



Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin



Der Senat hat den Krankenhausplan 2020 in seiner Sitzung am 14.09.2021 beschlossen. Das Abgeordnetenhaus von Berlin hat den Krankenhausplan 2020 am 16.09.2021 zur Kenntnis genommen (Drucksachen-Nr. 18/4182), der Rat der Bürgermeister am 28.10.2021 (Vorlage Nr. R-1193/2021). Der Krankenhausplan 2020 wurde im Internet veröffentlicht (<https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/>).

Der Krankenhausplan 2020 ist damit nach § 6 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8 G des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) geändert worden ist und nach § 6 Landeskrankenhausgesetz (LKG) vom 18. September 2011, das zuletzt durch Gesetz vom 05.07.2021 (GVBl. S. 836) geändert worden ist, verbindliche Planungsgrundlage bis zum Jahr 2025.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Oranienstraße 106
10969 Berlin

Vorwort

Berlin und Brandenburg bilden eine gemeinsame Metropolenregion. Die beiden Bundesländer können daher in der stationären Gesundheitsversorgung nicht isoliert betrachtet werden. Gesetzliche Grundlagen zwingen zur Aufstellung länderspezifischer Planungen. Schon bislang war die „Mitberücksichtigung“ der zu versorgenden Patientinnen und Patienten aus dem Nachbarland Standard in der Krankenhausplanung.

Mit dem Krankenhausplan 2020 beschreiten wir aber neue Wege einer intensivierten, gemeinsamen Planung: Wir haben uns über Gemeinsamkeiten wie Planungsgrundsätze, Qualitätsvorgaben und ausgewählte Versorgungsbereiche verständigt und mit Brandenburg ein gemeinsames, zeitgleiches Verfahren zur Erstellung der weiterhin notwendigen landesspezifischen Planung vereinbart.

Es war für die Planungssicherheit der Krankenhäuser und die weitere Zusammenarbeit mit Brandenburg wichtig, dass trotz der COVID-19-Pandemie der Planungsprozess zum Abschluss gebracht wurde.

So gilt es, auch unter Krisenbedingungen eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung der Berliner Bevölkerung zu sichern. Qualitätssicherung und Patientensicherheit haben daher auch in diesem Plan einen deutlichen Schwerpunkt.

Neben dem quantitativen Aufwuchs der Bettenzahl, die schon der Bevölkerungsentwicklung geschuldet ist, ist die Weiterentwicklung der qualitätssichernden Anforderungen Kernstück der jetzigen Planung. So beinhaltet dieser Plan insbesondere neue Vorgaben durch ein Zentren- und Schwerpunktkonzept, durch neue Anforderungen in der Notfallversorgung, der Kardiologie und Geriatrie. Verstärkte Verbindungen zum ambulanten Gesundheitssektor sind vor allem in der Geriatrie und Psychiatrie maßgeblich.

Zugleich gibt es viele neue Regelungen auf Bundesebene, deren Auswirkungen auf die Landesversorgung zu berücksichtigen war.

Wir haben gerade in jüngster Vergangenheit gesehen, wie wichtig eine gut funktionierende Krankenhauslandschaft ist. Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass unsere Krankenhäuser kurzfristig in der Lage sind, Kapazitäten zur Versorgung der Bevölkerung aufzubauen, und dass sie die Zusammenarbeit untereinander als ganz selbstverständlich ansehen.

Um den Krankenhausplan mit den Qualitätsanforderungen umsetzen zu können, sind Fachkräfte elementar. Die großen Herausforderungen werden deshalb die Fachkräftegewinnung in allen



Bereichen der medizinischen Versorgung, die Ausbildung und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen sein. Diese Herausforderungen haben wir im Rahmen des „Berliner Paktes für die Pflege“ und zahlreicher anderer Initiativen angepackt und werden sie gemeinsam weiterhin angehen.

Dilek Kalayci

Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Inhalt

Vorwort	3
1. Ziele des Krankenhausplans 2020	9
2. Rechtsgrundlagen.....	10
3. Planungsgrundsätze	12
3.1. Krankenhauszielplanung	13
3.2. Bedarfsanalyse	13
3.3. Krankenhausanalyse.....	13
3.4. Auswahlentscheidung	13
4. Planungsverfahren	15
5. Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020, Hintergründe, Grundzüge, Verfahren	17
6. Regelungsinhalte des Krankenhausplans 2020	38
6.1. Planungsgröße „Krankenhausbett“ und Gliederung nach stationären Versorgungsformen.....	38
6.2. Gliederung nach Fachgebieten – Fachabteilungssystematik	38
6.3. Qualitative bzw. quantitative Festlegung von Abteilungen	41
6.4. Festlegung von speziellen Versorgungsaufgaben	42
6.5. Festlegungen mit räumlichem Bezug.....	43
6.6. Krankenhausdatenblätter	43
7. Qualitätssicherung	44
8. Krankenhaushygiene	49
9. Analyse der Krankenhausversorgung und Bedarfsermittlung	51
9.1. Analyse der Krankenhausversorgungssituation	51
9.2. Umsetzung des Berliner Krankenhausplans 2016.....	60
9.3. Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2025 -Bevölkerungsprognose	62
9.4. Bedarfsermittlung und -prognose.....	64
9.4.1. Normauslastung	64
9.4.2. Bedarfsanalyse für die somatischen Fachgebiete.....	65
9.4.3. Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	67
9.4.4. Bedarfsprognose 2025 für die somatischen Fachgebiete	74
9.4.5. Bettenbedarfsprognose 2025 insgesamt.....	77
10. COVID-19-Pandemie.....	77

11.	Versorgungsschwerpunkte.....	86
11.1.	Notfallversorgung.....	86
11.2.	Ausweisung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten	100
11.3.	Geriatric und Versorgung Demenzerkrankter	106
11.4.	Herzmedizin.....	111
11.4.1.	Kardiologie	111
11.4.2.	Herzchirurgie	114
11.5.	Neurologie.....	115
11.5.1.	Schlaganfallversorgung	116
11.5.2.	Neurologische Frührehabilitation	118
11.6.	Orthopädie und Unfallchirurgie	122
11.7.	Gefäßmedizin	125
11.8.	Tumormedizin / Zentren	126
11.9.	Erkrankungen der Atmungsorgane	128
11.10.	Beatmungsentwöhnung/Weaning	129
11.11.	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	132
11.11.1.	Geburtshilfe.....	132
11.12.	Versorgung von Kindern und Jugendlichen	134
11.12.1.	Somatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen	134
11.12.2.	Perinatal- und Neonatalversorgung.....	135
11.12.3.	Kinderchirurgie.....	136
11.12.4.	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	137
11.13.	Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	141
12.	Transplantationsmedizin.....	145
13.	Universitätsmedizin.....	147
14.	Geplantes Bettenangebot	148
15.	Ausbildungsstätten.....	150
	Abkürzungsverzeichnis	153

Anlagen:	157
Anlage 1:	Datenblätter	157
Anlage 2:	Verzeichnis der außerhalb des Berliner Krankenhausplans betriebenen Krankenhäuser.	236
Anlage 3:	Verzeichnis der Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe an Krankenhäusern	241

1. Ziele des Krankenhausplans 2020

Der Krankenhausplan 2020 löst den Krankenhausplan 2016 ab und sichert für den Planungszeitraum bis 2025 eine bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung für die Berliner Bevölkerung.

Die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung haben sich in den letzten Jahren einmal mehr stark verändert. Weiter steigende Fallzahlen und ein weiterer Rückgang der Verweildauer haben die zurückliegende Planungsperiode des Krankenhausplans 2016 geprägt. Dieser in den einzelnen Fachgebieten zum Teil sehr unterschiedlichen Dynamik wurde durch die Überprüfung des Krankenhausplans 2016 im Jahr 2018 mit entsprechenden Kapazitätsanpassungen Rechnung getragen. Insgesamt wurden im Rahmen der Überprüfung die Planbetten in den Berliner Plankrankenhäusern um 180 Betten auf 22.157 erhöht.

Diese Kapazitätserweiterungen erfolgten insbesondere in der Geriatrie und in der Psychiatrie.

Die Berliner Krankenhauslandschaft war nicht statisch: Seit Verabschiedung des Krankenhausplans 2016 wurden 3 Krankenhäuser neu in den Krankenhausplan des Landes Berlin aufgenommen, zwei Standorte wurden aufgegeben.

Neben der Änderung des Landeskrankenhausgesetzes haben sich auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Bundesebene geändert. Beispielhaft sei hier die Reform der Notfallversorgung, die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen und der Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten, die Änderungen im DRG-System sowie Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen und der Pflegepersonalquotient genannt.

Die Liste der bisher untersuchten Behandlungsbereiche und die dargestellten Anforderungen sind nicht abschließend, sondern einem dynamischen Prozess unterworfen, der sich an bundespolitischen Entwicklungen orientiert.

Darüber hinaus hat auch die gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg Einfluss auf den Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin. Ihr wurde deswegen erstmalig ein gesonderter Abschnitt im Krankenhausplan eingeräumt.

Auch auf den Krankenhausplan 2020 hat die demografische Entwicklung in Berlin einen erheblichen Einfluss. Die demografische Entwicklung zeigt nicht nur einen höheren Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, sondern auch eine deutliche Zunahme der Einwohnerzahl. Dies betrifft ebenfalls die unmittelbar an Berlin angrenzenden Regionen Brandenburgs, die partiell zum Einzugsbereich Berliner Krankenhäuser gehören.

Weiter entfaltet der Wettbewerb der Krankenhäuser um höhere Versorgungsanteile und Erlössteigerungen im Ballungsraum Berlin mit hoher Krankenhausedichte und guten Erreichbarkeitsbedingungen im besonderen Maße seine Wirkung. Das drückt sich im Bestreben der Krankenhausträger nach einer Ausweitung des Versorgungsauftrages aus.

Der Krankenhausplan ist keine starre Festschreibung, sondern unterliegt einer ständigen Anpassung. Der zunehmende Einfluss auf Bundesebene, die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Berlin, der medizinische sowie technische Fortschritt und nicht zuletzt der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander um die beste medizinische Versorgung machen es erforderlich, die Krankenhausplanung als dynamischen Prozess zu verstehen.

Versorgungsziele des Krankenhausplans 2020

Gemeinsames Versorgungsziel mit dem Land Brandenburg ist die Schaffung einer gleichwertigen Krankenhausversorgung in beiden Bundesländern.

Die Berliner Versorgungsplanung konkretisiert dieses Ziel durch die folgenden „Unterziele“:

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 Notfallversorgung rund um die Uhr
3. wohnortnahe Sicherstellung der Basisversorgung, vor allem auch der geriatrischen Krankenhausversorgung
4. Unterstützung von Konzentrationsprozessen im Bereich der spezialisierten Krankenhausversorgung
5. regionalisierte Sicherstellung der Pflichtversorgung im Bereich der Psychiatrie, integrierte psychiatrische Versorgung („gemeindepsychiatrische Verbünde“).

Bei der Aufstellung des Krankenhausplans 2020 wird auch die Entwicklung in den eng mit der Krankenhausversorgung verknüpften Versorgungsbereichen beachtet, insbesondere in der ambulanten und rehabilitativen Versorgung. Planerische Konsequenzen hat dies vor allem in den Konzepten zur Notfallversorgung, zur psychiatrischen und geriatrischen Krankenhausversorgung sowie bei der stärkeren Einbindung der Berliner Krankenhäuser in die neurologische Frührehabilitation.

Es wird deutlich, dass sich auch die mit der Krankenhausversorgung eng zusammenhängenden Strukturen auf künftige Anforderungen besser einstellen müssen (z. B. bessere Koordinierung von ambulanten Hilfen, verstärkte ambulante Versorgung durch Hausbesuche). Dies ist auch deshalb erforderlich, um die Krankenhausversorgung auf das notwendige Maß zu begrenzen und die gesundheitliche/soziale Versorgung insgesamt mit Blick auf den demografischen Wandel zukunftsfest zu gestalten.

2. Rechtsgrundlagen

Bundesrechtliche Grundlage für die Krankenhausplanung ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).¹ Der Zweck dieses Gesetzes ist gemäß § 1 Absatz 1 KHG darauf ausgerichtet, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Zur Verwirklichung dieser Ziele stellen die Länder nach § 6 Absatz 1 KHG unter Berücksichtigung der Folgekosten Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf.

Das Mitwirkungsverfahren und damit die formalen Verfahrensanforderungen werden in § 7 KHG geregelt. Danach arbeiten die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung Beteiligten eng zusammen; betroffene Krankenhäuser müssen angehört, mit den unmittelbar Beteiligten müssen einvernehmliche Regelungen angestrebt werden.

¹ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. Juni 1972 (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist.

§ 8 Absatz 1 KHG verweist auf die Verknüpfung der Krankenhausplanung mit der öffentlichen Investitionsförderung. Danach haben Krankenhäuser nur dann einen Anspruch auf öffentliche Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind. Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird nach § 8 Absatz 1 Satz 3 KHG durch Bescheid festgestellt. Gemäß § 8 Absatz 2 KHG besteht jedoch kein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde nach pflichtgemäßen Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen des Krankenhausplans am besten gerecht wird.

Die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beschränken sich auf Grundsätzliches. Nach § 6 Absatz 4 KHG wird das Nähere durch Landesrecht bestimmt und schafft dadurch den Ländern den erforderlichen Freiraum, ihre Krankenhaus- und Investitionsplanung nach den regionalen Gegebenheiten auszurichten.

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seiner noch heute maßgeblichen Rechtsprechung² allerdings den wesentlichen Inhalt der Krankenhauspläne vorgegeben: Krankenhausziele, auf deren Verwirklichung der Krankenhausplan ausgelegt ist, eine Bedarfsanalyse, die eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung enthält, eine Ist-Analyse, die die Versorgungsbedingungen der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser enthält sowie Festlegungen der später durch Feststellungsbescheide zu treffenden Versorgungsentscheidungen darüber, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf der Bevölkerung gedeckt werden soll.

Im Landeskrankenhausgesetz (LKG)³ ist in Teil 2 das Verfahren der Krankenhausplanung im Land Berlin näher bestimmt.

Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung strebt gemäß § 5 Absatz 1 LKG bei der Krankenhausplanung mit den unmittelbar Beteiligten (Berliner Krankenhausesellschaft, Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen, Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung) einvernehmliche Regelungen an, stellt nach § 6 Absatz 1 LKG in Abstimmung mit der Krankenhausplanung des Landes Brandenburg den Krankenhausplan für Berlin auf und gibt dem für Gesundheit zuständigen Ausschuss des Abgeordnetenhauses vor Aufstellung des Krankenhausplans Gelegenheit zur Stellungnahme. Der Senat von Berlin beschließt den Krankenhausplan und gibt diesen dem Abgeordnetenhaus zur Kenntnis. Schließlich wird der Krankenhausplan im Internet veröffentlicht.

§ 6 Absatz 2 LKG bestimmt den Krankenhausplan als Rahmenplan, in den die Universitätskliniken unter angemessener Berücksichtigung von Forschung und Lehre einbezogen sind, und der insbesondere

- eine Bedarfsanalyse enthält,
- Versorgungsziele, Qualitätsanforderungen und
- die Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung benennt,
- die Standorte der Krankenhäuser mit den Fachrichtungen ausweist und krankenhausbetragende Festlegungen zur Anzahl der standort- und abteilungsbezogenen Krankenhausbetten treffen kann,
- die zur Notfallversorgung zugelassenen Krankenhäuser ausweist,
- die in § 2 Nummer 1 Buchstabe a KHG und in § 11 LKG genannten Ausbildungsstätten ausweist,

² BVerwG, Urteil vom 25.7.1985 – 3 C 25.84 (BVerwGE 72,38)

³ Landeskrankenhausgesetz (LKG) vom 18. September 2011, das zuletzt durch Gesetz vom 05.07.2021 (GVBl. S. 836) geändert worden ist

- medizinische Versorgungskonzepte und Informationen zum Leistungsgeschehen enthalten kann und
- die Voraussetzungen dafür schaffen kann, dass Krankenhäuser auch durch Zusammenarbeit und Aufgabenaufteilung untereinander die Versorgung sicherstellen können.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung⁴ ist geklärt, dass der Krankenhausplan mangels unmittelbarer Rechtswirkung nach außen eine verwaltungsinterne Maßnahme darstellt, die vergleichbar mit einer innerdienstlichen Weisung ist. Die Aufnahme ebenso wie die Nichtaufnahme in den Krankenhausplan muss deshalb gemäß § 8 Absatz 1 Satz 3 KHG durch einen förmlichen Verwaltungsakt festgestellt werden (Feststellungsbescheid), gegen den der Verwaltungsrechtsweg gegeben ist. § 7 LKG regelt die landesrechtliche Ausgestaltung für die Aufnahme und Nichtaufnahme in den Krankenhausplan durch Bescheid.

Die bereits im Krankenhausplan enthaltene Versorgungsentscheidung wird später im Feststellungsbescheid für den Krankenhausträger verbindlich festgelegt und erhält so die erforderliche rechtsverbindliche Außenwirkung. Nach § 8 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)⁵ ergibt sich aus dem Feststellungsbescheid der Versorgungsauftrag für das Plankrankenhaus.

Die Aufnahme in den Krankenhausplan durch Feststellungsbescheid begründet neben dem Versorgungsauftrag und dem Anspruch auf Förderung zugleich den Status des Plankrankenhauses als zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 Nummer 2 des Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)⁶, das im Rahmen des festgelegten Versorgungsauftrages das Recht und die Pflicht hat, Krankenhausleistungen gegenüber gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zu erbringen. Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen dürfen nach § 8 Absatz 1 Satz 3 und 4 KHEntgG und § 8 Absatz 1 Satz 3 und 4 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)⁷ für alle Benutzer eines Plankrankenhauses nur im Rahmen seines Versorgungsauftrages berechnet werden.

Für die gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten ist der im Feststellungsbescheid eines Krankenhauses festgelegte Versorgungsauftrag die Grenze dessen, was an Leistungen eines bestimmten Krankenhauses zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung beansprucht werden kann. Das Krankenhaus darf nur eine Vergütung für solche Leistungen beanspruchen, die es im Rahmen des Versorgungsauftrags erbracht hat; die gesetzlichen Krankenkassen müssen und dürfen dementsprechend lediglich solche Leistungen vergüten, die innerhalb des Versorgungsauftrags ausgeführt wurden.

