demografischen Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung gehen Experten übereinstimmend von einem etwa gleichbleibenden herzchirurgischen Versorgungsbedarf aus. Dies hängt vor allem mit den erweiterten Behandlungsmöglichkeiten der Kardiologie zusammen, die teilweise substituierenden Charakter haben. Deutschlandweit hat die Zahl der offenchirurgischen Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine sogar leicht abgenommen. Bei der Einschätzung des herzchirurgischen Versorgungsbedarfs stützt sich die Planungsbehörde überdies auf ein Gutachten zur herzchirurgischen Versorgung in der Region Berlin Brandenburg. Wegen des nahezu gleichbleibenden herzchirurgischen Bedarfs sollte keine neue herzchirurgische Abteilung in den Krankenhausplan aufgenommen werden.

### 8.6.2. Kardiologische Versorgung

Mit dem Krankenhausplan 2010 wurde ein Wiederausweis der Kardiologie als Subdisziplin der Inneren Medizin vorgenommen. Der quantitative Ausweis erfolgt nicht abschließend. Die **für die Notfallversorgung** erforderlichen und am besten geeigneten Abteilungen werden im Krankenhausplan ausgewiesen. Dabei werden folgende Auswahlkriterien herangezogen:

- ordnungsbehördlich genehmigte Abteilung für Kardiologie vorhanden
- Linksherzkathetermessplatz vorhanden
- ausreichende personelle Besetzung für die kardiologische Notfallversorgung (7/24)
- erkennbare Beteiligung an der Notfallversorgung außerhalb der normalen Arbeitszeit und am Wochenende.

Ein Grund, von dieser Vorgehensweise abzuweichen, besteht nicht.

### 8.7. Tumormedizinische Versorgung

Krebsleiden sind nach den Herz-Kreislauf-Krankheiten die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Betroffene sterben oft vor dem 70. Lebensjahr.

In den Berliner Plankrankenhäusern und der Charité werden rund 72.000 bis 73.000 Krankenhausbehandlungen pro Jahr mit der Hauptdiagnose Krebs behandelt. Seit 2005

ist diese Zahl erstaunlich konstant geblieben. Die Krebsbehandlung macht in Berlin rund ein Zehntel aller vollstationären Krankenhausbehandlungen aus.

Die Erkrankung stellt die Betroffenen und ihre Angehörigen vor schwierigste Entscheidungen und Belastungen. Durch Weiterentwicklungen in der Therapie wird die Behandlung der Erkrankung oft immer teurer und erfordert zunehmend besonderes Fachwissen. Die große gesundheitspolitische Bedeutung, die Krebserkrankungen deshalb haben, kommt im Nationalen Krebsplan der Bundesregierung zum Ausdruck. Ein Handlungsfeld dieses Plans umfasst Maßnahmen zur Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung. Mit dem neuen Berliner Krankenhausplan soll hierzu ein Beitrag geleistet werden.

Stationäre Krebsbehandlung muss immer interdisziplinär erfolgen und ist intersektoral zu organisieren, denn auch ambulante und rehabilitative Einrichtungen sind maßgeblich an der Versorgung beteiligt. Viele Berliner Krankenhäuser haben sich schwerpunktmäßig auf die Behandlung onkologischer Erkrankungen spezialisiert und deshalb Strukturen aufgebaut, die dies ermöglichen.

Die einzelnen Krebsentitäten treten in sehr unterschiedlicher Häufigkeit auf. Es ist deshalb ein ausgewogenes Verhältnis von hoher Qualität in der Versorgungsbreite (bei häufigen Krebserkrankungen) und ggf. notwendigen hochspezialisierten Angeboten an wenigen Standorten (vorrangig bei seltenen Krebserkrankungen) anzustreben. Hierfür ist die enge Zusammenarbeit der schwerpunktmäßig an der Krebsbehandlung beteiligten Krankenhäuser unabdingbar, auch um die notwendigen Spezialisierungen und Kooperationen bei der Nutzung teurer Medizintechnik und beim Einsatz hochspezialisierten Personals zu gewährleisten. Eine wichtige Funktion kommt dabei den fünf lokalen Berliner Tumorzentren zu. Dies sollte auch im Krankenhausplan 2016 zum Ausdruck gebracht werden.

Im Rahmen der Erstellung der Feststellungsbescheide zum Krankenhausplan 2010 ordnete sich jedes Krankenhaus mit erkennbarer onkologischer Spezialisierung (mindestens 500 Krebsbehandlungen pro Jahr) einem der fünf Tumorzentren zu und verpflichtete sich, die besonderen Aufgaben von onkologischen Schwerpunkten bzw. Tumorzentren im Sinne von § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG zu erfüllen. Dies schuf die Voraussetzungen für Vereinbarungen von Zuschlägen für die besonderen Aufgaben von Zentren bzw. Schwerpunkten nach dem KHEntgG.