3. Planungsgrundsätze

Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 KHEntgG genannten Ziele Krankenhauspläne auf (§ 6 Absatz 1 KHG). Die Anforderungen an die Aufstellung von Krankenhausplänen sind seit der grundlegenden Entscheidung des BVerwG vom 25.07.1985 höchstrichterlich entschieden worden

⁴ BVerwG, Urt. v. 18.12.1986 – 3 C 67/85, NJW 1987, 2318 (2319); BVerwG, Urt. v. 25.9.2008 – 3 C 35/07, GesR 2009, 3 27 = BVerwGE 132, 64 (67); BVerwG, Urt. v. 14.4.2011 – 3 C 17/10, GesR 2001, 494 = BVerwGE 139, 309 (312)

⁵ Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist

⁶ Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Februar 2021 (BGBl. I S. 266) geändert worden ist.

⁷ Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) geändert worden ist

und in der Verwaltungspraxis anerkannt. Die Krankenhauspläne der Länder müssen danach im Wesentlichen folgenden Inhalt haben:

- eine Krankenhauszielplanung, die im Rahmen des durch die KHG-Vorschriften begrenzten Gestaltungsspielraumes die Ziele festlegt, auf deren Verwirklichung der Plan ausgerichtet ist;
- eine Bedarfsanalyse, die eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung enthält;
- eine Krankenhausanalyse (Ist-Analyse), die eine Beschreibung der Versorgungsbedingungen bei den in den Plan aufgenommenen Krankenhäusern enthält;
- die Festlegung der durch die späteren Feststellungsbescheide zu treffenden eigentlichen Versorgungsentscheidung darüber, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf der Bevölkerung versorgt werden soll.

3.1. Krankenhauszielplanung

Der Krankenhausplan muss Ziele festlegen, die das Land mit seiner Bedarfsplanung verfolgt und an denen sich die zuständige Landesbehörde im Rahmen einer Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern zu orientieren hat, vgl. § 8 Abs. 2 KHG. Der für die Aufstellung des Krankenhausplans zuständigen Behörde steht bei der Festlegung der Ziele ein Gestaltungsspielraum zu, der seine Begrenzung in den Vorschriften des KHG findet. Die zuständige Planungsbehörde hat unter Beachtung des Grundsatzes der Trägervielfalt ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter, leistungsfähiger und wirtschaftlich agierender Krankenhäuser festzulegen. Ziel der Krankenhauszielplanung ist es, „dass sich die richtigen Krankenhäuser am richtigen Platz befinden“.

3.2. Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse beschreibt den bestehenden und den zu erwartenden Bedarf der Bevölkerung hinsichtlich stationärer Krankenhausleistungen. Die Bedarfsanalyse wird anhand von Feststellungen und Schätzungen vorgenommen, die ausschließlich auf tatsächlichen und nicht planerischen Informationen basieren. Sie stellt die Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausbetten dar und erfordert zum einen die Ermittlung des gegenwärtigen zu versorgenden Bedarfs, zum anderen die Feststellung des zukünftigen Bedarfs an Krankenhausleistungen (Bedarfsprognose). Unter Bedarf im Sinne des Gesetzes ist der tatsächlich zu versorgende Bedarf und kein nicht mit dem tatsächlichen Bedarf übereinstimmender erwünschter Bedarf zu verstehen. Allerdings sind die örtlichen Gegebenheiten und Bedarfsstrukturen zu berücksichtigen.

3.3. Krankenhausanalyse

Das dritte Element des Krankenhausplans ist die Krankenhausanalyse, die die tatsächlichen Versorgungsbedingungen in den jeweiligen Krankenhäusern beschreibt. Hierfür ist die Ermittlung der gegenwärtigen Ausstattung und Einrichtungen der einzelnen Krankenhäuser insbesondere nach Standort, Bettenzahl und Fachbereichen notwendig.

3.4. Auswahlentscheidung

Das vierte Element des Krankenhausplans ist die Versorgungsentscheidung. Auf der Grundlage der oben beschriebenen Ziele des Krankenhausplans, der Bedarfs- und der Krankenhausanalyse wird festgelegt, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf an stationären Leistungen der Berliner Bevölkerung gedeckt werden soll. Die Versorgungsentscheidung stellt eine zusammenfassende Aufstellung der Krankenhäuser dar, die in den Krankenhausplan aufgenommen werden sollen. Der Krankenhausplan ist nach der Rechtsprechung eine *verwaltungsinterne*

Anweisung ohne Bindungswirkung nach außen. Die im Krankenhausplan getroffene Versorgungsentscheidung muss daher von der zuständigen Behörde durch Feststellungsbescheide außenwirksam gegenüber den betreffenden Krankenhäusern umgesetzt werden. Der Feststellungsbescheid vollzieht demnach den Krankenhausplan und stellt gegenüber den betreffenden Krankenhausträgern fest, ob ihre Krankenhäuser bedarfsgerecht und leistungsfähig sind und somit in den Krankenhausplan aufgenommen werden, verbleiben oder gar aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden. Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung ist für die Aufstellung des Krankenhausplans und für den Erlass der Feststellungsbescheide im Land Berlin zuständig.

Im Rahmen der Versorgungsentscheidung besteht nach dem Wortlaut des § 8 Abs. 2 KHG kein Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan. Allerdings ist diese Vorschrift nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts verfassungskonform derart auszulegen, dass ein Krankenhausträger dann einen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan hat, wenn das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geeignet und leistungsfähig ist, sowie wirtschaftlich arbeitet, und wenn es bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern am besten geeignet ist, den Bedarf zu befriedigen (vgl. u.a. BVerwG vom 18. 12. 1986 – BVerwG, Aktenzeichen 3 C 67.85 – Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr. 11 S. 101, 104 = NJW 1987, NJW Jahr 1987 Seite 2318 und vom 25. 9. 2008 a.a.O. Rn. 18f. m.w.N.; vgl. BVerfG, Beschluss vom 12. 6. 1990 – BVERFG 12.06.1990 Aktenzeichen 1 BvR 355/86 – BVerfGE 82, Seite 209 [BVERFGE 82 Seite 222ff.]).

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts führt dies zu einer zweistufigen Prüfung (vgl. BVerwG, Beschluss vom 12.02.2007, Aktenzeichen 3 B 77.06). Auf der sog. ersten Entscheidungsstufe wird festgestellt, welche vorhandenen Krankenhäuser die Qualifikationsmerkmale im Sinne des § 1 Absatz 1 KHG erfüllen und für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung geeignet sind. Das bedeutet, dass die jeweiligen Krankenhäuser bedarfsgerecht, leistungsfähig, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftlich sein müssen. Ein Anspruch auf Planaufnahme auf der ersten Entscheidungsstufe entfällt, wenn im Rahmen der vorgenannten Feststellung die Zahl der Betten zur Bedarfsdeckung, die in den dafür geeigneten Krankenhäusern zur Verfügung steht, die Zahl der für die Versorgung der Bevölkerung benötigten Betten übersteigt. Dann muss die zuständige Behörde auf der sogenannten zweiten Entscheidungsstufe eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern treffen.

4. Planungsverfahren

Abstimmung mit Brandenburg

In Vorbereitung des Krankenhausplans 2020 wurden die Verflechtungsbeziehungen in der Krankenhausversorgung von Berlin und Brandenburg auf der Grundlage aktueller Daten, insbesondere mit Blick auf spezielle Versorgungsschwerpunkte, analysiert und die mit dem Land Brandenburg bestehenden Festlegungen zu konkreten Leistungsbereichen überprüft.

Wegen der besonderen Bedeutung wird in diesem Krankenhausplan der gemeinsamen Krankenhausplanung ein separates Kapitel eingeräumt (Kapitel 5).

Fachausschuss Krankenhausplanung

Der Fachausschuss Krankenhausplanung traf sich

- in 7 Sitzungen von Oktober 2017 bis Dezember 2018 zur „Zentrenplanung“
- in 11 Sitzungen zu sonstigen Themen von Januar bis Juni 2019 (Themen waren u. a. Geriatrie, Psychiatrie, Notfallversorgung, Weaning, Plan-QI, Methodik, Kardiologie)
- zu zwei Sitzungen nach Ende der ersten der COVID-19-Pandemie-geschuldeten Unterbrechung des Planungsablaufs im September 2020 und einer weiteren Pandemie-bedingten Verzögerung im Juni 2021 (inhaltliche Schwerpunkte dieser Treffen waren u. a. die Pandemie-bedingten Verzögerungen, quantitative Änderungen durch eine neue Bevölkerungsprognose, Kardiologie, Geriatrie und Psychiatrie).

Im Rahmen der Mitwirkung in den themenspezifischen Arbeitsgruppen nahmen BKG und Krankenkassen umfassend zu den einzelnen Schwerpunkten Stellung.

Die Ergebnisse waren Grundlage für Erörterungen im Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung des Berliner Abgeordnetenhauses, im Krankenhausbeirat sowie mit den unmittelbar Beteiligten nach § 5 LKG.

Mündliche Anhörungen

Von November 2019 bis Januar 2020 wurden 28 Anhörungen der Krankenhäuser durchgeführt.

Landesbeirat für psychische Gesundheit und seine Arbeitsgruppen

Gemäß § 10 des Gesetzes für psychisch Kranke (PsychKG) des Landes Berlin berät der Landesbeirat für psychische Gesundheit das für Gesundheit zuständige Mitglied des Senats in allen zentralen Fragen der Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems. Für den Krankenhausplan 2020 haben zwei verschiedene Arbeitsgruppen des Landesbeirates,

- die Arbeitsgruppe Klinische Behandlung Erwachsener und
- die Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Beschlussempfehlungen vorbereitet, die vom Landesbeirat für psychische Gesundheit am 08.10.2019 beschlossen wurden. Diese Empfehlungen nehmen die entwickelten Strukturen des Berliner Versorgungssystems auf und geben Hinweise zu erforderlichen strukturellen Anpassungen sowie Entwicklungsnotwendigkeiten. Die Empfehlungen zur Kapazitätsanpassung beruhen auf den Informationen zum Leistungsgeschehen und der Prognose zur demografischen Entwicklung in Berlin bis zum Jahr 2025.

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung des Berliner Abgeordnetenhauses

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung hat dem Ausschuss mit Schreiben vom 31.05.2021 die Grundzüge des Krankenhausplans 2020 vorgelegt. Der Ausschuss nahm am 23.08.2021 zu den vorgelegten Unterlagen gemäß § 6 Abs. 1 S. 2 Landeskrankenhausgesetz Stellung.

Entwurf des Krankenhausplans 2020

Der Entwurf des Krankenhausplans 2020 wurde im zweiten Quartal 2021 verwaltungsintern fertiggestellt und am 12.07.2021 den Unmittelbar Beteiligten mit der Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 08.08.2021 sowie am 29.07.2021 dem Krankenhausbeirat übersandt.

Krankenhausbeirat

Der Krankenhausbeirat hat sich in seiner Sitzung am 13.08.2021 mit dem Vorschlag zur Gestaltung des Krankenhausplans 2020 befasst und den Mitgliedern des Beirates Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Unmittelbar Beteiligte

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der schriftlichen und mündlichen Anhörungen und in Ergänzung der bis dahin vorgetragenen Positionen fand am 13.08.2021 eine abschließende Beratung des Vorschlags zur Gestaltung des Krankenhausplans 2020 statt.

5. Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020, Hintergründe, Grundzüge, Verfahren

Das Grundlagenpapier für die Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020 wurde am 2. April 2019 parallel in die Kabinettsitzung des Landes Brandenburg und im Senat des Landes Berlin eingebracht. Mit Vorlage des Grundlagenpapiers informierten die Gesundheitsressorts der beiden Länder ihre jeweilige Landesregierung inhaltsgleich über den erfolgreichen Abschluss des Abstimmungsprozesses zu den Grundlagen der Planung. Die Regierungen der beiden Länder nahmen das Grundlagenpapier zur Kenntnis und gaben für den weiteren Prozess auf, im Rahmen der Kabinetttbefassungen mit den neuen Krankenhausplänen jeweils darüber informiert zu werden, inwieweit der vom jeweiligen Land vorgelegte Entwurf des eigenen Krankenhausplanes dem Grundlagenpapier Rechnung trägt. Der hierfür gegründete Gemeinsame Regionalausschuss begleitet die beiden Länder hinsichtlich ihrer Krankenhauspläne mit dem Ziel, dass die Planungsgrundsätze und Versorgungsziele der Gemeinsamen Krankenhausplanung in den jeweiligen Krankenhausplänen Berücksichtigung finden. Im Folgenden wird das von beiden Länderkabinetten abgestimmte Grundlagenpapier im Wortlaut wiedergegeben.



Senatsverwaltung
für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung



Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

Die Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020 - Hintergründe, Grundzüge und Verfahren

Berlin/Potsdam, den 02. April 2019

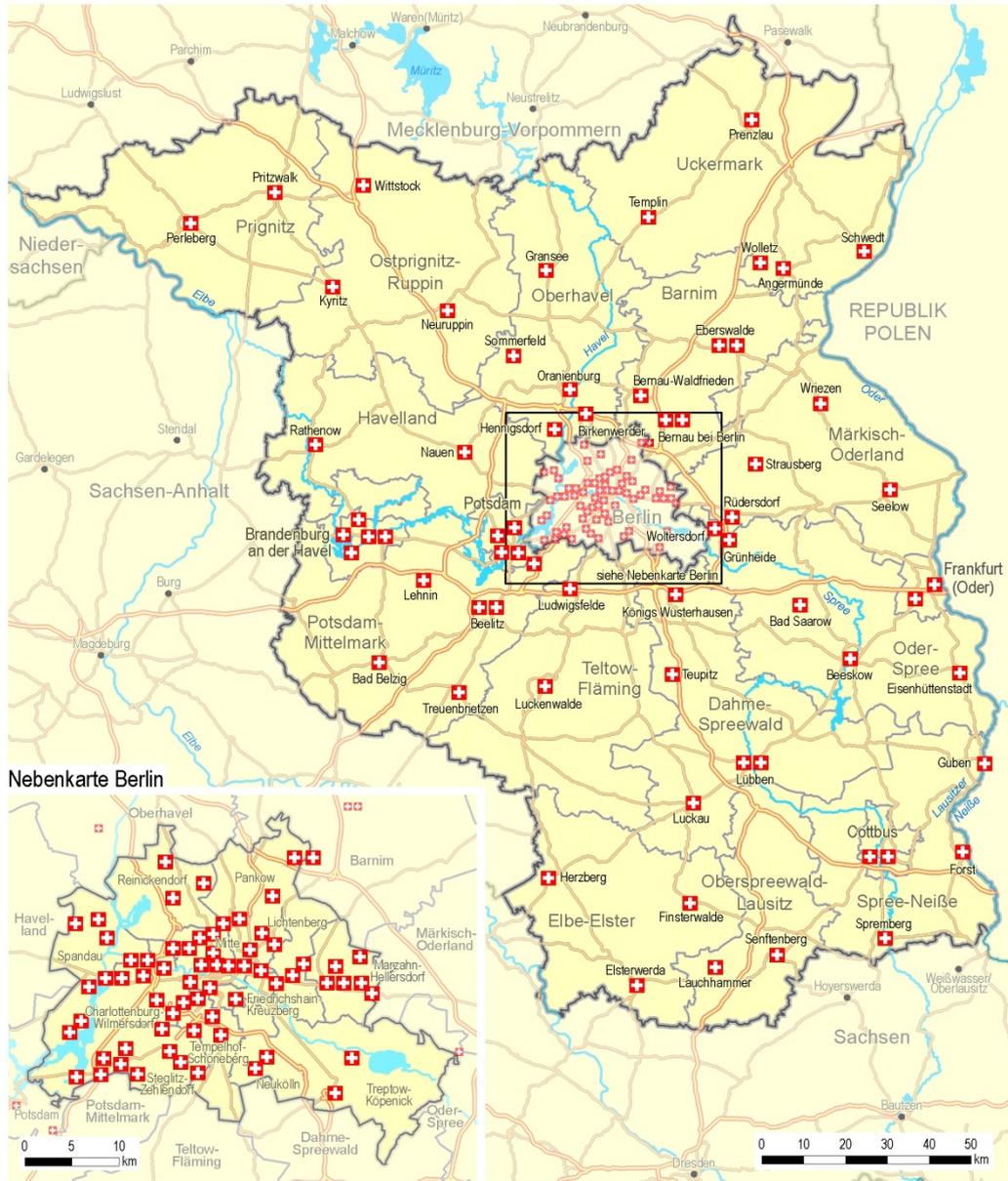


Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

Senatsverwaltung
für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung



Zwei Länder - eine Gesundheitsregion Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg



Nebenkarte Berlin

☒ Krankenhaus

— Landesgrenze
— Kreisgrenze/
Bezirksgrenze

Quellen:
MASGF Brandenburg 2018
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung Berlin 2018
Karte: LGB © GeoBasis-De/LGB
Stand: September 2018

Inhaltsverzeichnis

I.	Hintergründe - Zwei Länder eine Gesundheitsregion	22
2.	Länderübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer	23
3.	Länderübergreifende Zusammenarbeit der Krankenkassen und Krankenkassenverbände	24
4.	Masterplan zur Entwicklung der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg.....	24
II.	Grundzüge der Gemeinsamen Krankenhausplanung	25
1.	Harmonisierung der Planungszyklen	25
2.	Gemeinsame Versorgungsziele	25
	a. Gleichwertige Krankenhausversorgung	26
	b. Jährliche Zukunftswerkstätten	26
	c. Organisation und Einbettung der Zukunftswerkstätten in die vorhandene Gremienstruktur....	27
	d. Nutzung der Impulse der Zukunftswerkstätten.....	27
3.	Gemeinsame Planungsgrundsätze.....	30
	a. Methodisches Vorgehen	30
	b. Qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in beiden Ländern.....	31
4.	Ausgewählte Versorgungsbereiche	32
	a. Notfallstufenkonzept.....	32
	b. Abgestimmte Vorhaltung eines Angebotes an hochspezialisierten Leistungen in der Gesundheitsregion	33
	c. Hygiene.....	34
III.	Das Verfahren der Gemeinsamen Krankenhausplanung	34
1.	Gegenstand und Reichweite der Gemeinsamen Krankenhausplanung 2020 (Verhältnis Grundlagenpapier zu den beiden Krankenhausplänen der Länder)	34
2.	Das Verfahren der Gemeinsamen Krankenhausplanung 2020	35
3.	Der Gemeinsame Regionalausschuss.....	35
	a. Zusammensetzung.....	35
	b. Aufgaben.....	36
IV.	Fazit: Zukunftssicherung der Krankenhausversorgung in der Gesamtregion	37

I. Hintergründe - Zwei Länder eine Gesundheitsregion

Die Versorgungsangebote und das Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg stellen sich nach Datenlage wie folgt dar (Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhausstatistik 2017):

In der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg wurden im Jahr 2017 140 Krankenhäuser, davon 83 in Berlin und 57 in Brandenburg betrieben, wobei einige dieser Einrichtungen mehr als einen Standort haben. Von den 83 betriebenen Berliner Krankenhäusern waren 49 in den Krankenhausplan des Landes Berlin aufgenommen, ein weiteres in den Plan aufgenommenes Krankenhaus war im Jahr 2017 noch nicht in Betrieb gegangen. Von den 57 Krankenhäusern in Brandenburg waren 53 Krankenhäuser in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg aufgenommen. Die nachstehenden Angaben zur Krankenhausleistungsstruktur beziehen sich auf alle Krankenhäuser in den Ländern. Diese Krankenhäuser waren im Durchschnitt zu 82,4 Prozent ausgelastet (Berlin: 84,5 Prozent, Brandenburg: 79,9 Prozent).

Die durchschnittliche Verweildauer in der Gesundheitsregion betrug 7,5 Tage (Berlin: 7,3 Tage, Brandenburg: 7,9 Tage).

Von den insgesamt 35.752 im Jahresdurchschnitt 2017 aufgestellten Betten entfallen 20.390 auf Berliner und 15.362 auf Brandenburger Krankenhausstandorte. Insgesamt entfielen auf die Region 1.429.567 vollstationäre Behandlungsfälle, davon 862.753 in Berlin und 566.814 in Brandenburg.

In den vergangenen zehn Jahren (2008 bis 2017) ist die einwohnerbezogene Bettenkapazität in der Region bei 60 Betten pro 10.000 Einwohner (2017) stabil geblieben (Berlin: 57,5; Brandenburg: 64). In diesem Zeitraum verringerte sich dagegen die durchschnittliche Verweildauer des Krankenhauses bis 2017 von 8,3 auf 7,5 Tage (Berlin: 7,3 Tage, Brandenburg: 7,9 Tage).

In der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg haben sich in den vergangenen Jahren besondere Verflechtungsbeziehungen unterschiedlichster Art und Ebenen entwickelt. Im Einzelnen:

1. Länderübergreifende Pendlerbewegungen von Patientinnen und Patienten sowie von Fachkräften

Patientinnen und Patienten gehen aus unterschiedlichen Gründen unabhängig von ihrem Wohnsitz im jeweils anderen Bundesland zur medizinischen Behandlung.

Gemäß der amtlichen Bundesstatistik für 2017 hatten 12,4 Prozent der (vollstationär behandelten) Patientinnen und Patienten in Berliner Krankenhäusern ihren Wohnsitz in Brandenburg. Der Anteil von Berlinerinnen und Berlinern in Brandenburger Krankenhäusern betrug dem gegenüber 3,6 Prozent (Quelle: Datenbank GENESIS-Online vom Statistischen Bundesamt: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)).

In absoluten Zahlen ausgedrückt: 112.075 Brandenburgerinnen und Brandenburger wurden 2017 in Berlin stationär behandelt und umgekehrt 20.693 Berlinerinnen und Berliner in Brandenburg.

Der Umlandversorgungsanteil Berlins für Brandenburgerinnen und Brandenburger ist in den letzten Jahren weiter leicht gewachsen (2013: 11,9 Prozent). Berliner Krankenhäuser übernehmen somit in erheblichem Umfang Krankenhausversorgungsaufgaben für die Bevölkerung Brandenburgs im näheren Umland Berlins. Auch umgekehrt nimmt die Berliner Bevölkerung Versorgungsangebote Brandenburger Krankenhäuser in Anspruch. Daraus ergibt sich gemäß § 6 Abs. 2 KHG in Verbindung mit den Krankenhausgesetzen beider Länder permanent die Notwendigkeit, die „Gesundheitspendler“ in den Krankenhausplänen der Länder Berlin und Brandenburg zu berücksichtigen.

Dementsprechend werden zwischen den Ländern Berlin und Brandenburg die Krankenhauspläne seit Neubildung des Landes Brandenburg in diesem Sinne abgestimmt. Die für Gesundheit zuständige

Berliner Senatsverwaltung und das zuständige Ministerium des Landes Brandenburg haben die vor vielen Jahren begonnenen Abstimmungsgespräche zur Krankenhausplanung in der Gesamtregion Berlin-Brandenburg kontinuierlich fortgeführt, den Stand der bereits getroffenen Abstimmungsergebnisse in Zeitabständen überprüft und sich bei der Erarbeitung und Fortschreibung der jeweiligen Krankenhauspläne verständigt.

Die krankenhauserplanerische Abstimmung erfolgte insbesondere dadurch, dass die Berliner Planungsbehörde die Versorgungsfunktion für das Umland berücksichtigte, wie dies auch andere Großstadtregionen tun, namentlich etwa Hamburg für Schleswig-Holstein und Niedersachsen. Die Brandenburgische Krankenhausplanung hat ebenfalls konsequent die Versorgungsleistungen der Berliner Krankenhäuser mitberücksichtigt, und zwar einerseits hinsichtlich der in Berlin allein vorzuhaltenden Leistungsangebote und andererseits bezüglich der Inanspruchnahme und Patientenwanderung im berlinnahen Raum.

Diese enge länderübergreifende Bewegung zeigt sich auch im Bereich der Ausbildung sowie der Fachkräfte im stationären Gesundheitssektor.

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin steht für die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern in der Gesamtregion Berlin-Brandenburg zur Verfügung. Zudem besteht eine enge Kooperation in der Medizinerbildung. Für die praktische Ausbildung angehender Medizinerinnen und Mediziner stehen in Brandenburg Krankenhäuser als akademische Lehrkrankenhäuser der Charité-Universitätsmedizin Berlin zur Verfügung. Von der praktischen Ausbildung des akademischen Nachwuchses auch außerhalb des urbanen Verflechtungsraumes des Landes Berlin profitieren sowohl das Land Berlin als Studienstandort als auch die Versorgung in der Fläche der Gesundheitsregion. Hierfür gibt es seit Jahren eine gelebte Praxis der Verteilung akademischer Nachwuchskräfte auf die akademischen Lehrkrankenhäuser im Land Brandenburg. Ergänzt wird dieses Angebot durch die private Medizinische Hochschule Brandenburg. Ein Brandenburger Spezifikum ist die gemeinsam von der Universität Potsdam, der Medizinischen Hochschule Brandenburg und der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg gegründete Fakultät für Gesundheitswissenschaften, in deren Fokus Gesundheit im Alter und die medizinische Versorgung auf dem Land stehen.

Für die Ausbildung von Fachkräften in den Berufen des Gesundheitswesens stehen im Land Berlin 70 Schulen und im Land Brandenburg 74 Schulen bereit. An diesen wurden im Ausbildungsjahr 2017/2018 5.707 Personen (Berlin) bzw. 4.867 Personen (Brandenburg) in einem Gesundheitsfachberuf ausgebildet (Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistischer Bericht B II 6 – j/17 „Ausbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens im Land Berlin Schuljahr 2017/2018“; „Ausbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens im Land Brandenburg Schuljahr 2017/2018“).

Aber auch bei den Fachkräften, die bereits im Berufsleben stehen gibt es bereits zahlreiche Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger, die täglich von Brandenburg nach Berlin oder umgekehrt zum Arbeiten fahren. Der Austausch an Arbeitskräften hat vielfältige und meist sehr persönliche Gründe der einzelnen Beschäftigten.

2. Länderübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer

Unabhängig von Pendlerbewegungen haben sich unterschiedliche länderübergreifende Kooperationen und andere Formen der Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern entwickelt. Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg kooperieren auf viele unterschiedliche Arten miteinander. Einzelne Leistungsträger agieren auch schon allein deshalb länderübergreifend, da sie über

Gesundheitseinrichtungen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg verfügen und ihr Personal in beiden Ländern einsetzen.

Eine Vernetzung zwischen Akutkliniken in Berlin und Brandenburg besteht vor allem auch telemedizinisch, insbesondere teleradiologisch. In diesem Zusammenhang wurde im Jahr 2012 in Brandenburg und im Juni 2017 in Berlin der webbasierte interdisziplinäre Versorgungsnachweis IVENA eHealth eingeführt. IVENA eHealth ist eine Anwendung, mit der sich die Träger der präklinischen und klinischen Patientenversorgung jederzeit in Echtzeit über die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser informieren können. Die Anwendung ermöglicht eine überregionale Zusammenarbeit und bietet eine umfassende und detaillierte Ressourcenübersicht.

Auch in zukunftsweisenden sektorenübergreifenden Projekten arbeiten die beiden Bundesländer eng zusammen. Die Innovationsfondsprojekte „Akut Neurologische Versorgung in Nord-Ost-Deutschland mit TeleMedizinischer Unterstützung (ANNOteM, Schlaganfallprojekt)“ und „QS-Notfall das Herzinfarktprojekt des Berlin-Brandenburger Herzinfarktregisters (B₂HIR)“ sind nur zwei Beispiele, bei denen die beiden Länder zusammen an neuen Versorgungsformern arbeiten.

Seit dem Jahr 2017 ist das Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister (B₂HIR) als Verein etabliert. Die Daten der Kliniken werden erfasst, in ihrer Qualität bewertet und die Ergebnisse an die Kliniken zurückgemeldet. In Konferenzen werden die Ergebnisse und Maßnahmen besprochen. In Berlin gab es bereits seit 20 Jahren eine flächendeckende klinische Registrierung der Herzinfarktdaten, aufbauend auf diese Erfahrungen sind ab dem Jahr 2014 auch Brandenburger Kliniken dem Register beigetreten, sodass im Jahr 2017 das Register in das Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister umbenannt und eingetragen wurde.

Weiterhin konnte das gemeinsame Klinische Krebsregister, welches das bundesweit einzige länderübergreifende Krebsregister ist, etabliert werden. Grundlage für eine klinische Krebsregistrierung in beiden Bundesländern ist der am 1. Juli 2016 in Kraft getretene Staatsvertrag der Länder Brandenburg und Berlin. Mit Hilfe des Klinischen Krebsregisters werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfasst, in ihrer Qualität bewertet und die Ergebnisse zeitnah an Kliniken und ambulant Tätige rückgemeldet. Trägerin des Krebsregisters ist die „Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH“, eine Tochtergesellschaft der Landesärztekammer Brandenburg. Die gemeldeten Daten werden teilweise auch der epidemiologischen Krebsregistrierung und der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt.

In Brandenburg gab es bereits seit 1995 eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung. Die Strukturen und Erfahrungen, die hier über 20 Jahre gesammelt wurden, kamen dem Neuaufbau des Krebsregisters Brandenburg und Berlin zu Gute.

3. Länderübergreifende Zusammenarbeit der Krankenkassen und Krankenkassenverbände

Auch bei den Kostenträgern hat sich in der zurückliegenden Zeit viel in Richtung einer gemeinsamen Gesundheitsregion entwickelt. Sowohl bundesweite als auch regionale Kassen und ihre Verbände haben ihren Zuständigkeitsbereich erweitert und sind in ihren Gremien häufig sowohl für Brandenburg als auch für Berlin in Personalunion tätig.

4. Masterplan zur Entwicklung der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg

Die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft der Länder Berlin und Brandenburg ist zudem mit dem länderübergreifenden Masterplan zur Entwicklung der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg

verbunden. Zurückzuführen ist dieser zum einen auf die traditionell enge Zusammenarbeit der beiden Länder, aber auch auf bereits etablierte Kooperationen. Die Gesundheitswirtschaft ist ein zentraler Impulsgeber für Innovationen und Wertschöpfung in der Region und Bestandteil der Gemeinsamen Innovationsstrategie der Länder Berlin und Brandenburg.

Als Ergebnis der Evaluation des Masterplans wurde zum 1. Januar 2013 ein eigenständiges Handlungsfeld „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ eingeführt, das Gegenstand enger Abstimmung zwischen den Länderverwaltungen ist. Aus diesem Handlungsfeld heraus werden seit dem Jahr 2014 einmal jährlich sogenannte Zukunftswerkstätten durchgeführt. Im Fokus dieser Zukunftswerkstätten steht die Entwicklung neuer Lösungsansätze für eine hochwertige Versorgung der Bürgerinnen und Bürger unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangssituationen in der Metropolenregion sowie des ländlichen Raumes in Brandenburg. Die Schwerpunktsetzung der Zukunftswerkstätten erfolgte vor allem auch mit dem Ziel, für besonders wichtige und dynamische Versorgungsbereiche Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des stationären Angebotes zu gewinnen und daraus Grundsätze für die Gemeinsame Krankenhausplanung abzuleiten (vgl. hierzu im Einzelnen Abschnitt II.3 Gemeinsame Planungsgrundsätze).

II. Grundzüge der Gemeinsamen Krankenhausplanung

Auf dem Weg zur Gemeinsamen Krankenhausplanung fanden zahlreiche Abstimmungen zwischen Berlin und Brandenburg hinsichtlich einer Angleichung der Planungsrhythmen sowie gemeinsamer Planungsgrundsätze und gemeinsamer Versorgungsziele statt.

1. Harmonisierung der Planungszyklen

Bisher hatten die Länder unterschiedliche Planungszyklen, die nicht aufeinander abgestimmt gewesen sind. So konnte es sein, dass ein Land nach umfangreicher Planungszeit einen neuen Krankenhausplan in Kraft setzte, während das benachbarte Land gerade anfang neu zu planen.

Die Gemeinsame Krankenhausplanung bedeutet nunmehr, dass die beiden Länder ihre Planungszyklen harmonisieren, sie planen somit gleichzeitig und setzen ihre Krankenhauspläne gleichzeitig in Kraft mit einer entsprechenden Laufzeit.

Der aktuelle Berliner Krankenhausplan 2016 hat einen Gültigkeitshorizont bis zum Ende des Jahres 2020. Ab 2021 sollen dann die Laufzeiten der Krankenhauspläne von Berlin und Brandenburg synchronisiert sein.

Um eine Harmonisierung der Planungszyklen zu erreichen, wird der Krankenhausplan des Landes Brandenburg aus dem Jahr 2013 bis zum parallelen Inkraftsetzen der Krankenhauspläne der Länder Berlin und Brandenburg fortgeschrieben. Dies ist möglich, da der im Jahr 2013 aufgestellte Plan auch über das Jahr 2018 hinaus angewandt werden kann. Notwendige Bedarfsanpassungen können über Einzelfortschreibungen vorgenommen werden.

Zum Verfahren der Gemeinsamen Krankenhausplanung bis zum Inkraftsetzen der Krankenhauspläne siehe unten Ziffer III.2.

2. Gemeinsame Versorgungsziele

Neben den allgemeinen Versorgungszielen, die sich unmittelbar aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und aus dem Berliner Landeskrankenhausgesetz (LKG) sowie

dem Brandenburgischen Krankenhausentwicklungsgesetz (BbgKHEG) ergeben, werden spezielle Zielsetzungen für die gemeinsame Krankenhausplanung berücksichtigt.

Impulsgeber der gemeinsamen Versorgungsziele sind neben den Vorschlägen der an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten auch die Erkenntnisse aus den Zukunftswerkstätten. Eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und gleichwertige Versorgung sowie stärkere Kooperationen sollen die Gesundheitsregion nachhaltig prägen. Erste Schritte zu einer späteren gemeinsamen sektorenübergreifenden Versorgungsplanung können u. a. aus den Ergebnissen der Zukunftswerkstätten abgeleitet werden.

a. Gleichwertige Krankenhausversorgung

Das Flächenland Brandenburg umschließt in seiner Mitte den Stadtstaat Berlin. In Analogie zu dieser Feststellung gibt es tatsächlich auch kein solitär zu betrachtendes Berliner Gesundheitswesen oder ein ebenso zu betrachtendes Brandenburger Gesundheitswesen. Die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Krankenhäusern beider Länder zeigen, dass bereits heute von einer Gesundheitsregion zu sprechen ist, deren Zielsetzung es sein muss, allen Berlinern und Brandenburgern, unabhängig von ihrem Wohnort, eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu ermöglichen.

b. Jährliche Zukunftswerkstätten

Bereits seit dem Jahr 2014 werden in Zusammenarbeit der Krankenhausplanungsbehörden der Länder Berlin und Brandenburg einmal jährlich sogenannte Zukunftswerkstätten durchgeführt (siehe hierzu bereits oben Ziffer I.4). In diesen Zukunftswerkstätten tauschen sich Fachleute aus beiden Ländern zu einem ausgewählten Versorgungsbereich aus und führen eine Verständigung über die Problemlagen und mögliche Lösungsansätze in beiden Ländern herbei. Bisher haben folgende Zukunftswerkstätten stattgefunden:

- 2014 Altersmedizin und Geriatrie
- 2015 Notfallversorgung
- 2016 Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche
- 2017 Innovative sektorenübergreifende Versorgungsansätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen
- 2018 Notfallversorgung 2.0

Ziel der „Zukunftswerkstätten Innovative Versorgung“ ist, einen fachlichen, länderübergreifenden Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft angesichts der spezifischen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der Region Berlin-Brandenburg zu etablieren.

Die Werkstatt dient hierbei als Dialogplattform, kreative Ideenschmiede und Impulsgeber für die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure in der Region Berlin-Brandenburg. Im Fokus steht dabei die Entwicklung neuer Lösungsansätze für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit ihren unterschiedlichen Ausgangssituationen in der Metropolenregion sowie des ländlichen Raumes in Brandenburg.

c. Organisation und Einbettung der Zukunftswerkstätten in die vorhandene Gremienstruktur

Organisiert und koordiniert wird die „Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ durch das Management des Handlungsfeldes „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“. In diesen Diskussionen wurde bereits auf die Überschneidung zu den Gemeinsamen Landesgremien für sektorübergreifende Versorgung (90a-Gremien) und auf die Verbindungslinien zur zukünftigen Krankenhausplanung hingewiesen. Abbildung 1 zeigt, von welchen „Inputs“ die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung gespeist wird und wie die Erkenntnisse der Zukunftswerkstätten in die Gremien der Krankenhausplanung und des 90a-Gremiums getragen werden. Für die Themenfindung sollen sowohl die Experten des Handlungsfeldes 3 befragt als auch über die Länderverwaltungen die Vorschläge der 90a-Gremien eingeholt werden. Dabei bleibt die Unabhängigkeit des Handlungsfeldes und der 90a-Gremien selbstverständlich gewahrt. Es bietet sich außerdem an, Themen, die längerfristig mit der Krankenhausplanung zusammenhängen, mit den inhaltlichen Schwerpunkten der jeweiligen Zukunftswerkstatt zu verbinden.