2012 erfolgten von den über 70.000 stationären Krebsbehandlungen rund 96 % in den Krankenhäusern, die die Anforderungen als onkologisches Zentrum bzw. als onkologischer Schwerpunkt erfüllten, d.h. die

1. Mitglied in einem der fünf lokalen Berliner Tumorzentren sind und
2. sich zur Erfüllung der folgenden besonderen Aufgaben von onkologischen Schwerpunkten bzw. Tumorzentren verpflichtet haben:
  - Mitarbeit im Klinischen Krebsregister des lokalen Tumorzentrums, in dem das Krankenhaus Mitglied ist, sowie Erfüllung der Meldepflicht an das GKR
  - wöchentliche Durchführung von interdisziplinären Tumorkonferenzen
  - Sicherstellung regelmäßiger Fortbildungsveranstaltungen für an der onkologischen Behandlung beteiligte Mitarbeiter
  - sektorenübergreifende Organisation der Nach- bzw. Weiterbehandlung (inkl. palliativmedizinischer und psychoonkologischer Betreuung sowie der Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen).

Alle Anforderungen an onkologische Schwerpunkte und Tumorzentren sollen erstmalig auch im Krankenhausplan mit dem Ziel einer qualitätssichernden Grundstruktur der stationären onkologischen Versorgung verankert werden.

## 8.8. Neurologische Versorgung

### 8.8.1. Schlaganfallversorgung

Der Schlaganfall ist ein medizinischer Notfall. Trotz sinkender Schlaganfallmortalität stellt der Schlaganfall weiterhin eine der häufigsten Todesursachen (Todesursachenstatistik 2011) und die häufigste Ursache für Behinderungen im Erwachsenenalter in Deutschland dar. Der demografische Wandel lässt eine Zunahme der Schlaganfälle erwarten. Ein entscheidendes Kriterium zur Verbesserung des medizinischen Behandlungserfolges ist die Minimierung der Zeitspanne von Symptombeginn bis Therapiebeginn. Hierfür bedarf es neben der Aufklärung der Bevölkerung über Symptome und Alarmierung einer optimalen Abstimmung der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung. Darüber hinaus zeigen verschiedene wissenschaftliche Publikationen, dass durch das Verbringen der Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall in Krankenhäuser, die spezialisierte interdisziplinäre Behandlungseinheiten (sogenannte „Stroke Units“) aufweisen, die Sterblichkeit und der Schweregrad von Behinderung erheblich vermindert werden können. Stroke Units sind interdisziplinäre Behandlungseinheiten, die die apparativen und personellen Voraussetzungen sowie die Laborausstattung für die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen rund um die Uhr gewährleisten.

Es wird vorgeschlagen, in den neuen Krankenhausplan ein **Konzept für die Schlaganfallversorgung** aufzunehmen, das folgende Eckpfeiler enthält:

- Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall müssen unverzüglich in ein geeignetes Notfallkrankenhaus verbracht werden. Das Zeitintervall von 90 Minuten von Alarmierung bis zur Therapie sollte möglichst unterboten werden. Hierzu ist eine gute Kooperation und organisatorische Absprache zwischen Berliner Feuerwehr und Notaufnahmen der geeigneten Krankenhäuser notwendig.
- Es ist bekannt, dass allein durch die Vorankündigung einer/s Schlaganfallpatienten/in durch den Rettungsdienst die Abläufe von Diagnostik und Behandlung im Krankenhaus beschleunigt werden können. Um die Rate der Vorankündigungen in den Zielkrankenhäusern zu erhöhen und eine gute Übergabe aller dringlich behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, sollen eine standardisierte Vorankündigung und Übergabe der Patientinnen und Patienten im Zielkrankenhaus erfolgen.

Ein online Melde-, Kommunikations- und Monitoringsystem zur Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Ressourcen würde im besonderen Maße auch der Verbesserung der Schlaganfallversorgung dienen (siehe Gliederungspunkt 8.1.).

Um eine Versorgung von Schlaganfallpatienten in den Kliniken in hoher Qualität sicher zu stellen, werden für die Teilnahme der Notfallkrankenhäuser an der Schlaganfallversorgung im kommenden Krankenhausplan folgende Voraussetzungen formuliert:

- das Notfallkrankenhaus betreibt eine Fachabteilung für Neurologie
- der Nachweis einer zertifizierten Stroke Unit oder einer Stroke Unit, welche die Kriterien der Zertifizierung erfüllt (Zertifizierungsverfahren entsprechend der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, die Zertifizierungskriterien werden im Krankenhausplan dargestellt)

- die verpflichtende Teilnahme am Berliner Schlaganfallregister zur Qualitätssicherung.

Um den Grad der fachgerechten Zuweisungen zu erhöhen, dürfen Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall nur in geeignete Notfallkrankenhäuser verbracht werden, die die oben angegebenen Kriterien erfüllen. Diese Krankenhäuser werden in dem kommenden Krankenhausplan ausgewiesen. Nach derzeitigem Stand gibt es in Berlin ca. 100 Betten in 15 Stroke Units. Von einer Bedarfsdeckung wird ausgegangen.

### **8.8.2. Neurologische Frührehabilitation**

Der Berliner Krankenhausplan 2010 sieht in der Hauptdisziplin Neurologie keine Ausweisung einer Spezialisierung für neurologische Frührehabilitation vor.