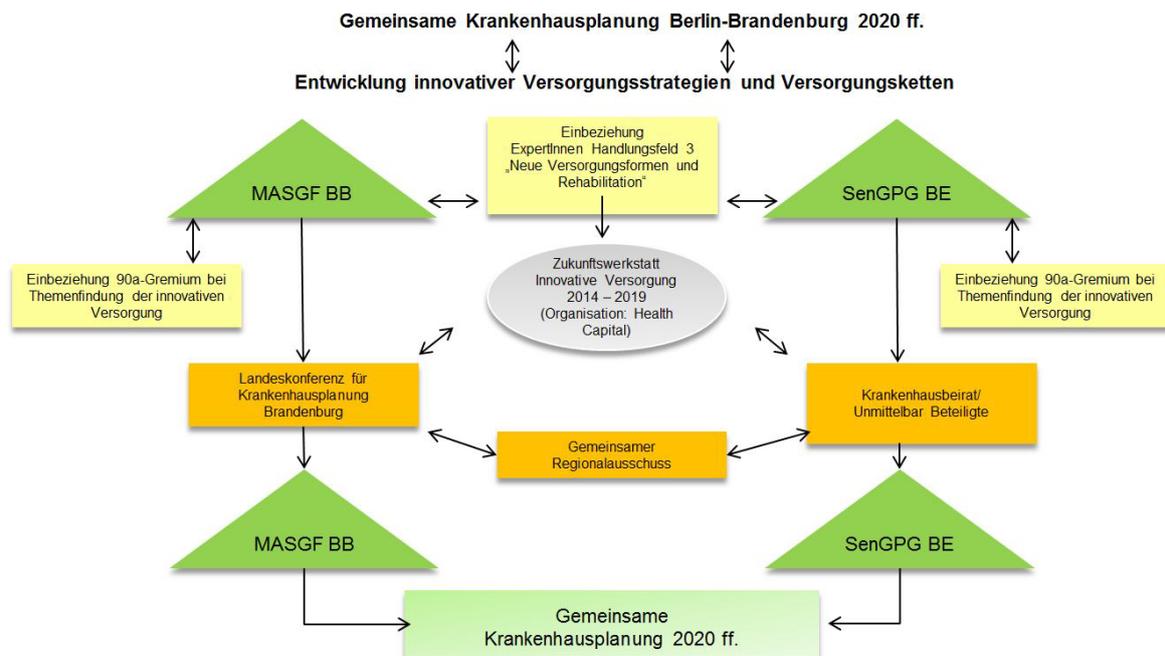


Abbildung 1: Gremienstruktur des länderübergreifenden Austausches

d. Nutzung der Impulse der Zukunftswerkstätten

Aus diesen Impulsen heraus haben die Planungsbehörden der Länder Berlin und Brandenburg für die Gemeinsame Krankenhausplanung 2020 entsprechende Versorgungsziele abgeleitet.

Altersmedizin und Geriatrie

Im Dezember 2014 fand zum Thema Altersmedizin und Geriatrie die erste Zukunftswerkstatt der beiden Bundesländer Berlin und Brandenburg statt. In diese Zukunftswerkstatt flossen aus Berlin die ersten Arbeitsthesen des „Projekts 80plus“ ein, mit dem die Senatsverwaltung die Verbesserung von Schnittstellen und Übergängen in der Versorgung in sieben Handlungsfeldern – unter anderem in der Krankenhausversorgung – priorisierte. Darüber hinaus wurden in der Zukunftswerkstatt Best Practice Beispiele zum Ausbau von Versorgungsketten aus beiden Ländern präsentiert. So kamen die Teilnehmer der Zukunftswerkstatt zu ähnlichen Forderungen wie im Berliner Projekt 80plus, wobei sich die Zukunftswerkstatt ausschließlich mit der gesundheitlichen Versorgung befasste. Verbesserungen wurden gefordert in den Bereich Prävention, Palliativmedizin und hospizlicher Kultur, sektorenübergreifenden Versorgungsketten, Schnittstellen- und Entlassmanagement, der gerontopsychiatrischen Versorgung sowie in der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Geriatrie.

So wurde 2014 zur Altersmedizin erarbeitet, dass geriatrische Leistungen immer in eine altersmedizinische Versorgungskette eingebettet sein müssen. Mobile, ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen sollen in neue Versorgungsformen integriert werden. Die Versorgungskette umfasst ambulante, teilstationäre und vollstationäre Leistungen der Gesundheitsversorgung, ambulante, häusliche und stationäre Pflegeleistungen und Leistungen der Vernetzung aller Bereiche der Versorgung. Dies soll der Anspruch an jede Ausweisung im Krankenhausplan in Berlin und Brandenburg sein.

Die geriatrische Versorgung im Krankenhaus hat aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung eine große Bedeutung. Aus den besonderen Versorgungsbedarfen älterer Menschen ergibt sich die Notwendigkeit von wohnortnahen Angeboten. Der Bedarf an stationären und teilstationären Kapazitäten in der Geriatrie wird daher vollständig für Berlin bzw. Brandenburg im jeweiligen Krankenhausplan des Bundeslandes abgebildet. Auf eine gleichmäßige Verteilung der Angebote wird jeweils geachtet.

Berlin und Brandenburg sind neben Sachsen-Anhalt seit Jahren die einzigen Bundesländer, deren Ärztekammern in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen für Ärzte die Weiterbildung zur Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie etabliert haben. Trotz zunehmendem Fachkräftemangel wird daher für Berlin und Brandenburg gefordert, dass entweder die ärztliche Leitung oder die stellvertretende Leitung über eine entsprechende Facharztweiterbildung für Innere Medizin und Geriatrie verfügt.

Nicht nur die Patientinnen und Patienten sondern auch deren Angehörige werden zunehmend älter und immobiler. Die Einbindung von Vertrauten und Angehörigen wird umso wichtiger, wenn Patienten zusätzlich zur Akuterkrankung eine dementielle Beeinträchtigung aufweisen. Geschätzt ist dies bei etwa 40 Prozent der Patientinnen und Patienten geriatrischer Abteilungen der Fall.

Für die geriatrische Versorgung älterer Menschen im Krankenhaus wurde in der Umsetzung der Berliner 80plus-Rahmenstrategie Mitte 2018 mit Berliner Landesmitteln eine Fortbildungsreihe zur bzw. zum Demenzbeauftragten für Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen beauftragt. Ab dem Jahreswechsel 2018/2019 wird Krankenhäusern kostenlos angeboten, Beschäftigte zu dieser 40-Stunden-Fortbildung zu entsenden. Dieses Fortbildungsangebot kann auch von Brandenburger Beschäftigten wahrgenommen werden.

Die Kompetenz im Umgang mit Menschen mit einer Demenzerkrankung zu erhöhen ist auch das Ziel der Initiative „Demenz Partner“ in Brandenburg. Diese Initiative der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

in Trägerschaft des Kompetenzzentrums Demenz für das Land Brandenburg wird vom Brandenburger Gesundheitsministerium gefördert.

Das Kompetenzzentrum Demenz ist unter anderem Partner des innovativen Projektes „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ in Zusammenarbeit mit den Oberhavel Kliniken. Durch dieses Projekt soll der Umgang mit Menschen mit einer Demenzerkrankung im Akutkrankenhaus und mit deren Angehörigen durch ein zielgruppenspezifisches Case Management verbessert und dadurch der Behandlungserfolg verbessert werden. Dieses Projekt, das vom Gesundheitsministerium Brandenburg ideell begleitet und gefördert wird, könnte nach erfolgreicher Modellphase für weitere Akutkrankenhäuser in der Gesundheitsregion als Vorbild dienen.

Notfallversorgung

Im Jahr 2015 forderte die Zukunftswerkstatt eine stärkere Verzahnung der drei Sektoren der Notfallversorgung:

- die Rettungsdienste in der präklinischen Notfall- und Akutversorgung
- die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Notfall- und Akutversorgung
- die Krankenhäuser in der stationären Notfall- und Akutversorgung.

Instrumente der Verzahnung sollen die gemeinsame Steuerung der Notfallpatienten aus einer Hand und die enge Kooperation der Systempartner der drei Sektoren sein. Zum Beispiel soll dies durch die räumliche und organisatorisch-technische Verzahnung von Bereitschaftspraxis und Notaufnahme an den Krankenhausstandorten geschehen. Insbesondere soll jede Patientin und jeder Patient über ein von der Notaufnahme und der KV Notfallpraxis gemeinsam genutztes standardisiertes und validiertes Ersteinschätzungs-System eingeschätzt und dann in den richtigen Versorgungsbereich weitergeleitet werden. Hierzu ist es nötig, dass alle an der Notfallversorgung Beteiligten ein transparentes System zur Definition der Dringlichkeitsstufen entwickeln. Die Qualifizierung des gesamten Personals in der Notfallversorgung ist voranzutreiben: Sowohl die klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte als auch die im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte müssen über eine notfallmedizinische Qualifikation verfügen. Darüber hinaus bedarf auch das in die Notfallversorgung eingebundene nicht-ärztliche medizinische Personal einer spezifischen Qualifizierung.

Ziel ist auch die Verbesserung der Heimversorgung und der mobilen Pflege sowie der Ausbau und die Nutzung telemedizinischer Unterstützung.

Ergebnis dieser Zukunftswerkstatt ist die Weiterentwicklung der Qualitätsanforderungen im Rahmen der zukünftigen Gemeinsamen Krankenhausplanung von Berlin und Brandenburg gewesen. Perspektivisch soll länderübergreifend die Verzahnung der drei Säulen der Notfallversorgung umgesetzt werden. Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V hat einen Innovationsfondsantrag eingebracht, zur Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg.

Das wichtige Thema der Notfallversorgung wurde im November 2018 in einer weiteren Zukunftswerkstatt unter dem Titel „Notfallversorgung 2.0“ erneut bearbeitet. Die wesentlichen Erkenntnisse aus dieser Zukunftswerkstatt liegen im 02. Quartal 2019 in Form einer Dokumentation aufgearbeitet vor und werden im Prozess der Gemeinsamen Krankenhausplanung bzw. im Prozess der Aufstellung der Einzelpläne der beiden Länder eingebracht.

Kinder- und Jugendmedizin

Im Ergebnis der Zukunftswerkstatt zur „Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche“ wurde 2016 die Entwicklung gestufter regionaler sektorenübergreifender Versorgungskonzepte gefordert. Ziel sind hier flexible neue Vertragsgestaltungen unter Einbeziehung aller Akteure zu Regionalbudgets.

Doppelstrukturen sollen vermieden werden. Einbezogen werden sollen ambulante und stationäre Grundversorgung, Notfallversorgung, spezialisierte Versorgung und psychosomatische Betreuung, kommunale Jugendhilfe, Kostenträger und Landesregierungen. Dabei sind die Etablierung und Stärkung neuer Tätigkeitsfelder (Kinder-AGnES, Sozial Nurse) und die Stärkung der Prävention weitere wichtige Ziele.

Für die Fläche ist die Kooperation mit der Allgemeinmedizin wichtig.

Die Zusammenführung bereits aktiver Player zwischen Berlin und Brandenburg führte zu einer sektorenübergreifenden Kooperationen und die Bildung regionaler Versorgungsnetzwerke. Im Ergebnis wird ein bundesländerübergreifendes Innovationsfondsprojekt zur Kinder- u. Jugendmedizin angestrebt. Derzeit laufen die Vorbereitungen zur Einreichung des Antrages.

Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Innovative und nachhaltige sektorenübergreifende Versorgungsansätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen waren die Forderung der Expertinnen und Experten der Zukunftswerkstatt 2017. Psychiatrische Kliniken bzw. Fachabteilungen sollen mit niedrigrschwelligem Anlauf- und Lotsenstellen und dem System der ambulanten niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten eng kooperieren. Hier ist insbesondere auch der Öffentliche Gesundheitsdienst mit einzubeziehen. Psychiatrische Kliniken bzw. Fachabteilungen sollen dabei ein Garant für verbindliche, strukturierte und sektorenübergreifende Kooperationen aller Leistungserbringer darstellen. Diese Kooperation gestaltet sich personenzentriert und richtet sich an gemeindepsychiatrischen Grundsätzen wie der wohnortnahen, regionalisierten Versorgung aus (in Berlin im Sinne einer regionalisierten Versorgungsverpflichtung). Sinnvoll sind hier auch Modelle sektor- und trägerübergreifenden Personaleinsatzes (z.B. ambulante psychiatrische Pflege in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern oder von Niedergelassenen mit psychiatrischen Institutsambulanzen). Die Umsetzung und Verstetigung weiterer Modellprojekte nach § 64 b SGB V mit SGB-übergreifender Behandlungssteuerung ist ebenso zu prüfen wie die Einführung stationsäquivalenter Behandlungen nach dem Prinzip ambulant vor teilstationär vor stationär.

3. Gemeinsame Planungsgrundsätze

Die abgestimmten Gemeinsamen Planungsgrundsätze sollen Eingang in die jeweiligen Krankenhauspläne finden. Diese reichen vom methodischen Vorgehen hinsichtlich der Datengrundlage für die Bedarfsanalyse über den Regelungsumfang sowie die Planungstiefe bis hin zu Abstimmungen in einzelnen medizinischen Fragestellungen und Versorgungsbereichen.

a. Methodisches Vorgehen

Ausgangspunkt für die Bedarfsanalyse werden in beiden Ländern die Daten der amtlichen Krankenhausstatistik des Jahres 2017, die aktuellen Daten des Statistischen Landesamtes Berlin-Brandenburg zur demographischen Entwicklung sowie zur Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2030 bzw. für Berlin die aktuelle vom Senat beschlossene Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke sein. Die Bedarfsprognose wird für das Jahr 2025 erstellt. Dies entspricht dem Gültigkeitshorizont beider Krankenhauspläne. Zwischendurch sind Einzelfortschreibungen/Einzelfallentscheidungen gemäß den Landeskrankenhausgesetzen möglich.

Im Rahmen der Gemeinsamen Krankenhausplanung wird für die Bedarfsprognose u. a. eine Analyse der Fallzahlen und der Verweildauer je Fachabteilung vorgenommen. Neben der Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und den damit einhergehenden Änderungen der Morbidität, ist u. a. auch

der medizinisch-technische Fortschritt, die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, die teilstationäre Versorgung, der Pflegebereich und weitere Änderungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, soweit dazu belastbare Daten vorliegen. Die unterschiedliche Ausgangssituation in den beiden Ländern ist mit Blick auf die gemeinsamen Versorgungsziele zu berücksichtigen.

Aktuell legen die beiden Länder differenzierte Modelle zur Norm- bzw. Sollauslastung für ihre Krankenhauspläne zugrunde. So findet sich im Land Brandenburg grundsätzlich eine verweildauerunabhängige Festlegung der Norm- bzw. Sollauslastung für die jeweilige Fachabteilung, während in Berlin der Ansatz der Koppelung der Norm- bzw. Sollauslastung mit der durchschnittlichen Verweildauer für die jeweilige Fachabteilungen verfolgt wird. Insoweit ist im Rahmen der Planaufstellung zu prüfen, inwieweit eine Harmonisierung erreicht werden kann.

b. Qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in beiden Ländern

In der Gemeinsamen Krankenhausplanung spielen Qualitätsaspekte eine maßgebende Rolle. Eine Abstimmung auf dieser Ebene ist länderübergreifend unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangssituation und der dargelegten Versorgungsziele in Berlin und Brandenburg zielführend.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Bereits 2013 sah der Koalitionsvertrag des Bundes eine Qualitätsoffensive zur Verbesserung der stationären Versorgung vor. Durch das am 01.01.2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) fand dieser Vorstoß schließlich Eingang in den Zielkatalog des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§ 1 KHG) sowie in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Im Zuge dessen wurden dem Gemeinsamen Bundesausschuss Regelungsbefugnisse für entsprechende planungsbezogene Qualitätskriterien verliehen, die eine Verschränkung mit der landesbezogenen Krankenhausplanung aufweisen. So soll der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 136c Abs. 1 SGB V Qualitätskriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschließen, die für die Krankenhausplanung geeignet sind. Über § 6 Abs. 1a KHG werden diese Qualitätsindikatoren Bestandteil des Krankenhausplanes eines jeden Bundeslandes. Darüber hinaus sind bundesgesetzlich Sanktionsmechanismen für eine unzureichende Qualität festgelegt. Nach § 8 Abs. 1a und 1b KHG darf in einem solchen Falle ein Krankenhaus ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen beziehungsweise muss ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden. Im Sinne der grundgesetzlichen Kompetenzordnung eröffnet diese Regelung jedoch den Bundesländern die Möglichkeit, die Geltung dieser Qualitätsindikatoren durch Gesetz einzuschränken oder auszuschließen.

Zusammen mit der allgemeinen Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan. QI-RL) vom 15.12.2016, die das grundsätzliche Verfahren regelt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Liste über die ersten Qualitätsindikatoren beschlossen. Dabei handelt es sich aktuell um Kriterien aus der externen Qualitätssicherung zu gynäkologischen Operationen, der Geburtshilfe und Mammachirurgie. Es sollen weitere Indikatoren zu Mindestmengen und Transplantationen folgen.

Die Länder Berlin und Brandenburg setzen sich für eine qualitativ hochwertige Versorgung in ihren Krankenhäusern ein. So enthalten auch schon die aktuellen Krankenhauspläne der Länder Berlin und Brandenburg spezifische Qualitätsvorgaben. Die Länder sind sich darin einig, dass qualitative Vorgaben eine landesspezifische Umsetzung erfordern. In diesem Sinne machen beide Länder von der

Möglichkeit Gebrauch, eine reflexlose Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses qua Gesetz auszuschließen. Im Ergebnis werden somit nur diejenigen Qualitätsindikatoren Teil der Krankenhauspläne, die nach Ausübung des Planungsermessens der jeweiligen Krankenhausplanungsbehörde ausdrücklich aufgenommen werden. An dieser Stelle eröffnet sich für beide Länder ein weiterer Weg zur inhaltlichen Abstimmung von Qualitätskriterien.

Qualitätsvorgaben

Im Rahmen der Gemeinsamen Krankenhausplanung wird in Bezug auf landesspezifische Qualitätsvorgaben die Herstellung einer möglichst breiten gemeinsamen Basis angestrebt. Hierbei sind die unterschiedlichen Gegebenheiten in den beiden Ländern zu berücksichtigen.

Vorrangig bieten sich Ansätze der Qualitätssicherung an, die in beiden Ländern bereits kooperativ praktiziert werden. So soll insbesondere geprüft und abgestimmt werden, ob und inwieweit die Teilnahme am Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister bei der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden soll.

Im Übrigen darf bei der Implementierung von krankenhauserischen Qualitätsvorgaben nicht außer Acht gelassen werden, dass insbesondere Strukturvorgaben auch eine versorgungssteuernde Wirkung zukommt. Das mit der Qualitätsvorgabe verfolgte Qualitätsziel ist deshalb mit den abschätzbaren Folgewirkungen in Abwägung zu bringen, um unter Berücksichtigung des Qualitätsziels unangemessene Auswirkungen für die Versorgung zu verhindern, wobei auch hier die Gleichwertigkeit der Versorgung immer im Vordergrund stehen muss.

4. Ausgewählte Versorgungsbereiche

In einzelnen besonderen Versorgungsbereichen bestehen gemeinsame Planungsgrundsätze:

a. Notfallstufenkonzept

Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) wurden die Vertragspartner auf Bundesebene in § 9 Absatz 1a Nr. 5 KHEntgG (neu) beauftragt, die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zu vereinbaren. Ziel war es, die Vorhaltekosten der Krankenhäuser besser abzubilden.

Entstanden ist ein dreistufiges System, das eine Basisnotfallversorgung, eine erweiterte und eine umfassende Notfallversorgung beinhaltet. Die Stufen wurden mit Mindestanforderungen unterlegt. Diese Mindestanforderungen umfassen grundlegende Kriterien, die jedes Krankenhaus, das zukünftig Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung erhält, erfüllen muss, wie z.B. Vorgaben zur zentralen Notaufnahme (ZNA), ein rund um die Uhr verfügbares CT und die Vorhaltung der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie .

Die Krankenhäuser, die der Stufe 2 (erweiterte Notfallversorgung) oder 3 (umfassende Notfallversorgung) zugeordnet werden, müssen zusätzlich eine bestimmte Anzahl an notfallrelevanten Fachabteilungen und eine höhere Anzahl an Intensivbetten aufweisen, ein MRT 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche betreiben und bestimmte zeitkritische Erkrankungen behandeln können (Herzinfarkt, Schlaganfall).

Die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bedeutet für die Krankenhäuser Abschlüge, die Teilnahme Zuschläge. Die Höhe ist abhängig von der jeweiligen Stufe. Ausnahmen bilden Spezialversorger, die weder Zu- noch Abschlüge bekommen. Darüber hinaus können die jeweiligen Landeskrankenhausplanungsbehörden in Ausnahmefällen für die Notfallversorgung regional zwingend erforderliche Krankenhäuser feststellen, die von Abschlügen ausgenommen werden können.

Im Land Berlin werden voraussichtlich alle an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser eine der drei Stufen der Notfallversorgung erreichen. Dies begründet sich in den Qualitätsanforderungen des Berliner Krankenhausplanes 2016 für die Ausweisung von Notfallkrankenhäusern und Notfallzentren. Im Land Brandenburg werden ebenfalls voraussichtlich alle an der Notfallversorgung mit Chirurgie und Innerer Medizin teilnehmenden Krankenhäuser eine der drei Stufen der Notfallversorgung erreichen.

b. Abgestimmte Vorhaltung eines Angebotes an hochspezialisierten Leistungen in der Gesundheitsregion

Zwischen den Ländern Berlin und Brandenburg bestehen zu bestimmten Versorgungsangeboten verbindliche Vereinbarungen. Aktuell handelt es sich hierbei um die folgenden gemeinsamen Festlegungen:

- Organtransplantationen (Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse und Niere): Vorhaltung der Kapazitäten für die gesamte Region in der Charité und im Deutschen Herzzentrum Berlin, regionaler Transplantationsverbund.
 - Andere Transplantationsleistungen, die nicht den Organtransplantationen zuzuordnen sind, z.B. die hochspezialisierte Leistung der Stammzelltransplantation, werden in beiden Bundesländern an jeweils drei Standorten erbracht (Berlin: autolog: Charité, Helios Klinikum Buch, Vivantes Klinikum Neukölln / allogon: Charité, Helios Klinikum Buch | Brandenburg: autolog: Potsdam, Frankfurt/O., Cottbus / allogon: Frankfurt/O.)
 - Herzchirurgische Versorgung: Sicherstellung der herzchirurgischen Versorgung für die Gesamtregion durch das Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB), die Charité, das Brandenburgische Herzzentrum Bernau und das Sana-Herzzentrum Cottbus.
 - Betreuung von Schwerbrandverletzten: Vorhaltung von Kapazitäten für die gesamte Region im Unfallkrankenhaus Berlin (UKB).
 - Sonderisolierstation: Vorhaltung einer Spezialeinheit in der Charité für die gesamte Region.
 - AIDS-Versorgung: Vorhaltung spezifischer Kapazitäten in Berlin für die gesamte Region.
 - Universitätsklinika: Die Charité – Universitätsmedizin Berlin steht für die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern in der Gesamtregion Berlin-Brandenburg zur Verfügung. (Medizinische Hochschule Brandenburg: siehe Kapitel I.1., Seite 5)
 - Rehabilitation:
-

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen werden im Land Brandenburg grundsätzlich für die gesamte Region vorgehalten.

Die neurologische Frührehabilitation, die nach dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in der Phase B sich unmittelbar an die akutstationäre neurologische Erstversorgung (Phase A) anschließt, wird rechtlich der Akutversorgung im Krankenhaus zugeordnet.

Die Gemeinsame Krankenhausplanung hat die gesamte Versorgungskette in den Blick zu nehmen. Die oben genannte Festlegung, dass die (rechtlich) rehabilitative Versorgung in den Phasen C und D für die Gesamtregion grundsätzlich in Brandenburg vorgehalten wird, ist zu beachten. Wesentlich ist hierbei, dass die Kontinuität der Versorgung durch die Rehabilitationsphasen A bis D mit höchstens einer Verlegung einhergehen sollte, um „Brüche“ in der stationären rehabilitativen Versorgungskette zu vermeiden.

c. Hygiene

Im Bereich der Hygiene sind die Planungsgrundsätze der Länder bereits weitgehend angenähert. Die Bedeutung der Einhaltung und Beachtung der Hygienestandards in den Krankenhäusern wird in den Ländern Berlin und Brandenburg jeweils durch entsprechende Verordnungen deutlich. In Berlin gilt die Verordnung zur Regelung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen (Hygieneverordnung) vom 12. Juni 2012 und in Brandenburg die Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) vom 6. Februar 2012. Beide Verordnungen regeln die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen in medizinischen Einrichtungen und somit auch in den Krankenhäusern. Neben Regelungen zur Bestimmung der Krankenhausleitung als Verantwortliche, regeln die Verordnungen unter anderem auch Anforderungen an den Bau, die Errichtung einer Hygienekommission, die Erstellung von Hygieneplänen sowie das Einsetzen von Fachpersonal. Die Besetzung der Krankenhäuser mit dem erforderlichen Fachpersonal ist für beide Länder für die Umsetzung und Einhaltung der Hygiene von entscheidender Bedeutung. Hygienefachkräfte dienen hier unter anderem als Multiplikatoren, um die notwendigen Anforderungen an alle Beschäftigten in den Krankenhäusern fachkompetent weiterzugeben, damit diese sich verstetigen und neue oder geänderte Anforderungen sofort entsprechend umgesetzt werden können.

An diesen Regelungen halten die Länder übereinstimmend fest.

III. Das Verfahren der Gemeinsamen Krankenhausplanung

Das Verfahren der Gemeinsamen Krankenhausplanung unterliegt keinen gesetzlichen Vorgaben. Die Länder haben sich daraufhin auf ein verbindliches Verfahren verständigt.

1. Gegenstand und Reichweite der Gemeinsamen Krankenhausplanung 2020 (Verhältnis Grundlagenpapier zu den beiden Krankenhausplänen der Länder)

Die in dem vorliegenden Papier formulierten Grundsätze der Gemeinsamen Krankenhausplanung 2020 der Länder Berlin und Brandenburg sind bei der Aufstellung der jeweiligen Krankenhauspläne als Richtschnur zu beachten. Im Übrigen erstellt jedes Land seinen Krankenhausplan nach den jeweiligen Verfahrensvorgaben.

2. Das Verfahren der Gemeinsamen Krankenhausplanung 2020

Um die Bedeutung und den politischen Willen zur Gemeinsamen Krankenhausplanung zu unterstreichen, haben sich die Regierungen der Länder Berlin und Brandenburg bei ihren gemeinsamen Kabinettsitzungen am 13. März 2018 und am 29. Januar 2019 jeweils über den Stand des gemeinsamen Krankenhausplanungsprozesses unterrichten lassen und die Leitlinien für das weitere Verfahren erörtert. Der von den Gesundheitsressorts der beiden Länder beschrittene Weg der Umsetzung der Gemeinsamen Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020 wurde von den beiden Landesregierungen bei der gemeinsamen Sitzung am 29. Januar 2019 ausdrücklich begrüßt. Dies betrifft insbesondere die Erstellung des gemeinsamen Grundlagenpapiers der Krankenhausplanungsbehörden der beiden Länder als Richtschnur für die Aufstellung der jeweiligen Krankenhauspläne. Die Gesundheitsressorts wurden von den beiden Landesregierungen gebeten, das Grundlagenpapier für die Gemeinsame Krankenhausplanung nach finaler Abstimmung unter den Krankenhausplanungsbehörden den beiden Landesregierungen parallel im April 2019 zur Kenntnis zu geben.

Zu einem späteren Zeitpunkt beschließen die Länder Berlin und Brandenburg ihren jeweiligen Krankenhausplan. Die Planungshoheit beider Länder wird durch dieses Verfahren nicht berührt.

3. Der Gemeinsame Regionalausschuss

Die Länder Berlin und Brandenburg haben für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg einen Gemeinsamen und somit länderübergreifenden Regionalausschuss für die Gemeinsame Krankenhausplanung 2020 als Steuerungsgremium errichtet. Die konstituierende Sitzung fand am 25. September 2018 in Potsdam statt.

Der Gemeinsame Regionalausschuss soll alternierend in Berlin und Brandenburg nach Bedarf, aber mindestens einmal im Jahr tagen.

Für die Einberufung des Gemeinsamen Regionalausschusses wurde von beiden Ländern eine Gemeinsame Geschäftsstelle gebildet, die die Mitglieder zu den Sitzungen einlädt, die Protokollführung sowie die inhaltliche Abstimmung und Aufrechterhaltung der Länderkommunikation übernimmt, aber auch Fragen von Dritten unmittelbar beantwortet.

a. Zusammensetzung

Der Regionalausschuss soll sich aus den unmittelbaren Planungsbeteiligten beider Länder zusammensetzen. In Berlin berät der Krankenhausbeirat und in Brandenburg die Landeskonferenz für Krankenhausplanung die jeweilige Planungsbehörde. Der länderübergreifende Regionalausschuss besteht somit aus Mitgliedern beider Gremien auf Fachebene, so dass jeweils Krankenkassen, Private Krankenversicherungen, Landeskrankenhaus-Gesellschaften, Kommunale Spitzenverbände (BB) und Vertreter der jeweiligen Krankenhausplanungsbehörde dem Ausschuss angehören werden. Hieraus ergibt sich ein Kreis von 22 Mitgliedern (10 KK, 5 LKB, 5 BKG, 2 Kommunale Spitzenverbände BB) zuzüglich der Vertretungspersonen der Krankenhausplanungsbehörden.

Die Vertretungen in beiden Gremien wurden gebeten, die sie vertretenen Mitglieder für den gemeinsamen Regionalausschuss zu benennen.

Demnach werden dem Regionalausschuss folgende Personen angehören:

aa. Brandenburg

(a.) LKB

Dr. Detlef Troppens, (Gabriele Wolter),
Reschke)
Dr. Jens-Uwe Schreck (Heike Gehlert),
Martina Löster, (Dr. Karsten Bittigau),
Mirko Papenfuß, (Dr. Matthias-Hagen Lakotta),
Harald Tuschy, (Christina Schneider)

(b.) Krankenkassen

AOK Nordost:
Dagmar Schmidt

Vdek-LV BE/BB:
Kerstin Sienknecht

IKK BB:
Katrin Rütting

BKK Landesverband Mitte BE/BB:
Inga Jönsson (Peter Kretschmer)

Knappschaft Regionaldirektion Cottbus:
Margarete Hoffmann

(c.) Kommunale Spitzenverbände

Städte- u. Gemeindebund BB, Frau Monika Gordes
Landkreistrag Brandenburg, Frau Jutta Schlüter

bb. Berlin

(a.) BKG

Marc Schreiner, (Peter-Chr.

Prof. Dr. Ulrich Frei, (Marcus Polle)
Angelika Erz, (Sabine Adler Görick)
Detlef Albrecht, (Martina Löster)
Lutz-Peter Sandhagen,
(Dr. Christian Friese)

(b.) Krankenkassen

AOK Nordost:
Jan-Felix Rother

Vdek-LV BE/BB:
Michael Jacob

BIG direkt gesund
Ines Westfahl

BKK Landesverband Mitte BE/BB:
Inga Jönsson (Peter Kretschmer)

PKV:
Barbara Schmitz (Isabel Machill)

b. Aufgaben

Erste Aufgabe des Gemeinsamen Regionalausschusses war es, eine Empfehlung zu den Grundlagen und Grundsätzen der Gemeinsamen Krankenhausplanung abzugeben. Hierüber hat der Gemeinsame Regionalausschuss in seiner zweiten Sitzung am 31.01.2019 beraten. Die Empfehlung des Gemeinsamen Regionalausschusses wurde bei der Erstellung des vorliegenden Grundlagenpapiers berücksichtigt.

Im weiteren Fortgang umfassen die Aufgaben des Regionalausschusses die Beratung der Krankenhausplanungsbehörden zur Gemeinsamen Krankenhausplanung. Hier erfolgt insbesondere eine Diskussion und Beratung über länderübergreifende Gesichtspunkte. Der Regionalausschuss begleitet diesen Arbeitsprozess im gesamten Planungszeitraum. Es wird angestrebt, dass der Gemeinsame Regionalausschuss Empfehlungen im Einvernehmen der Mitglieder abgibt.

Durch den Regionalausschuss wird zudem gewährleistet, dass die Länder gegenseitig über die jeweiligen Krankenhauspläne informiert sind. Der Regionalausschuss begleitet die beiden Länder hinsichtlich ihrer Krankenhauspläne mit dem Ziel, dass die Planungsgrundsätze und Versorgungsziele der Gemeinsamen Krankenhausplanung in den jeweiligen Krankenhausplänen Berücksichtigung finden.

IV. Fazit: Zukunftssicherung der Krankenhausversorgung in der Gesamtregion

Die vorstehend dargelegten Grundlagen der Gemeinsamen Krankenhausplanung tragen nicht nur zu einer nachhaltigen Gemeinsamen Krankenhausplanung bei, sondern erhöhen auch die Transparenz zwischen den Ländern. Durch abgestimmte gemeinsame Versorgungsziele und Planungsgrundsätze ist eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in beiden Ländern langfristig gesichert. Ziel ist es, durch die gemeinsame Planung Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Metropole Berlin und dem Flächenland Brandenburg herauszuarbeiten und bei der jeweiligen Krankenhausplanung entsprechend ihrer Besonderheiten zu berücksichtigen.

Statt eines ungezügelten Verdrängungswettbewerbs werden durch die Gemeinsame Krankenhausplanung die Grundlagen für eine kooperative Bewältigung der anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg gelegt.

Die Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020 ff. ist als Einstieg in eine weiter vertiefte länderübergreifende Zusammenarbeit und eine spätere sektorenübergreifende Versorgungsplanung gedacht. Dazu sollen auch die Ergebnisse der auf Bundesebene eingesetzten Reformkommission genutzt werden.

6. Regelungsinhalte des Krankenhausplans 2020

6.1. Planungsgröße „Krankenhausbett“ und Gliederung nach stationären Versorgungsformen

Die Regelungsinhalte des Krankenhausplans müssen es erlauben, den Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses oder des Universitätsklinikums hinreichend genau zu bestimmen. Eine zentrale Rolle bei der krankenhauserplanerischen Beschreibung des Versorgungsauftrages spielt bundesweit unverändert die Planungsgröße „Krankenhausbett“. Das Krankenhausbett hat einen unmittelbaren Bezug zum Baukörper Krankenhaus und es erlaubt gleichzeitig, mit einer gewissen Flexibilität die Leistungen des Krankenhauses in qualitativer und quantitativer Hinsicht festzulegen. Auch im Krankenhausplan 2020 wird auf das Krankenhausbett abgestellt. Wie bisher, beziehen sich in der Berliner Krankenhausplanung die Planfestlegungen auf die ordnungsbehördlich genehmigten Betten. Eine weitere Differenzierung nach den stationären Versorgungsformen

- vollstationäre Versorgung: (vollstationäre) Betten
 - teilstationäre Versorgung: (teilstationäre) Plätze
 - belegärztliche Versorgung: Belegbetten
- wird vorgenommen. Für alle drei Versorgungsformen werden Kapazitäten auf Ebene der Hauptdisziplinen festgelegt (vgl. Abschnitt 6.3.). Betten für gesunde Neugeborene und Begleitpersonen bleiben unberücksichtigt.

Sofern in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im vollstationären Bereich neben Betten auch stationsäquivalente Behandlungskapazitäten gemäß § 115 d SGB V vorgehalten werden, sind diese jeweils in den Datenblättern (Anlage 1) ausgewiesen.

Eine Umwidmung von bisher hauptamtlich geführten Betten in Belegbetten ist dem Krankenhausträger jeder Zeit im Benehmen mit der Planungsbehörde im Rahmen der im Krankenhausplan bzw. Feststellungsbescheid vorgegebenen Abteilungsstruktur möglich. Die Umwidmung von Belegbetten in hauptamtlich geführte Betten wird planerisch wie eine Neuaufnahme von Betten in den Krankenhausplan betrachtet.

Teilstationäre Kapazitäten sind Teil der Gesamtkapazität des Krankenhauses. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung sind konkrete Vorgaben zum Umfang der teilstationären Versorgung von besonderer Bedeutung, da sie integraler Bestandteil des regional verankerten, integrierten Versorgungssystems sind. Auch in der Geriatrie werden teilstationäre Kapazitäten zum obligaten Bestandteil der geriatrischen Gesamtkapazität.