Bei der neurologischen Rehabilitation unterscheidet man zwischen der Frührehabilitation mit den Phasen B und C, die sich direkt an die Akutbehandlung (Phase A) im Krankenhaus anschließt, und der Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung (AHB) in der Phase D. Die Phase B findet in Deutschland meistens noch im Krankenhaus (Hauptleistung OPS 8-552; neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) statt, die Phasen C und D dann in Rehabilitationskliniken.

Unabhängig vom Organisationsmodell sollte eine möglichst reibungslose Überleitung der Behandlung von Phase A bis zur Phase D gewährleistet sein. Über 50 % der Patienten, die in der Phase B im Krankenhaus neurologisch frührehabilitiert werden, haben einen Schlaganfall erlitten. In der Gruppe der Patienten, die 75 Jahre und älter sind, beträgt dieser Anteil sogar 70 % und mehr (Quelle: Berliner InEK-Daten).

Insgesamt erhalten Berliner Patienten eher selten eine stationäre rehabilitative Behandlung nach § 107 Abs. 2 SGB V im Stadtgebiet. Diese erfolgt meistens in Rehabilitationskliniken außerhalb Berlins, häufig im Land Brandenburg. Im Falle der neurologischen Rehabilitation bedeutete dies, dass viele Berliner Patienten nach Behandlung in der Phase A, teilweise auch B in Berliner Krankenhäusern zur rehabilitativen Weiterbehandlung ins Land Brandenburg verlegt werden.

Seit 2007 weist das Land Brandenburg Krankenhausplanbetten für neurologische Frührehabilitation der Phase B in Rehabilitationskliniken aus. In den folgenden Jahren stiegen die Behandlungszahlen in Phase B im Land Brandenburg kontinuierlich an (2007: 1.727, 2011: 2.284, Angaben nach Krankenhausplan Brandenburg) und die Zahl der Planbetten wurde im gleichen Zeitraum von 211 auf 339 erhöht.

Auch an Berliner Krankenhäusern mit neurologischer Abteilung werden Patienten in Phase B rehabilitiert. Diese Zahl ist seit 2007 jedoch stark rückläufig (2007: 295 Fälle, 2012: 66 Fälle mit OPS 8-552, InEK-Daten Berlin). 2007 waren an der Behandlung noch fünf Krankenhäuser maßgeblich beteiligt. 2012 entfielen über 86 % der Behandlungen auf nur noch einen Krankenhausstandort. Außerdem werden offensichtlich besonders ältere Berliner Patientinnen und Patienten bereits zur Behandlung in der Phase B in Rehabilitationskliniken des Landes Brandenburg verlegt, denn der Berliner Fallzahlrückgang ist in dieser Gruppe am höchsten.

Ausgewählte Berliner Krankenhäuser mit neurologischer Abteilung gemäß Krankenhausplan 2010 könnten neben den strukturellen und personellen Anforderungen für eine Akutversorgung auch die Kriterien für die neurologische Frührehabilitation der Phase B nach § 39 Abs.1 Satz 3 SGB V erfüllen.

Mit dem Krankenhausplan 2010 wurde die MEDIAN Klinik Berlin mit 35 neurologischen Betten in den Plan aufgenommen (seit Sommer 2013 in Betrieb). Diese

Krankenhausabteilung ist auf neurologische Frührehabilitation der Phase B spezialisiert. Eine Rehabilitationsklinik nach § 107 Abs. 2 SGB V mit 134 neurologischen Betten ist angeschlossen. Dies ist ein Modell, das ggf. auch andere geeignete Berliner Plankrankenhäuser etablieren sollten, um insbesondere für ältere Berliner Patienten bei neurologischen Erkrankungen wohnortnah Krankenhausbehandlung und Rehabilitation aus einer Hand anbieten zu können. Soziale Gesichtspunkte bei der Versorgung älterer Menschen stehen hier im Vordergrund und können für den Rehabilitationserfolg von erheblicher Bedeutung sein.

Es wird dafür plädiert, dieses Ziel – Akutbehandlung und neurologische (Früh-) Rehabilitation als nahtlose Versorgungskette an (bzw. in enger Kooperation mit) Berliner Krankenhausstandorten – bei der Aufstellung des neuen Krankenhausplans zu verfolgen. Zu diesem Zweck sollen Einheiten für neurologische Frührehabilitation, Phase B, im Krankenhausplan 2016 ausgewiesen werden.

Diese Entwicklung in Berlin wurde bereits im letzten Krankenhausplan 2010 angesprochen und mit Brandenburg, dessen Krankenhausplan darauf ebenfalls eingeht, erörtert. Sie ist gegenwärtig Gegenstand einer Arbeitsgruppe beider Länder und soll – ohne die grundsätzliche Absprache beider Länder zur Vorhaltung der Rehabilitation in Gänze in Frage zu stellen – weiter konkretisiert werden.

## **8.9. Psychiatrische und psychosomatische Versorgung**

Für den Bereich der Erwachsenen werden unter Bezugnahme auf die fachlichen Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates vom 14. Mai 2014 für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie folgende Aussagen getroffen:

- Alle Parameter zur Definition einer Bedarfsgerechtigkeit der vorgehaltenen Betten (z.B. Bettenauslastung) weisen darauf hin, dass aktuell und über Jahre die Maximalauslastung von 90% deutlich überschritten wird.
- Die Prognose der Bevölkerungsentwicklung zum Zeitpunkt der Aufstellung des laufenden Krankenhausplanes 2010 stellt sich aktuell als überholt dar, da Berlin einen nicht voraussehbaren höheren Bevölkerungszuwachs hatte und in den nächsten Jahren haben wird.
- In der bezirklichen Pflichtversorgung bedarf es daher einer deutlichen Erhöhung der Planbetten respektive der tagesklinischen Plätze. Zusätzlich werden in die bezirkliche Pflichtversorgung Angebote der psychosomatischen Medizin eingebunden. Diese Kapazitäten sollen tagesklinisch etabliert werden. Als Orientierungswert werden dabei 0,06 Plätze je 1.000 Einwohner angesehen. Entsprechend erhöht sich die Bettenmessziffer für die bezirkliche Pflichtversorgung.
- Psychiatriepolitisch wird angestrebt, dass sich unter Einbindung beider Fachgebiete bezirklich ausgerichtete „klinische Zentren für seelische Gesundheit“ etablieren. Die hier erbrachten Leistungen sollen abgestimmt und verbindlich mit den außerklinischen Behandlungs- und Betreuungsleistungen im Sinner gemeindepsychiatrischer Verbände verknüpft werden. In den Zentren sollen auch Modelle der Kooperation mit somatischen Fachabteilungen sowie zur Vermeidung klinischer Behandlungsepisoden erprobt werden.
- Klinische Angebote der Psychiatrie außerhalb der Pflichtversorgung sollen nicht erweitert werden. Gleiches gilt für die bestehenden Angebote der Psychosomatischen Medizin. In der universitären Psychiatrie zeichnet sich die Notwendigkeit eines leichten Aufwuchses ab.

- Im Übrigen wird auf die Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates vom 14. Mai 2014 für eine strukturelle Weiterentwicklung hingewiesen.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist unter Bezugnahme auf die fachlichen Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates für das Fachgebiet vom 14. Mai 2014 festzuhalten, dass

- für die regionale kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung ein zusätzlicher Bedarf festzustellen und eine Erhöhung der Planbettenzahl um insgesamt 72 Betten/Plätze vorzunehmen ist;
- je Versorgungsregion sollte das Angebot von 50 auf 60 Betten/Plätze mit der Möglichkeit einer regionalen fachlichen Differenzierung ausgebaut werden;
- für den Personenkreis der schwerst geistig behinderten sowie den der suchtkranken Kinder und Jugendlichen keine ausreichenden Angebote vorgehalten werden: das bestehende Angebot von 8 Betten/Plätzen für schwerst geistig behinderte Kinder und Jugendliche soll um 12 Betten/Plätze erweitert werden; das Angebot für suchtkranke Kinder und Jugendliche soll um 10 Betten erweitert werden (im Rahmen der vorgesehenen Gesamtkapazität);
- eine verbesserte Kooperationen insbesondere auch mit der Erwachsenenpsychiatrie gefunden soll;
- verstärkt mit den Bereichen Jugend und Schule Kooperationsprojekte auf den Weg gebracht werden müssen.

Wie vom Landespsychiatriebeirat gefordert, sind zur Herleitung der Bettenmessziffer sowohl klinische als auch außerklinische Leistungsparameter zu betrachten. Die Darstellungen sollten bisherige Entwicklungen in einem Beobachtungszeitraum von mindestens 5 Jahren abbilden.

## **9. Zur Bedarfsanalyse und -prognose**

### **9.1. Bevölkerungsprognose**

#### Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2020/30

Der Senat von Berlin hat im Dezember 2012 einen Bericht über die „Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke“ mit dem Zeithorizont 2030 beschlossen. Mit dem Senatsbeschluss wurde die mittlere Variante dieser Prognose als Arbeits- und Planungsgrundlage für die Fachverwaltungen und Bezirke sowie die zukünftige Stadtentwicklung Berlins festgelegt.

Im Zeitraum 2012 bis 2030 wird ein Bevölkerungszuwachs von rund 254.000 prognostiziert, das entspricht 7,2 Prozent. Bis zum Jahr 2020 (Ende des Gültigkeitszeitraumes des neuen Krankenhausplans 2016) wird gemäß der Prognose 70 Prozent des insgesamt zum Jahr 2030 erwarteten Bevölkerungswachstums erreicht sein.

Insbesondere die Gruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) wird sich im Prognosezeitraum überproportional um ca. 120.000 Menschen bzw. 80 Prozent vergrößern.

Die zensusbedingte Korrektur des Ausgangsbestandes der Bevölkerung zum 31.12.2011 hat keinen Einfluss auf das prognostizierte Wachstum sowie die prognostizierte altersgruppenbezogene Entwicklung des Bevölkerungsstandes. Die

getroffenen Annahmen (Bevölkerungszuwachs) werden weiter als valide eingeschätzt und bilden eine wichtige Grundlage für die Abschätzung des künftigen Bedarfs an stationären Krankenhausleistungen bis zum Jahr 2020. Dabei lässt die demografische Alterung eine weiter steigende Inanspruchnahme von stationären Kapazitäten erwarten. Insbesondere in der stark wachsenden Gruppe der Hochbetagten besteht im Krankheitsfall eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass eine Krankenhausaufnahme erforderlich wird.