6.2. Gliederung nach Fachgebieten – Fachabteilungssystematik

Grundlage für die Differenzierung nach Fachgebieten bildet die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin (WBO). Die WBO gliedert sich fachlich in Gebiete, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Hauptdisziplinen entsprechen. Krankenhäuser haben den ihnen durch den Ausweis einer Hauptdisziplin zugesprochenen Versorgungsauftrag vollumfänglich zu erfüllen, sofern dieser Krankenhausplan nicht ausdrücklich Abweichungen von der Hauptabteilungssystematik zulässt. Dies soll verhindern, dass sich Krankenhäuser im Rahmen Ihrer Tätigkeit auf die Behandlung nur besonders lukrativer Krankheitsbilder oder Patienten beschränken. Krankenhäuser, die einen Versorgungsauftrag nur selektiv wahrnehmen wollen (sogenannte Rosinenpicker), gelten nach dem Verständnis der

Planungsbehörde als weniger leistungsfähig gegenüber von Krankenhäusern, die die volle Bandbreite der Versorgung einer Hauptdisziplin abdecken.

Die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin differenzieren sich jeweils in mehrere Facharztkompetenzen, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Subdisziplinen entsprechen.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen zunehmenden Bedeutung der geriatrischen Versorgung wird abweichend von der WBO die Geriatrie krankenhauplanerisch als Hauptdisziplin ausgewiesen (in der WBO ist die Geriatrie eine Facharztkompetenz innerhalb der Inneren Medizin). Dies ist sachgerecht und hat zur Folge, dass für die Geriatrie eine differenzierte Bedarfseinschätzung und ein quantitativer Bettenausweis vorzunehmen ist. In die Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2020 sind nur Betten führende Haupt- und Subdisziplinen aufgenommen. Intensivbetten oder andere interdisziplinär genutzte Einheiten (z. B. Betten einer Aufnahmestation) werden entsprechend den für das Erfassungsjahr 2017 geltenden Vorgaben der amtlichen Krankenhausstatistik im Umfang der durchschnittlichen Nutzung den einzelnen Disziplinen gemäß Fachabteilungssystematik zugeordnet. Sie sind in der nachstehenden Übersicht dargestellt:

Tab. 6.2.–1: Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2020

Fachabteilungen ¹⁾	Schl.-Nr. (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Ausweis im Datenblatt des Bescheides zur Umsetzung des KH-Plans 2020		
		Angabe mit Bettenzahl	Angabe ohne Bettenzahl	generell kein Ausweis
Augenheilkunde	2700	X		
Chirurgie		X		
davon: Gefäßchirurgie	1800			X ²⁾
Herzchirurgie	2100	X		
Kinderchirurgie	1300		X	
Orthopädie und Unfallchirurgie	2316		X ³⁾	
Plastische und Ästhetische Chirurgie	1900			X
Thoraxchirurgie	2000		X	
Visceralchirurgie	3757			X
Allgemeine Chirurgie	1500			X
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2400 / 2425 2490/ 2500	X		
Geriatric	0200	X		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2600	X		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3400	X		
Innere Medizin		X		
davon: Innere Medizin und Angiologie	3750			X ²⁾
Innere Medizin und Endokrinologie	0600			X
Innere Medizin und Gastroenterologie	0700			X
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	0500 ⁴⁾			X ⁵⁾
Innere Medizin und Kardiologie	0300		X	
Innere Medizin und Nephrologie	0400		X	
Innere Medizin und Pneumologie	0800		X	
Innere Medizin und Rheumatologie	0900		X	
Allgemeine Innere Medizin	0100/ 0190 ⁴⁾			X
Kinder- und Jugendheilkunde	1000/ 1100 /1200	X		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3000	X		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3500	X		
Neurochirurgie	1700	X		
Neurologie	2800 ⁶⁾	X		
Nuklearmedizin	3200	X		
Physikalische und Rehabilitative Medizin	3792	X		
Psychiatrie und Psychotherapie	2900 / 2931 ⁷⁾	X		
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	3100	X		
Strahlentherapie	3300 ⁴⁾	X		
Urologie	2200	X		

1) fett: Hauptdisziplin: entspricht einem Gebiet der Weiterbildungsordnung
nicht fett, eingerückt: Subdisziplin: entspricht Facharztkompetenz der Weiterbildungsordnung
Ausnahme: "Geriatric"

2) ein „gefäßmedizinischer Versorgungsauftrag“ wird auf dem Datenblatt ausgewiesen

3) bei Nicht-Notfallkrankenhäusern ist der Versorgungsauftrag grundsätzlich auf orthopädische bzw. elektive Leistungen des Fachgebietes beschränkt

4) Schlüssel-Nr. 3752 für palliativmedizinische Einheiten

5) gesonderte Fußnoten an der Gesamtbettenzahl im Datenblatt erhalten die Krankenhäuser mit onkologischem Schwerpunkt sowie die Krankenhäuser, die Transplantationen von blutbildenden Stammzellen vornehmen

6) Schlüssel-Nr. 2890 für besondere Einheiten für „Neurologische Frührehabilitation, Phase B“

7) Schlüssel-Nr. 2931 für eigenständige tagesklinische Einheiten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung, die einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie zugeordnet sind

6.3. Qualitative bzw. quantitative Festlegung von Abteilungen

Die Gesamtzahl der Betten, mit der ein Krankenhausstandort in den Krankenhausplan aufgenommen ist, wird nach den vorgesehenen Hauptdisziplinen aufgegliedert. Die Gesamtbettenzahl schließt dabei die Belegbetten, teilstationären Plätze und StäB-Einheiten ein.

Betreibt ein Krankenhaus einen Standort mit höherer Bettenzahl als der Krankenhausplan bzw. der den Plan umsetzende Feststellungsbescheid dies vorsieht, so bedeutet dies grundsätzlich, dass die Betten, die oberhalb der im Plan festgelegten Zahl betrieben werden, nicht im Krankenhausplan aufgenommen sind. Ein Unterschreiten der im Plan vorgegebenen Bettenzahl ist nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V nur mit Zustimmung der Planungsbehörde zulässig.

Flexibilisierungsmöglichkeiten

Wie bereits gemäß der vorhergehenden Krankenhauspläne kann auf der Ebene der Hauptdisziplinen in vorgegebenen Grenzen von den je Standort im Plan festgestellten abteilungsbezogenen Bettenzahlen in Eigenverantwortung des Krankenhausträgers abgewichen werden (Flexibilisierung). Diese Abweichung darf bei unveränderter Gesamtbettenzahl des Krankenhausstandortes für keine Hauptdisziplin die vorgegebene Planbettenzahl um 15 Prozent über- oder unterschreiten.

In die Flexibilisierung einbezogen sind die innerhalb einer Hauptdisziplin betriebenen teilstationären Kapazitäten. Die Zahl der teilstationären Plätze darf ebenfalls maximal ± 15 Prozent von der Planvorgabe abweichen. Die übrigen vollstationären Kapazitäten der jeweiligen Hauptdisziplinen verringern (bei Erhöhung des teilstationären Angebotes) bzw. erhöhen (bei Verringerung des teilstationären Angebotes) sich entsprechend.

Die ausgewiesenen Kapazitäten der psychiatrisch/psychotherapeutischen und psychosomatischen Disziplinen sind unveränderbar. Lediglich zwischen den jeweiligen fachspezifischen voll- und teilstationären Angeboten kann im oben genannten vorgegebenen Rahmen flexibilisiert werden. Eine Flexibilisierung zwischen somatischen und psychiatrischen Fachgebieten ist ausgeschlossen. Unveränderbar sind auch die StäB-Zahlen innerhalb der psychiatrischen Zahlen. Eine Flexibilisierung zwischen StäB, vollstationären und teilstationären psychiatrischen Angeboten darf nur mit Zustimmung der Planungsbehörde stattfinden.

In somatischen Fachgebieten können Betten jederzeit in Belegbetten umgewandelt werden. Hierzu bedarf es nur der Information der Planungsbehörde. Umgekehrt ist die Umwandlung von Belegbetten in stationäre Betten nur mit Zustimmung der Planungsbehörde möglich.

Ausweis von Subdisziplinen

Auf der Ebene der Subdisziplinen erfolgt keine Vorgabe für die Bettenzahl der Abteilungen. Allerdings wird für eine Reihe von Subdisziplinen ausgewiesen, ob ein Krankenhaus mit einer Abteilung dieser Subdisziplin in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Dieser (qualitative) Ausweis ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Nur soweit spätestens bei Erlass des Feststellungsbescheides diese Voraussetzungen nachgewiesen und ihre dauerhafte Einhaltung zugesichert werden kann, erfolgt der Ausweis im Feststellungsbescheid. Falls bei der Darstellung der besonderen Versorgungsschwerpunkte keine weitergehenden Anforderungen formuliert sind, setzt der Ausweis einer Abteilung auf der Ebene der Subdisziplinen (ebenso wie auf Ebene der Hauptdisziplinen) zumindest voraus, dass die Abteilung ordnungsbehördlich genehmigt bzw. von der Konzession erfasst ist und eine angemessene pflegerische und ärztliche Versorgung gewährleistet ist. Das heißt

insbesondere, dass die Vorgabe zur fachärztlichen Mindestausstattung einer Abteilung eingehalten werden kann (siehe Abschnitt 7, „Qualitätssicherung“).

Auf der Ebene der Subdisziplinen werden die Abteilungen nicht abschließend ausgewiesen. Die Vertragsparteien können bei entsprechendem Bedarf und gegebenen Eignungsvoraussetzungen ergänzend spezifische Leistungen einer Subdisziplin vereinbaren, soweit dieser Standort mit der zugehörigen Hauptdisziplin im Plan ausgewiesen ist.

Eine Ausnahme bildet die chirurgische Subdisziplin Herzchirurgie. Für die Herzchirurgie erfolgt in Verbindung mit einer Bedarfsermittlung eine zahlenmäßige Vorgabe der Bettenkapazität (quantitativer Ausweis) und damit in gleicher Weise wie bei Hauptdisziplinen eine abschließende Planung.

Auf den Ausweis folgender Subdisziplinen wird gänzlich verzichtet:

Subdisziplinen der Chirurgie

- Allgemeine Chirurgie
- Gefäßchirurgie (siehe auch Abschnitt Gefäßmedizin)
- Visceralchirurgie
- Plastische Chirurgie

Subdisziplinen der Inneren Medizin

- Allgemeine Innere Medizin
- Angiologie (siehe auch Abschnitt Gefäßmedizin)
- Endokrinologie
- Gastroenterologie
- Hämatologie und Onkologie (siehe auch Abschnitt zur Tumormedizin).

Bei allen Krankenhäusern die mit Kapazitäten der Hauptdisziplinen Chirurgie bzw. Innere Medizin in den Plan aufgenommen sind, können die Vertragsparteien im Rahmen der Budgetverhandlungen bei erkennbarer Nachfrage und gegebenen Eignungsvoraussetzungen Leistungen vereinbaren, die gemäß Weiterbildungsordnung diesen nicht ausgewiesenen Subdisziplinen zuzuordnen sind. Grundsätzlich ist dabei Voraussetzung, dass das Krankenhaus eine Abteilung dieser Subdisziplin führt, die die Anforderungen des Krankenhausplans erfüllt.

6.4. Festlegung von speziellen Versorgungsaufgaben

Für wenige Bereiche unterhalb der Ebene einer Abteilung werden Schwerpunktbildungen bzw. spezifische Versorgungseinheiten ausgewiesen. Diese Ausweisung ist an die Erfüllung spezifischer Anforderungen gebunden und dient zur näheren Ausgestaltung des Versorgungsauftrages im Krankenhausplan. Sie erfolgt in Fußnotenform an der dritten Soll-Betten-Spalte im Krankenhausdatenblatt gemäß Anlage 1.

Diese nach einheitlichen Kriterien ausgewiesenen Schwerpunktbildungen bzw. spezifischen Versorgungseinheiten sind:

- Stroke Units
- Neurologische Frührehabilitation, Phase B
- Einheiten für Weaning
- Psychosomatische Tageskliniken im Rahmen der regionalen psychiatrischen / psychosomatischen Pflichtversorgung.

Weiterhin werden ebenfalls abhängig von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen die Beteiligung von Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten an der Notfallversorgung (Notfallkrankenhaus, Notfallzentrum), die Beteiligung an der onkologischen Versorgung (onkologisches Zentrum oder

onkologischer Schwerpunkt) sowie im Rahmen der Fächerkombination Chirurgie und Innere Medizin die Beteiligung an der gefäßmedizinischen Versorgung (gefäßmedizinische Schwerpunkte) ausgewiesen.

6.5. Festlegungen mit räumlichem Bezug

Die Anwendung räumlicher Planungsparameter ist erforderlich, um eine für alle Berlinerinnen und Berliner möglichst gleichermaßen gute Krankenhausversorgung sicherstellen zu können. Das betrifft vor allem

- die adäquate Sicherstellung der Notfallversorgung
- die angestrebte Wohnortnähe im Fachgebiet Geriatrie
- die regionalisierte Planung im Bereich der psychiatrischen Versorgung.

Um die für diese Bereiche vorgegebenen Versorgungsziele planerisch umsetzen zu können, werden wie bisher im Krankenhausplan 2020 folgende Festlegungen mit räumlichem Bezug getroffen:

- Krankenhausstandort
- Pflichtversorgungsregionen im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie: 12 Bezirke
- Beurteilung der Wohnortnähe im somatischen Bereich sowie kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsregionen: sechs Regionen und zwar
 - Region Mitte: Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte
 - Region Nord: Bezirke Pankow, Reinickendorf
 - Region Ost: Bezirke Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf
 - Region Südost: Bezirke Neukölln, Treptow-Köpenick
 - Region Südwest: Bezirke Tempelhof-Schöneberg, Steglitz-Zehlendorf
 - Region West: Bezirke Charlottenburg-Wilmersdorf, Spandau.

6.6. Krankenhausdatenblätter

Die Einzelheiten der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan 2020 sind im Krankenhausdatenblatt wiedergegeben. Die Berliner Krankenhausplanung erfolgt Krankenhausstandort bezogen. Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten gibt es deshalb je Standort ein Datenblatt sowie ein Datenblatt, das eine Zusammenfassung der Standortdatenblätter für das Gesamtkrankenhaus darstellt (siehe Anlage 1).

Der Aufbau der Datenblätter wird in Anlage 1 erläutert.

7. Qualitätssicherung

Ein oberstes Ziel der Krankenhausplanung ist, die medizinisch hochwertige Versorgungsqualität an den Berliner Krankenhäusern sicherzustellen. Seit langem wird durch die Berliner Krankenhäuser ein qualitativ hohes medizinisches Versorgungsniveau gewährleistet. Insbesondere seit der Einführung der DRG-Vergütung ist es eine der wesentlichen Aufgaben der Berliner Krankenhausplanung, dafür Sorge zu tragen, dass das Bestreben der Krankenhäuser um mehr Wirtschaftlichkeit nicht zu Lasten der Qualität geht, sondern diese gesichert und verbessert wird. Mit der Einführung umfassender qualitätssichernder Maßnahmen auf Bundes- und Länderebene wird seit 2015 diesem Ziel zunehmend Rechnung getragen.

Bundesrechtlich wird die Qualitätssicherung im Krankenhaus u. a. durch die §§ 135 bis 137 des SGB V geregelt. Nach §135a SGB V sind die Krankenhäuser verpflichtet, interne Maßnahmen zum Qualitätsmanagement durchzuführen. Des Weiteren müssen sie an einer klinikübergreifenden Qualitätssicherung teilnehmen.

Mit dem am 01.01.2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz wurde die qualitativ hochwertige Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu einem der krankenhauplanerischen Ziele erklärt. Rechtsgrundlage für Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung ist die gesetzliche Verpflichtung zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch leistungsfähige Krankenhäuser (§ 6 Abs. 1 KHG), wobei nun die Qualität ein Aspekt der Leistungsfähigkeit ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhielt den Auftrag, planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln (§ 136 c Abs. 1 SGB V). Nach § 6 Abs. 1 a Satz 1 KHG werden diese Teil des Krankenhausplans. Hierbei beziehen sich die einzelnen Qualitäten auf Folgendes:

- **Strukturqualität:** Anforderungen an die Qualifikation des Personals sowie an die Ausstattung der Krankenhäuser
- **Prozessqualität:** Indikation und Durchführung von Diagnostik und Therapie
- **Ergebnisqualität:** gesundheitliche Folgen des ärztlichen Handelns; betrachtet werden Letalität, Heilungsdauer und therapiebedingte Komplikationen.

Derzeit existieren 11 planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Sie beziehen sich auf die Fachbereiche der operativen Gynäkologie, Mammachirurgie und Geburtshilfe. Es besteht die Verpflichtung, dass die Krankenhäuser quartalsweise Ergebnisse aus der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung an den G-BA melden. Die Planungsbehörde erhält zusätzlich regelmäßig einrichtungsbezogene Daten durch den G-BA (§ 136 c Abs. 2 SGB V).

Entsprechend § 6 Abs. 1 a KHG haben die Länder die Befugnis, einzelne planungsrelevante Qualitätsindikatoren einzuschränken oder auszuschließen (s. Kap. 5. Abschnitt II. 3. b). Darüber hinaus sind sie befugt, eigene Qualitätsindikatoren zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund wurden bereits im Berliner Krankenhausplan 2016 Qualitätsanforderungen aufgenommen. Diese gelten im Krankenhausplan 2020 weiter.

Generelle qualitätssichernde Anforderungen für alle Plankrankenhäuser

Facharztbesetzung einer Fachabteilung⁸

Eine von einem Plankrankenhaus geführte Fachabteilung muss folgende Mindestanforderungen erfüllen:

- Chefärztin bzw. Chefarzt und Stellvertretung verfügen über eine der Abteilung entsprechende abgeschlossene Facharztweiterbildung, und Fachärztinnen und Fachärzte der entsprechenden Facharzttrichtung im Gesamtumfang (inkl. Leitung) von mindestens zwei Vollzeitstellen sind in der Abteilung dauerhaft tätig⁹.
- Um Leistungen erbringen zu können, die gemäß Weiterbildungsordnung einem bestimmten Fachgebiet zugeordnet sind, soll das Plankrankenhaus eine Fachabteilung dieses Fachgebietes führen.
- Die ärztlichen Leistungen werden überwiegend von im Krankenhaus festangestellten Ärztinnen und Ärzten erbracht, um die Stabilität organisatorischer Prozesse einschließlich bei Notfällen zu gewährleisten (gilt nicht für Belegabteilungen).