### Bevölkerungsstand in Berlin 2012 und Bevölkerungsprognose 2020 nach Altersgruppen

Altersgruppen (in Jahren)	2012		2020 (Prognose)	
	Bevölkerung (absolut)	Prozent-Anteil an Gesamt- bevölkerung	Bevölkerung (absolut)	Prozent-Anteil an Gesamt- bevölkerung
00 - unter 01	34.450	1,0	35.518	1,0
01 - unter 05	130.022	3,7	139.290	3,8
05 - unter 10	142.282	4,0	164.183	4,4
10 - unter 15	133.762	3,8	153.883	4,2
15 - unter 20	135.494	3,8	146.612	4,0
20 - unter 25	225.473	6,4	199.150	5,4
25 - unter 30	294.198	8,3	260.197	7,0
30 - unter 35	288.599	8,1	305.206	8,3
35 - unter 40	238.507	6,7	287.920	7,8
40 - unter 45	259.385	7,3	262.636	7,1
45 - unter 50	304.177	8,6	238.538	6,4
50 - unter 55	266.774	7,5	265.264	7,2
55 - unter 60	216.968	6,1	273.914	7,4
60 - unter 65	204.499	5,8	219.850	5,9
65 - unter 70	174.287	4,9	192.815	5,2
70 - unter 75	203.495	5,7	164.638	4,5
75 - unter 80	141.039	4,0	162.042	4,4
80 - unter 85	78.658	2,2	131.766	3,6
85 - unter 90	45.020	1,3	62.124	1,7
90 - unter 95	20.203	0,6	24.708	0,7
95 und älter	8.393	0,2	8.009	0,2
<b>Insgesamt</b>	<b>3.545.685</b>	<b>100,0</b>	<b>3.698.265</b>	<b>100,0</b>

Quellen: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Fortgeschriebene Bevölkerung am 31.12.2012 (ohne Zensuskorrektur)  
SenStadtUm, Bevölkerungsprognose für Berlin 2011 bis 2030, mittlere Variante (ohne Zensuskorrektur)

## 9.2. Methodik

### Berechnung des Bettenbedarfs

Die Hill-Burton-Formel soll – unter Berücksichtigung demografischer Faktoren bei der Prognose des Bettenbedarfs – nach dem einhelligen Votum der unmittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligten für den Krankenhausplan 2016 weiter Anwendung finden.

Danach errechnet sich der tatsächliche Bettenbedarf bei einer vorgegebenen Bettennormauslastung aus den Grunddaten der amtlichen Krankenhausstatistik (Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit) sowie der Einwohnerzahl. Für die psychiatrischen Fachgebiete werden weiterhin Bettenmessziffern zugrunde gelegt.

### Komfortkliniken

Bei der Bedarfsermittlung für die Planbettenzahl wurden Leistungen in den sogenannten Komfortkliniken bisher mit berücksichtigt. Mit Komfortkliniken sind dabei ordnungsbehördliche genehmigte Krankenhäuser in separater Trägerschaft gemeint, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind, die in räumlicher Nähe zu einem Plankrankenhaus liegen und mit diesem organisatorisch verbunden sind. Diese „Nicht-Planbetten“ in Komfortkliniken decken aber auch einen Teil des insgesamt vorhandenen und beplanten Bedarfs. Das legt eine Änderung der bisherigen Methodik der Bedarfsermittlung nahe, denn für Leistungen, die in diesen Komfortkliniken erbracht werden, ist es sachlich nicht notwendig, nochmals Kapazitäten in Plankrankenhäusern vorzuhalten.

Da die Leistungserbringung in Komfortkliniken in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat (am 31.12.2013 277 Betten, das sind 1,3 % aller Betten der Plankrankenhäuser), wird vorgeschlagen, mit dem neuen Krankenhausplan eine Kalkulation des Planbettenbedarfs ohne Berücksichtigung der Leistungen in den Komfortkliniken, die im engen Verbund mit Plankrankenhäusern betrieben werden, vorzunehmen. Infolge dessen wird die Zahl bedarfsnotwendiger Planbetten um diese in den Komfortkliniken genutzten Kapazitäten geringer ausfallen. Grundsätzlich könnte sich daraus ein Anspruch dieser Krankenhäuser auf Planaufnahme ergeben, sie sind mit ihren Betten "bedarfsnotwendig". Die nachstehende Tabelle umfasst die Leistungs- und Kapazitätsdaten des Jahres 2012 (vollstationärer Bereich).