Pflegepersonal auf Intensivstationen

Für Intensivstationen wurde gezeigt, dass eine adäquate Personalausstattung mit qualifizierten Pflegekräften zu einer Erhöhung der Qualität, u. a. zu einer niedrigeren Anzahl von Medikationsfehlern, Pneumonien, respiratorischen Komplikationen, katheterassoziierten Sepsen, Dekubitalgeschwüren und kritischen Zwischenfällen führt. Daher sind - ungeachtet der vom Bund festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen - auf Intensivstationen der Berliner Plankrankenhäuser nach wie vor möglichst die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) einzuhalten¹⁰:

- Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich.
- Bei speziellen Situationen soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden. Beispielsituationen sind schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, ein hoher Anteil (> 60 Prozent) der Patientinnen und Patienten mit Organersatzverfahren, zu denen z. B. Beatmungssituationen und Nierenersatzverfahren zählen, oder zusätzliche Aufgaben wie die Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus oder die Begleitung von Transporten intensiv behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten.
- Der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften soll mindestens 30 Prozent des Pflorgeteams der Intensivtherapieeinheit betragen.

⁸ Die Definition der Fachabteilung richtet sich dabei nach den bundeseinheitlichen Regelungen der Krankenhausstatistik: Fachabteilungen sind ordnungsbehördlich genehmigte, 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.

⁹ Gemäß Stellungnahme der Ärztekammer Berlin zu den Anforderungen an die personelle Struktur- und Prozessqualität im Krankenhausplan 2016 vom 28.01.2015

¹⁰ www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/20101130-publikationen-empfehlungen-zur-struktur-v-intensivstationen-kurzversion.pdf

Pflegepersonaluntergrenzen

Es wurden seit dem Jahr 2019 im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) besonders pflegeintensive Fachbereiche definiert, welche für die Plankrankenhäuser jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt werden. Hierzu zählen seit dem 01.02.2021 die Intensivmedizin, Geriatrie, Allgemein- und Unfallchirurgie, Pädiatrie, Innere Medizin, Herzchirurgie, Neurologie, neurologische Frührehabilitation und die neurologische Schlaganfallversorgung. Für diese Bereiche bestehen laut PpUGV Untergrenzen der pflegerischen Besetzung, um eine ausreichende Versorgungsqualität dieser besonders betreuungsintensiven Patienten zu gewährleisten. Die Untergrenzen werden nach Tag- und Nachtschichten unterschieden. Auch der maximale Anteil an Pflegehilfpersonal wird durch die PpUGV geregelt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt der zuständigen Landesbehörde im Sinne von § 137 i Abs. 4 S. 8 SGB V einmal im Quartal eine Zusammenstellung krankenhausesbezogener Ergebnisse der Einhaltung der PpUGV.

Die Erfüllung oder Nichterfüllung dieser Anforderungen hat in erster Linie Einfluss auf die Vertragsbeziehungen der Partner der Selbstverwaltung. Anhaltende Probleme bei der Erfüllung der Mindestbesetzungen können aber im Hinblick auf konkurrierende Anträge für Bettenerweiterungen als ein zu berücksichtigender Aspekt bei krankenhausesplanerischen Auswahlentscheidungen herangezogen werden.

Tab. 7.–1: Pflegepersonaluntergrenzen ab 01.02.2021 laut Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (Verordnung vom 09.11.2020, gültig ab 14.11.2020)

Fachabteilung	Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft Tagschicht	Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft Nachtschicht	Anteil Pflegehilfskräfte Tagschicht	Anteil Pflegehilfskräfte Nachtschicht
Intensivmedizin (allgemein und pädiatrisch)	2	3	5%	5%
Geriatrie	10	20	15%	20%
Allgemein- und Unfallchirurgie	10	20	10%	10%
Innere Medizin (inkl. Kardiologie)	10	22	10%	10%
Herzchirurgie	7	15	5%	0%
Neurologie	10	20	8%	8%
Neurologische Frührehabilitation	5	12	10%	10%
Neurologische Schlaganfallereinheit	3	5	0%	0%
Pädiatrie	6	10	5%	5%

Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität in Verbindung mit Versorgungskonzepten und dem Ausweis von Abteilungen bzw. Schwerpunkten auf der Ebene von Subdisziplinen

Bereits im Krankenhausplan 2016 waren bestimmte Planfeststellungen, beispielsweise die Ausweisung von Abteilungen auf der Ebene der Subdisziplinen, an die Erfüllung von Kriterien der Struktur- und Prozessqualität gebunden. An diesen Anforderungen wird festgehalten. Das betrifft die Ausweisung von

- Orthopädisch/Unfallchirurgischen Abteilungen
- Gefäßmedizinischen Schwerpunkten
- Thoraxchirurgischen Abteilungen.

Die Anforderungen an Notfallkrankenhäuser wurden im Rahmen eines Versorgungskonzeptes weiter ausgestaltet, um eine zeitgerechte und eine dem Facharztstandard entsprechende Versorgung von Notfallpatienten in der Notaufnahme des Krankenhauses zu gewährleisten. Dies erfolgt in Anlehnung an die Notfallstufung des Gemeinsamen Bundesausschuss. Ergänzend wurde ein Monitoring-System zur Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Ressourcen aufgebaut (IVENA). Hierüber erhält der Rettungsdienst in Echtzeit Einblick über die Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Ressourcen, um eine schnellstmögliche, optimale Versorgung insbesondere von Schwerstverletzten zu gewährleisten.

Die qualitative Ausweisung eines kardiologischen Versorgungsauftrages eines Krankenhauses wird unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Kriterien an weitere Anforderungen gebunden.

Weiterhin werden im Krankenhausplan 2020 Krankenhäuser/Krankenhausstandorte, die schwerpunktmäßig an der onkologischen Versorgung beteiligt sind, als onkologischer Schwerpunkt ausgewiesen, soweit sie definierte Anforderungen erfüllen und sich zu deren dauerhafter Einhaltung verpflichten.

Überdies bestehen Anforderungen an die zur Versorgung des akuten Schlaganfalls geeigneten Krankenhäuser (Stroke Units), Anforderungen zur neurologischen Frührehabilitation und zur Beatmungsentwöhnung. Im Bereich der Neu- und Frühgeborenenversorgung gelten die Richtlinien und die Stufung des Gemeinsamen Bundesausschuss.

Ausweisung von Zentren

Die medizinische Versorgungsqualität wird planerisch auch durch Kompetenzbündelung im Rahmen der Bildung und Ausweisung von medizinischen Zentren gesteigert. Im Rahmen eines Fachausschusses Krankenhausplanung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung wurde gemeinsam mit Vertretern der Krankenkassen, der Ärztekammer und der Berliner Krankenhausgesellschaft ein Konzept für folgende Zentren entwickelt:

- Onkologische Zentren
- Lungenzentren
- Zentren für seltene Erkrankungen (NAMSE).

Die Ausweisung von Zentren anderer Fachbereiche im Krankenhausplan erfolgt entsprechend den Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der Zentrums-Regelungen. Nähere Ausführungen zu Konzept und Umsetzung im Krankenhausplan 2020 befinden sich unter Kapitel 11.2.

Transparenzinformationen

Seit 2006 werden die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erhobenen Daten über die Beteiligung der Berliner Krankenhäuser an verschiedenen Behandlungen abgebildet und veröffentlicht. Ziel ist, in einer Zeit des stärkeren Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern Bürgerinnen und Bürgern bei der Auswahl eines Krankenhauses mit objektiven Informationen ergänzend zu unterstützen. Ein Wettbewerb mit Vorteilen für Patientinnen und Patienten entsteht nur dann, wenn Patienten (bzw. einweisende Ärztinnen und Ärzte) eine bewusste, an Leistungs- und Qualitätsinformationen orientierte Entscheidung bei der Wahl ihres Krankenhauses treffen können. Hierzu wird der Leistungsumfang zu ausgewählten Versorgungsbereichen der Berliner Plankrankenhäuser für die Öffentlichkeit vergleichbar dargestellt.¹¹

Insgesamt unterliegen die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der stationären Patientenversorgung einem dynamischen Prozess. So müssen Regelungen regelmäßig evaluiert und angepasst werden. Dies geschieht langfristig, aber auch entsprechend aktueller Geschehnisse. Ein Beispiel hierfür ist der sprunghafte Anstieg der Geburtenrate im Jahr 2016, sowie die COVID-19-Pandemie, die kurzfristiges Handeln auch bei der Qualitätssicherung nötig machten.

¹¹ www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/themen/stationaere-versorgung/transparenzdaten_2018.pdf

8. Krankenhaushygiene

Die Sicherung einer guten Versorgungsqualität als ein Schwerpunkt des Berliner Krankenhausplans 2020 schließt auch den Bereich der Krankenhaushygiene ein. Nosokomiale Infektionen führen nicht selten zu Ausbrüchen in stationären Einrichtungen. Besonders gefürchtet sind diese Infektionen, wenn sie durch multiresistente Erreger (MRE) verursacht werden, da Therapieoptionen deutlich eingeschränkt sind. Die demografische Alterung der Berliner Bevölkerung, die Dichte an spezialisierten Zentren für unterschiedliche Therapien in Berlin, aber auch die besondere Struktur der Bevölkerung mit Menschen aus allen Regionen der Welt lassen eine Zunahme von nosokomialen Infektionen und Infektionen durch resistente Erreger für die nächsten Jahre erwarten. Die Fokussierung auf die Vermeidung nosokomialer Infektionen gewinnt hierdurch immer mehr an Bedeutung. Der wachsenden Aufmerksamkeit einer zunehmend informierten Bevölkerung kommen die Krankenhäuser durch Transparenz auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene nach.

Vorrangige Ziele der Krankenhaushygiene sind die Vermeidung nosokomialer Infektionen und die Verhinderung der Weiterverbreitung von multiresistenten Erregern durch die Einhaltung von Maßnahmen nach aktuellem Stand der Wissenschaft gemäß den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART). Rechtlich bindende Grundlagen sind § 23 des novellierten Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und die Berliner Hygieneverordnung (MedHygVO) aus dem Jahr 2012.

Die Krankenhausleitungen haben sicherzustellen, dass die Anforderungen hinsichtlich der baulichen Ausstattung, der innerbetrieblichen Strukturen und der Verfahrensabläufe eingehalten werden. Eine zentrale Verantwortung in Hygienefragen tragen die jeweiligen Hygienekommissionen der einzelnen Krankenhäuser, da sie u. a. die Hygienepläne beschließen, den einrichtungsspezifischen Bedarf an Hygienefachpersonal feststellen und Festlegungen zur Erfassung und Bewertung des Auftretens von MRE, zum Screening von Patientinnen und Patienten mit besonderen Risiken und zum Verbrauch von Antibiotika treffen. Aus der Analyse aller Daten sind dann einrichtungsspezifische Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Angesichts der Fülle der Aufgaben und der standortspezifischen Herausforderungen ist es erforderlich, dass Krankenhäuser mit mehreren Standorten für jeden Standort mit mehr als 400 Betten je eine Hygienekommission einrichten. Die Bedeutung qualifizierten Personals in ausreichender Anzahl für die Umsetzung hoher krankenhaushygienischer Standards wird auch vom Bundesgesundheitsministerium¹² betont und deshalb die Finanzierung durch das Hygieneförderprogramm des Bundes¹³ unterstützt.

Die Hygieneverordnung sieht für jedes Krankenhaus die Beschäftigung mindestens einer Hygienefachkraft und die Bestellung mindestens einer hygienebeauftragten Ärztin bzw. eines hygienebeauftragten Arztes vor. Der genaue Bedarf wird jeweils durch die Hygienekommission festgestellt. Jedes Krankenhaus hat zudem die Mitarbeit einer Krankenhaushygienikerin oder eines Krankenhaushygienikers sicherzustellen. Krankenhäuser mit mehr als 400 Betten sollen vor dem Hintergrund zunehmender Infektionen durch MRE im Einklang mit den KRINKO-Empfehlungen mindestens eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker in Vollzeit beschäftigen. Verfügen die Krankenhäuser über mehrere Standorte, so sollte die Beschäftigung einer Krankenhaushygienikerin bzw. eines Krankenhaushygienikers in Vollzeit für jeden einzelnen Standort mit mehr als 400 Betten sichergestellt werden. Damit wird gewährleistet, dass die zunehmende Fülle an Aufgaben, die sich zwischen den einzelnen Standorten stark unterscheiden können, zeitnah durch kundiges Hygienepersonal bewältigt werden kann. Die erforderliche Qualifikation dieser Berufsgruppen ist in der Hygieneverordnung genau geregelt. Qualifikationsmaßnahmen, die seit 2013 durch das Hygieneförderprogramm des Bundes unterstützt werden, müssen bis zu diesem

¹² www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html

¹³ www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/K/Krankenhausfinanzierung/130322_Eckpunkte_Krankenhausfinanzierung.pdf

Zeitpunkt soweit fortgeschritten sein, dass die entsprechenden Aufgaben von qualifiziertem Personal übernommen werden können. Darüber hinaus müssen regelmäßig Schulungen zu krankenhaushygienischen Themen stattfinden.

Der „Berliner Aktionsplan für Krankenhaushygiene“ umfasst mehrere Themenkomplexe mit dem Ziel, Krankenhausinfektionen im Land Berlin zu vermeiden – u. a. durch die Schaffung eines Verbundes zur Weiterbildung von Hygiene-Fachärztinnen und -Fachärzten. Nach der Corona-bedingt erforderlichen Aktualisierung und endgültigen Beschlussfassung im Senat soll der Berliner Aktionsplan zügig umgesetzt werden.

Zur Verhinderung der Weiterverbreitung von MRE ist es außerdem erforderlich, sowohl das krankenshausinterne Personal als auch die weiterbehandelnden Einrichtungen und das für den Krankentransport zuständige Personal über die Infektion oder Besiedlung eines Patienten mit MRE sowie über erforderliche Maßnahmen zur Verhütung einer Weiterverbreitung dieser Krankheitserreger zu informieren.

Für die Überwachung der Einhaltung der Regelungen gemäß § 23 IfSG und der Hygieneverordnung in den Krankenhäusern sind die Berliner Gesundheitsämter verantwortlich. Die Leitungen der Krankenhäuser ermöglichen dem zuständigen Gesundheitsamt die Wahrnehmung dieser Aufgaben.

Transparenzinformationen im Sinne öffentlich zugänglicher und allgemein verständlicher Information zu relevanten Hygienekriterien sind zu begrüßen. Auf der Grundlage des § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss bisher lediglich Angaben zur Anzahl von Hygienefachpersonal vorgegeben, die in den strukturierten Qualitätsberichten veröffentlicht werden müssen. Nach Festlegung von Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität in Krankenhäusern durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 137 Abs. 1a SGB V haben die Krankenhäuser diese Indikatoren ebenfalls zu erfassen und, soweit gefordert, zu veröffentlichen.

9. Analyse der Krankenhausversorgung und Bedarfsermittlung

9.1. Analyse der Krankenhausversorgungssituation

Die Krankenhausversorgungssituation lässt sich über ausgewählte Kennziffern aus der amtlichen Krankenhausstatistik zu den Krankenhauskapazitäten und den erbrachten Leistungen beschreiben. Dabei werden üblicherweise über Bettenzahlen (absolute Anzahl, Betten je 10.000 Einwohner, Bettenauslastung) der quantitative Umfang der Versorgungskapazitäten und über Fallzahlen und Verweildauern die Versorgungsleistungen in den einzelnen Fachgebieten dargestellt.

Tab. 9.1.–1: Im Jahresdurchschnitt aufgestellte vollstationäre Krankenhausbetten, Berlin 2008, 2013 und 2017

Fachgebiet	Betten absolut				Betten je 10.000 Einwohner ¹⁾				
	2008	2013	2017	Veränderung 2008 zu 2017	2008	2013	2017	Veränderung 2008 zu 2013 in Prozent	Veränderung 2013 zu 2017 in Prozent
Augenheilkunde	285	260	234	-51	0,8	0,8	0,7	-8,1	-14,9
Chirurgie ²⁾	5.210	4.957	5.015	-195	15,2	14,6	14,0	-4,0	-4,4
Frauenheilk. u. Geburtsh.	1.226	1.189	1.091	-135	3,6	3,1	3,0	-12,2	-3,4
Hals-Nasen-Ohrenheilk.	386	347	346	-40	1,1	1,0	1,0	-9,4	-5,7
Haut- u. Geschlechtsk.	175	228	201	26	0,5	0,7	0,6	31,3	-16,6
Innere Medizin ³⁾	5.829	6.141	6.211	382	17,0	18,1	17,3	6,2	-4,4
Geriatrie	1.092	1.389	1.687	595	3,2	4,1	4,7	28,6	14,5
Kinder- und Jugendmedizin	746	741	729	-17	2,2	2,2	2,0	1,0	-7,8
Kinder- u. Jugendpsych.	160	200	195	35	0,5	0,6	0,5	28,4	-9,6
Mund-Kiefer-Gesichtschir.	128	112	109	-19	0,4	0,3	0,3	-11,8	-8,0
Neurochirurgie	340	355	367	27	1,0	1,0	1,0	5,2	-2,2
Neurologie	762	853	1.000	238	2,2	2,5	2,8	12,8	10,9
Nuklearmedizin	34	41	42	8	0,1	0,1	0,1	21,5	-3,1
Psychiatrie	2.056	2.210	2.230	174	6,0	6,5	6,2	8,3	-4,6
Psychosomatik	153	187	184	31	0,4	0,6	0,5	23,2	-7,0
Strahlentherapie	133	121	113	-20	0,4	0,4	0,3	-8,3	-11,7
Urologie	491	506	530	39	1,4	1,5	1,5	3,8	-1,0
Sonstige Fachbereiche	181	233	106	-75	0,5	0,7	0,3	29,7	-57,0
Summe	19.387	20.070	20.390	1.003	56,7	59,1	56,7	-4,4	-4,0

¹⁾ Basis Durchschnittsbevölkerung gemäß Bev.-Fortschreibung, Zensuskorrektur ab 2011

²⁾ gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie

³⁾ ohne Geriatrie

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen

Im Durchschnitt des Jahres 2017 wurden in Berliner Krankenhäusern 20.390 vollstationäre Betten aufgestellt und betrieben. In Relation zur Bevölkerungszahl (durchschnittliche Bevölkerung) des Landes Berlin sind das 56,7 vollstationäre Betten je 10.000 Einwohner (Bettendichte).