**Benötigte vollstationäre Betten 2012 (bei neuer Normauslastung)**

Fachabteilung	Kennziffern der vollstationären Krankenhausversorgung in Berliner Krankenhäusern 2012 <sup>1)</sup>					Normauslastung, KH-Plan 2016 (in Prozent)	2012 benötigte vollstat. Betten, bei Normauslastung (Anzahl)
	Fälle (Anzahl)	Verweildauer (in Tagen)	Pflegelage (Anzahl)	Aufgestellte vollstat. Betten (Anzahl)	Auslastung (in Prozent)		
Augenheilkunde	19.989	2,6	52.825	273	52,9	77,5	186
Chirurgie <sup>2)</sup>	227.481	6,2	1.414.100	5.014	77,1	85	4.547
Frauenh.u.Geb.	80.732	3,8	304.821	1.221	68,2	80	1.041
HNO-Heilkunde	25.666	3,5	89.363	366	66,7	80	305
Haut- u. Geschl.	11.308	5,9	66.204	247	73,2	85	213
Innere Medizin	282.230	6,7	1.891.340	6.146	84,1	85	6.080
Geriatric	27.991	17,6	492.161	1.344	100,1	90	1.494
Kinderheilkunde	37.702	5,1	193.929	724	73,2	75	706
MKG	6.685	3,5	23.545	122	52,7	80	80
Neurochirurgie	15.196	7,0	105.837	357	81,0	85	340
Neurologie	40.505	6,7	270.046	843	87,5	85	868
Nuklearmedizin	2.330	3,7	8.726	39	61,1	80	30
Strahlenheilkunde	3.738	9,2	34.478	127	74,2	85	111
Urologie	31.598	4,6	145.207	510	77,8	80	496
Sonstige	1.321	25,9	34.178	229	40,8	85	110
<b>insgesamt somat.</b>	<b>738.937</b>	<b>6,9</b>	<b>5.126.760</b>	<b>17.562</b>	<b>79,8</b>		<b>16.608</b>
KJPsychiatrie	1.801	37,2	67.066	187	98,0	90	204
Psychiatrie	40.653	19,4	787.241	2.196	97,9	90	2.390
Psychosomatik	1.531	34,9	53.425	188	77,6	90	162
<b>insgesamt Psych.</b>	<b>43.808</b>	<b>20,7</b>	<b>907.732</b>	<b>2.571</b>	<b>96,5</b>		<b>2.756</b>
<b>Zusammen</b>	<b>782.745</b>	<b>7,7</b>	<b>6.034.492</b>	<b>20.133</b>	<b>81,9</b>		<b>19.364</b>

<sup>1)</sup> Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhausstatistik-Verordnung, Teil 1, Grunddaten 2012

<sup>2)</sup> inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie u. Plast. Chirurgie

**9.3. Normauslastung**

Die zu fordernde fachabteilungsbezogene Normauslastung der Planbetten wird abgeleitet aus den Daten der amtlichen Krankenhausstatistik zur mittleren Verweildauer der Krankenhausfälle in der entsprechenden Fachabteilung. Die Normauslastung ist eine maßgebliche Determinante des Bettenbedarfs.

In den einzelnen Bundesländern werden unterschiedliche Normauslastungen zugrunde gelegt, die aber nicht im Einzelnen wissenschaftlich gestützt werden können. Die Stadtstaaten Berlin und Hamburg haben aber nahezu einen identischen Maßstab für die Bestimmung der Normauslastung.

Die Tendenz zu immer kürzeren Verweildauern und das Problem der Bettensperrungen durch Krankenhausinfektionen sprechen für eine Überprüfung der im Krankenhausplan 2010 festgelegten Normauslastung.

Bereits drei Fachgebiete erreichen in Berlin eine mittlere Verweildauer von 3,5 oder weniger Tagen. Bei derart kurzen Verweilzeiten im Krankenhaus ist es schwierig, insbesondere am Wochenende, höhere Auslastungen zu erreichen. Deshalb wird dafür plädiert, für Fachgebiete mit einer mittleren Verweildauer bis unter 3,5 Tagen die bisherige Normauslastung von 80 auf 77,5 % abzusenken. Derzeit ist davon (Daten 2012) nur das Fachgebiet Augenheilkunde betroffen, in naher Zukunft möglicher Weise auch die Gebiete HNO und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. Es handelt es dabei um relativ kleine Fachgebiete.

Eine Absenkung der Normauslastung mit Blick auf eine zunehmende Zahl isolierpflichtiger Patienten wäre ein falsches Signal. Es ist hier grundsätzlich darauf hinzuwirken, in Verbindung mit geeigneten Hygienemaßnahmen genügend Isolierzimmer bzw. Einzelzimmer im Krankenhaus zur Verfügung zu haben. Eine Verbesserung der Situation durch entsprechende bauliche und organisatorische Maßnahmen ist zu fordern. Soweit dies in einem Übergangszeitraum noch nicht erreicht werden kann, sollte in begründeten Einzelfällen bei entsprechendem Nachweis durch den Krankenhausträger von einer bis zu drei Prozent geringeren Normauslastung ausgegangen werden.

Im Übrigen sollen die bestehenden Vorgaben zur Normauslastung weiter Gültigkeit behalten. Für eine generelle Reduzierung der Normauslastung für somatische Fachrichtungen wird kein Anlass gesehen.

Zur Ermittlung gegenwärtig und künftig benötigter Kapazitäten in Berlin insgesamt und zur Beurteilung des Bettenbedarfs an den Krankenhausstandorten werden folgende Festlegungen zur Normauslastung in Abhängigkeit von der Verweildauer erneuert.

Fachgebiete	Normauslastung (in Prozent)	
Fachgebiete mit einer durchschnittlichen Verweildauer	von unter 3,5 Tagen	77,5
	von 3,5 bis unter 5 Tagen	80
	von 5 bis unter 11 Tagen	85
	von 11 Tagen und mehr	90
Kinder- und Jugendmedizin		75
Belegbetten		65

Es ergeben sich auf Grundlage der Verweildauern des Jahres 2012 folgende fachabteilungsbezogene Normauslastungen:

Fachgebiet	Normauslastung (in Prozent)	Fachgebiet	Normauslastung (in Prozent)
Augenheilkunde	77,5	Neurochirurgie	85
Chirurgie <sup>*)</sup>	85	Neurologie	85
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	80	Nuklearmedizin	80
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	80	Strahlentherapie	85
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	85	Urologie	80
Innere Medizin	85	Kinder- und Jugendpsychiatrie	90
Geriatrie	90	Psychiatrie	90
Kinder- und Jugendmedizin	75	Psychosomatik	90
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	80		

<sup>\*)</sup> gemäß Fachabteilungssystematik inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie u. Plastische Chirurgie

Auf der Ebene einzelner Krankenhäuser können diese Normauslastungen für bestimmte Fachabteilungen dann abweichen, wenn sich aus der mittleren Verweildauer der Krankenhausabteilung eine andere Normauslastung ableitet. Bei gehäuft auftretenden Krankenhausinfektionen in Verbindung mit erforderlichen Bettensperrungen ist eine Einzelfallbetrachtung unter Beachtung der Ursachen erforderlich.

Auf die Vorgabe differenzierter Normauslastungen für teilstationäre Kapazitäten wird verzichtet. Grundsätzlich wird von einer Vollaustattung der teilstationären Kapazitäten ausgegangen unter Berücksichtigung eingeschränkter bzw. stark eingeschränkter Belegungsmöglichkeiten am Wochenende.

#### 9.4. Erste Grobeinschätzung zur Bedarfsprognose 2020

Nach 20 Jahren eines notwendigen Bettenabbaus und einem erstmals mit dem Krankenhausplan 2010 eingeleiteten moderaten Kapazitätszuwachs um ca. 250 Planbetten steht mit dem neuen Krankenhausplan 2016 – bedingt durch die demografische Entwicklung, die in Berlin nicht nur durch die Alterung sondern auch durch eine Zunahme der Einwohnerzahl geprägt ist – eine deutliche Erweiterung der Krankenhauskapazitäten an.

Hinsichtlich der Bedarfsanalyse und -prognose bis zum Jahr 2020 wurde auf der Grundlage der vorliegenden Daten eine erste Grobeinschätzung vorgenommen. Die vorläufigen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die **Soll-Bettenzahl** gemäß Krankenhausplan 2010 **von rd. 20.550 Betten** muss voraussichtlich um **ca. 1.500 auf rd. 22.000 Betten** angehoben werden.

In Plankrankenhäusern (inkl. Charité) werden derzeit rd. 21.300 Betten betrieben. Ein Ausbau dieser Kapazitäten voraussichtlich **um rd. 700 Betten bzw. um 1.000 Betten** (bei Rücknahme von 300 Charité-Betten) wird erforderlich.

### 10. Gemeinsame Krankenhausplanung für Berlin und Brandenburg bis 2020

Ein gemeinsamer Krankenhausplan für Berlin und Brandenburg ist – solange sie eigenständige Länder sind – rechtlich nicht möglich. Gleichwohl stimmen beide Länder seit der Wiedervereinigung ihre jeweiligen Planungen immer enger auf einander ab.

Wenn ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung hat, sind Abstimmungen der Krankenhausplanung nach § 6 Abs. 2 KHG bundesrechtlich vorgegeben. In der Gesundheitsregion Berlin/Brandenburg haben sich besondere Verflechtungsbeziehungen insbesondere zwischen Berlin und seinem näheren Brandenburger Umland entwickelt. Berliner Krankenhäuser versorgen in nennenswertem Umfang die Brandenburger Bevölkerung aber auch umgekehrt nehmen Berliner Brandenburger Krankenhäuser in Anspruch.

Die Landeskrankenhausgesetze beider Länder greifen die bundesrechtlichen Vorgaben auf, wobei § 6 Abs. 1 LKG der Berliner Gesundheitsverwaltung vorgibt, den Krankenhausplan in Abstimmung mit Brandenburg aufzustellen, und Brandenburg die Abstimmung mit Berlin nach § 12 BbgKHEG ausdrücklich als Pflichtaufgabe für die Krankenhausplanung normiert.

Die für Gesundheit zuständige Berliner Senatsverwaltung und das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg streben an, die im Jahre 1991 begonnenen und kontinuierlich weitergeführten Abstimmungsgespräche zur Krankenhausplanung in der Gesamtregion Berlin/Brandenburg mit dem Ziel einer gemeinsamen Krankenhausplanung fortzuentwickeln, die Grundlage der jeweiligen Krankenhauspläne für Berlin und für Brandenburg sein soll.

Dieses Ziel soll mehr als ein allgemeiner Programmsatz sein. Für eine gemeinsame Krankenhausplanung in der Gesundheitsregion Berlin/Brandenburg sprechen hinreichend gute Gründe, um dafür belastbare Strukturen aufzubauen und Verbindlichkeiten bei den Beteiligten zu schaffen. Das gilt trotz der unterschiedlichen Rahmenbedingungen, die sich aus den Strukturen eines Stadtstaates und eines Flächenlandes ergeben. Daran muss sich die Krankenhausplanung in dieser Gesundheitsregion zwar ausrichten, kann sich aber gleichwohl vornehmen, die fachlichen, regionalspezifischen, medizinischen und auch kulturellen Unterschiede auf ihre Relevanz in diesem Zusammenhang zu untersuchen. Es wird notwendig bleiben,

es bei bestimmten unterschiedlichen Festlegungen zu belassen, aber es wird vor allem möglich werden, bisherige unterschiedliche Anforderungen, Grundzüge und Kriterien der jeweiligen Krankenhausplanungen zu überwinden und zu harmonisieren.

Die aktuellen Krankenhauspläne (Berlin, September 2010; Brandenburg, Juni 2013) enthalten länderübergreifende Festlegungen in folgenden Leistungsbereichen: Transplantationsmedizin; Herzchirurgische Notfallversorgung; Betreuung von Schwerstbrandverletzten; Sonderisolierstation; AIDS-Versorgung und Rehabilitation. Eine gemeinsame Krankenhausplanung wird über die Inhalte der bisherigen Vereinbarungen beider Länder hinaus u.a. folgende Themenfelder einbeziehen und auf ihre Eignung für weitere Festlegungen untersuchen:

- Versorgungsziele, Planungsgrundsätze und Planungsmethoden, Regelungstiefe
- Planungsgröße „Bett“ und „ordnungsbehördliches Bett“
- Differenzierung nach stationären Versorgungsformen und Fachdisziplinen
- Flexibilisierung abteilungsbezogener Bettenvorgaben, Ausweisung der Hauptdisziplinen mit Betten je Standort
- Versorgungsstufen
- Bedarfsanalysen und Bedarfsprognosen
- Verflechtungsbeziehungen in der Krankenhausversorgung beider Länder auf der Grundlage der Daten des Instituts für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK)
- Planungshorizont
- Qualitätsstandards und -festlegungen
- Informationen zum Leistungsgeschehen (Transparenzinformationen)
- medizinische Versorgungskonzepte, insbesondere Schlaganfallversorgung und onkologische Versorgung
- Schaffung der Voraussetzungen für Krankenhäuser für Kooperationen und Aufgabenaufteilung, Schwerpunktbildungen und Konzentrationen
- Einbeziehung von sektorenübergreifenden Entwicklungen
- regionalisierte Betrachtung stationärer Angebote im engen Verflechtungsraum Berlin/Brandenburg.

Es könnte folgende organisatorische Verabredung getroffen werden:

Aus der für die Vorbereitung des Berliner Krankenhausplans 2016 gebildeten Arbeitsgruppe Berlin/Brandenburg des Berliner Fachausschusses, wird – ergänzt um Vertreter der Brandenburger Krankenhausgesellschaft – ein „Fachausschuss Krankenhausplanung der Gesundheitsregion Berlin/Brandenburg“ gebildet; er trifft alternierend in Berlin und in Brandenburg zusammen; einmal jährlich wird dem neu zu bildenden „Regionalausschuss Krankenhausplanung“ berichtet.

## **11. Zum weiteren Verfahren der Planaufstellung**

ab 08/2014: Schriftliche Anhörung der Krankenhausträger zur Unternehmensperspektive und zur neuen Krankenhausplanung; Einholung Zustimmung zur Kassenbeteiligung

ab 09/2014: Mündliche Anhörung der Krankenhausträger (mit Kassenbeteiligung) und Entscheidungsvorschläge zu Umfang und Struktur der Aufnahme in den neuen Krankenhausplan

- 01/2015: interne Klausurtagung unter Beteiligung der Hausleitung zu den Strukturentscheidungen und Bedarfsfeststellungen des Krankenhausplans 2016
- 03/2015: Entwurf des neuen Krankenhausplans 2016
- anschließend: Herstellung Einvernehmen mit „Unmittelbar Beteiligten“; ggf. Krankenhausbeirat; Abstimmung mit Brandenburg
- 06/2015 auf Anforderung: Erörterung des Entwurfs des neuen Krankenhausplans im Gesundheitsausschuss des Abgeordnetenhauses
- anschließend: Senatsvorlage zum neuen Krankenhausplan einschließlich Darstellung der investiven Auswirkungen, unter Einbindung der beteiligten Ressorts
- 08/2015: Senatsbeschluss, einschließlich der Endfassung des Krankenhausplans 2016 als Mitteilung zur Kenntnisnahme durch das Abgeordnetenhaus