Bezogen auf das Ausgangsjahr 2008 in der Tab. 9.1.-1 wurden bis zum Jahr 2017 1.003 vollstationäre Betten neu aufgebaut, das entspricht rund fünf Prozent der Kapazitäten. Im betrachteten Zeitraum von 2008 bis 2017 ist ein jährlich steigender Aufwuchs der aufgestellten Bettenkapazitäten festzustellen.

Tab. 9.1.–2: Vollstationäre Krankenhaufälle je 10.000 Einwohner, Berlin 2008, 2013 und 2017

Fachgebiet	Fälle je 10.000 Einwohner ¹⁾				
	2008	2013	2017	Veränderung 2008 zu 2013 in Prozent	Veränderung 2013 zu 2017 in Prozent
Augenheilkunde	57,3	59,4	64,2	3,7	8,1
Chirurgie ²⁾	616,1	647,7	700,3	5,1	8,1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	234,5	239,0	245,2	1,9	2,6
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	63,4	76,2	73,0	20,2	-4,2
Haut- und Geschlechtskrankheiten	24,6	33,9	33,7	37,8	-0,6
Innere Medizin ³⁾	735,0	891,3	891,4	21,3	0,0
Geriatric	65,6	88,9	101,0	35,5	13,6
Kinder- und Jugendmedizin	108,8	111,9	110,4	2,8	-1,4
Kinder- und Jugendpsychiatrie	4,9	5,8	5,7	18,4	-1,7
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	17,1	19,5	18,3	14,0	-6,2
Neurochirurgie	35,8	40,4	49,1	12,8	21,5
Neurologie	95,2	121,4	128,9	27,5	6,2
Nuklearmedizin	6,8	6,8	6,2	0,0	-8,8
Psychiatrie	112,8	118,7	104,3	5,2	-12,1
Psychosomatik	5,5	5,9	6,2	7,3	5,1
Strahlentherapie	11,0	10,3	9,3	-6,4	-9,7
Urologie	80,9	89,9	100,0	11,1	11,2
Sonstige Fachbereiche	12,5	5,8	4,2	-53,6	-27,6
Insgesamt	2.091,0	2.336,3	2.401,3	11,7	2,8

¹⁾ Basis Durchschnittsbevölkerung gemäß Bev.-Fortschreibung nach Zensuskorrektur 2011

²⁾ gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie

³⁾ ohne Geriatric

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen

Die Fallhäufigkeit je 10.000 Einwohner erhöhte sich von 2008 bis zum Jahre 2017 insgesamt um knapp 15 Prozent, wobei sich der Anstieg in den Jahren nach 2013 deutlich abschwächte (Erhöhung 2013 zu 2017 2,8 Prozent). Die Fachgebiete Geriatric (13,6 Prozent von 2013 zu 2017) und Neurochirurgie (21,5 Prozent von 2013 zu 2017) verzeichnen den stärksten Anstieg. Dagegen ging die Fallhäufigkeit in der Psychiatrie um rund 12 Prozent von 2013 bis 2017 zurück.

Tab. 9.1.–3: Krankenhausverweildauer, Berlin 2008, 2013 und 2017

Fachgebiet	Verweildauer (in Tagen)				
	2008	2013	2017	Veränderung 2008 zu 2013 in Prozent	Veränderung 2013 zu 2017 in Prozent
Augenheilkunde	3,3	2,6	2,4	-21,2	-7,7
Chirurgie ¹⁾	6,7	6,3	5,6	-6,0	-11,1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4,0	3,6	3,4	-10,0	-5,6
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4,1	3,5	3,3	-14,6	-5,7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6,8	5,7	5,5	-16,2	-3,5
Innere Medizin ²⁾	7,2	6,1	6,0	-15,3	-1,6
Geriatric	17,9	17,0	16,7	-5,0	-1,8
Kinder- und Jugendmedizin	5,2	5,0	5,1	-3,8	2,0
Kinder- und Jugendpsychiatrie	33,2	35,8	33,4	7,8	-6,7
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	4,2	3,6	3,4	-14,3	-5,6
Neurochirurgie	8,2	7,5	6,6	-8,5	-12,0
Neurologie	7,2	6,6	6,7	-8,3	1,5
Nuklearmedizin	3,7	3,7	3,3	0,0	-10,8
Psychiatrie	19,1	19,5	22,5	2,1	15,4
Psychosomatik	29,6	32,5	27,4	9,8	-15,7
Strahlentherapie	10,4	8,8	9,6	-15,4	9,1
Urologie	4,8	4,7	4,4	-2,1	-6,4
Sonstige Fachbereiche	10,9	36,4	24,3	233,9	-33,2
Gesamt	8,1	7,6	7,3	-6,2	-3,9

¹⁾ gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie

²⁾ ohne Geriatric

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen

Der Trend zu kürzeren Verweildauern setzte sich in den letzten Jahren weiter in zunehmend abgeschwächter Form fort. Im Zeitraum 2008 bis 2017 reduzierte sich die durchschnittliche Behandlungsdauer um 0,8 Tage, das entspricht einem Rückgang von rund 10 Prozent. Im Fachgebiet Psychiatrie ist im Jahr 2017 nach einem nur leichten Anstieg zwischen 2008 und 2013 ein deutlicher Anstieg der Verweildauer festzustellen.

Bei kontinuierlicher Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus führte die weiter erheblich gestiegene Zahl der Behandlungsfälle zu einer weiteren Erhöhung der Auslastung der Kapazitäten (Tab. 9.1.-4).

Tab. 9.1.–4: Auslastung der vollstationären Krankenhausbetten, Berlin 2008, 2013 und 2017

Fachgebiet	Auslastung (in Prozent)				
	2008	2013	2017	Veränderung 2008 zu 2013 in Prozent	Veränderung 2013 zu 2017 in Prozent
Augenheilkunde	62,8	54,9	66,0	-12,6	20,2
Chirurgie ¹⁾	75,8	76,1	76,5	0,4	0,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	71,2	68,0	75,6	-4,5	11,2
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	63,2	70,9	69,5	12,2	-2,0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	89,2	79,6	90,6	-10,8	13,8
Innere Medizin ²⁾	85,4	83,0	84,3	-2,8	1,6
Geriatrie	98,3	101,5	98,6	3,3	-2,9
Kinder- und Jugendmedizin	71,5	69,9	76,0	-2,2	8,7
Kinder- und Jugendpsychiatrie	94,3	96,5	96,2	2,3	-0,3
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	52,3	59,0	56,8	12,8	-3,7
Neurochirurgie	80,9	79,5	87,1	-1,7	9,6
Neurologie	84,5	87,1	85,5	3,1	-1,8
Nuklearmedizin	69,8	57,7	48,4	-17,3	-16,1
Psychiatrie	98,3	97,7	103,6	-0,6	6,0
Psychosomatik	98,7	95,0	90,5	-3,7	-4,7
Strahlentherapie	79,8	70,0	78,0	-12,3	11,4
Urologie	74,7	77,6	80,9	3,9	4,3
Sonstige Fachbereiche	70,8	84,4	95,4	19,2	13,0
Gesamt	82,0	82,2	84,5	0,2	2,8

¹⁾ gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie

²⁾ ohne Geriatrie

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen

Die Entwicklung der Berliner Versorgungssituation im Vergleich der Bundesländer

Die Abbildungen 9.1.–1 bis 9.1.–3 und Tab. 9.1.–5 zeigen den bis zum Jahr 2017 in Berlin erreichten Stand bezüglich der Bettendichte, Krankenhausverweildauer, Bettenauslastung und Krankenhausfallzahl im Vergleich mit den anderen Bundesländern.

Die umlandversorgungsbereinigte bevölkerungsbezogene Bettendichte liegt in Berlin weiter deutlich unter dem Bundesdurchschnitt und ist mit Baden-Württemberg, Hamburg und Bremen im Ländervergleich die geringste (Abb. 9.1.–1).

Es werden dabei die tatsächlich zur Versorgung der Wohnbevölkerung verfügbaren Betten berücksichtigt. Die in anderen Bundesländern von Berlinern in Anspruch genommenen Kapazitäten sind herausgerechnet.

Die unbereinigte Bettendichte berücksichtigt dagegen alle in einem Land vorgehaltenen Bettenkapazitäten, unabhängig davon, inwieweit diese Betten zur Versorgung der eigenen Wohnbevölkerung oder auch für andere Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz außerhalb Berlins zur Verfügung stehen.

Der in Abb. 9.1.–1 dargestellte Ländervergleich der unbereinigten und der umlandversorgungsbereinigten Bettendichten zeigt, dass insbesondere in den Stadtstaaten – so

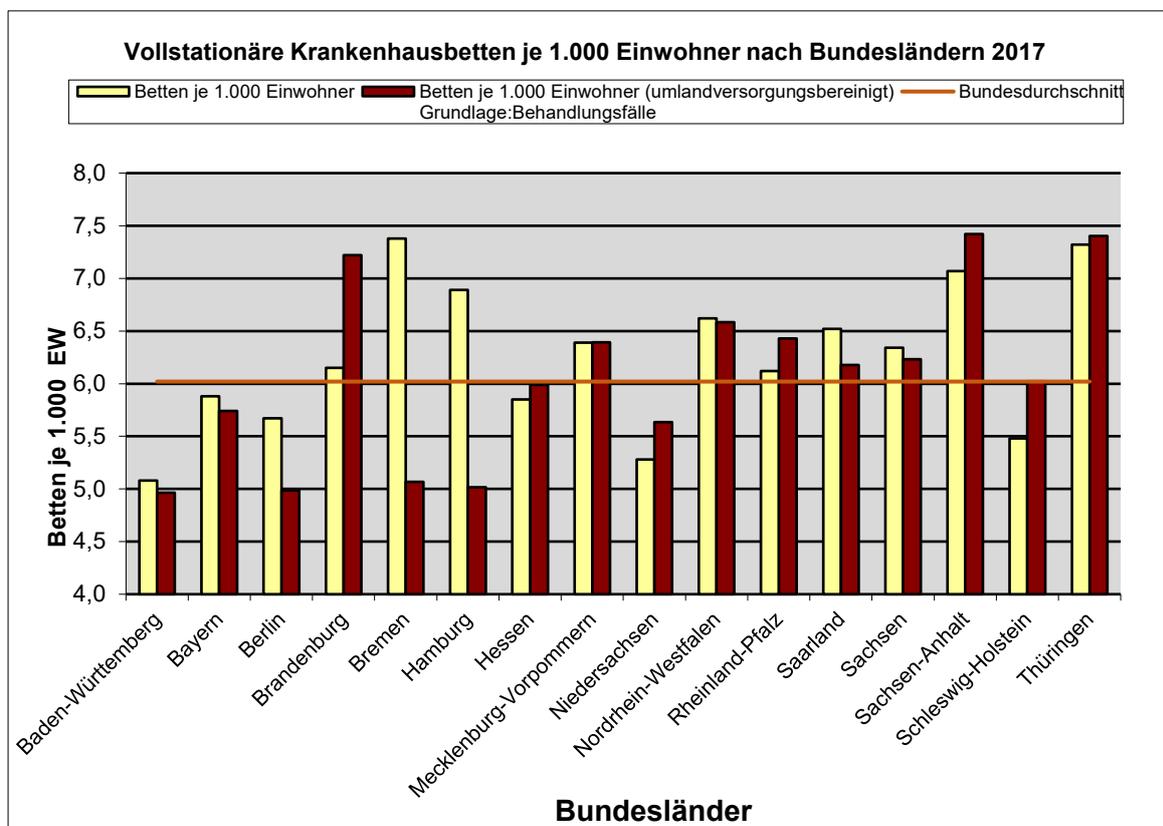
auch in Berlin – ein wesentlicher Teil der tatsächlich vorhandenen Bettenkapazität zur Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Umland (bzw. aus anderen Bundesländern) zur Verfügung gestellt wird. Demzufolge liegt die in Berlin tatsächlich von der Wohnbevölkerung in Anspruch genommene (umlandversorgungsbereinigte) Bettenkapazität deutlich unter der unbereinigten Bettendichte. Die Abbildung zeigt, dass sich die Verhältnisse im Berlin umgebenden Land Brandenburg etwa umgekehrt verhalten.

Berlin hat nach dem Saarland in der Krankenhausversorgung mit 84,5 Prozent die zweithöchste Bettenauslastung (Abb. 9.1.–2) aller Länder. Die besonders hohe Auslastung im Saarland wird seit Jahren beobachtet.

Die bevölkerungsbezogene vollstationäre Krankenhausfallzahl der Berliner Krankenhäuser (Abb. 9.1.–3) liegt leicht über dem Durchschnitt der Bundesländer. Hierbei werden jedoch auch nichtberliner Behandlungsfälle berücksichtigt. Aussagefähiger ist deshalb – wie schon bei der Betrachtung der Bettenausstattung – der Bevölkerungsbezug der Krankenhausfallzahl der Berliner Einwohner. Umlandversorgungsbereinigt ist diese Fallzahl im Ländervergleich nach Baden-Württemberg und Hamburg am geringsten und liegt in Berlin rund 10 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Berliner wurden in vergleichsweise geringem Umfang ins Krankenhaus aufgenommen. Dies wird auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein (Bevölkerungsstruktur, leistungsfähige ambulante Versorgung – auch durch Krankenhäuser, umfangreiche teilstationäre Angebote etc.).

Auffällig ist seit Jahren die geringe Krankenhausfallzahl Baden-Württembergs, die mit einer hohen Lebenserwartung assoziiert ist.

Abb. 9.1.–1:



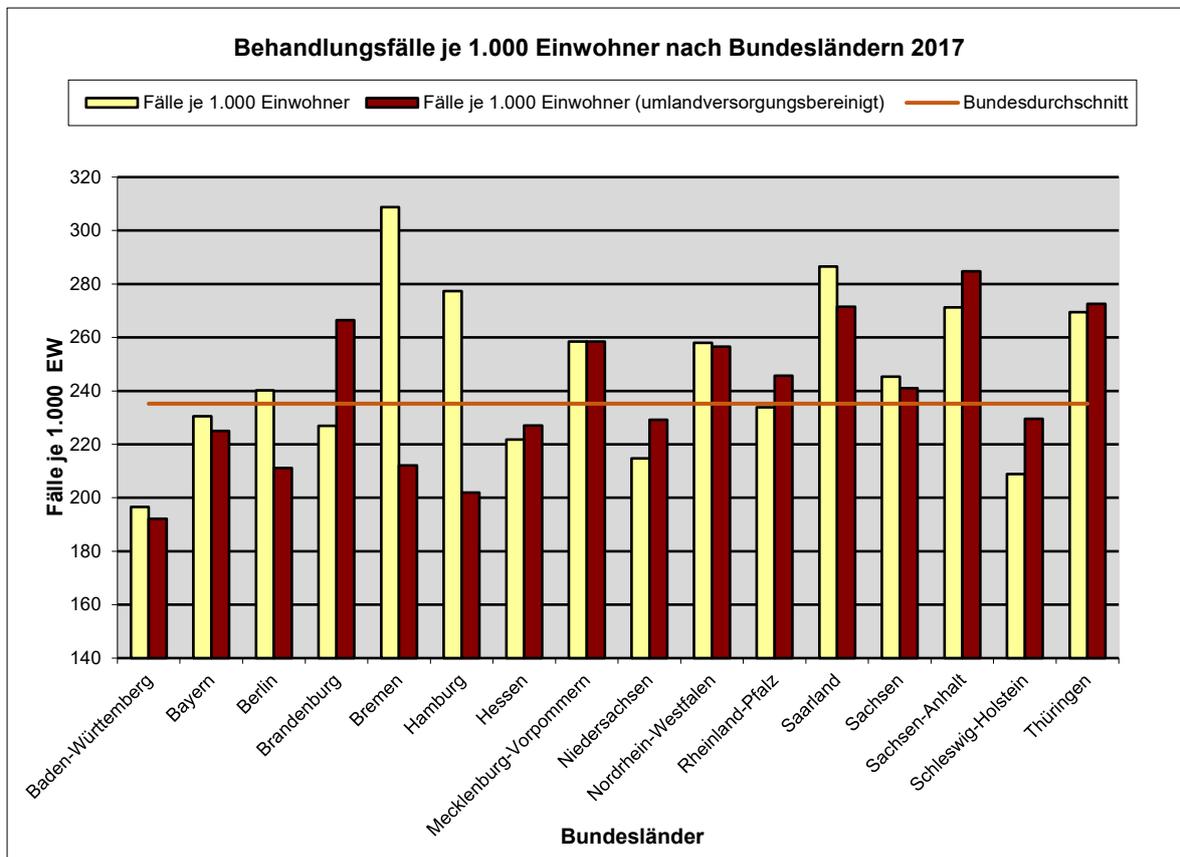
Quelle: Statistisches Bundesamt 2017 (Bevölkerung nach Zensuskorrektur 2011), eigene Berechnungen

Abb. 9.1.–2:



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Abb. 9.1.–3:



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Tab. 9.1.–5: Krankenhausverweildauer nach Ländern 2008, 2013 und 2017

Bundesländer	Verweildauer (in Tagen)		
	2008	2013	2017
Baden-Württemberg	8,2	7,6	7,3
Bayern	8,0	7,4	7,2
Berlin	8,1	7,6	7,3
Brandenburg	8,5	7,9	7,9
Bremen	7,7	7,1	6,9
Hamburg	8,2	7,8	7,5
Hessen	8,1	7,6	7,4
Mecklenburg-Vorpommern	7,7	7,1	6,9
Niedersachsen	8,1	7,4	7,1
Nordrhein-Westfalen	8,3	7,6	7,2
Rheinland-Pfalz	7,9	7,4	7,1
Saarland	8,1	7,5	7,1
Sachsen	8,1	7,5	7,4
Sachsen-Anhalt	8,0	7,3	7,1
Schleswig-Holstein	8,3	7,7	7,6
Thüringen	8,3	7,8	7,6
Deutschland	8,1	7,5	7,3

Quelle: Statistisches Bundesamt

Im Ländervergleich liegt Berlin bezüglich der Krankenhausverweildauer (Tab. 9.1.–5) im Bundesdurchschnitt.

Im betrachteten Zeitraum 2008 bis 2017 ging die Verweildauer in Berlin und im Bundesdurchschnitt jeweils um 0,8 Tage zurück.

Bettenangebot der Krankenhäuser am 30.06.2020

Die folgenden Darstellungen zum Bettenangebot der Berliner Krankenhäuser beruhen auf den ordnungsbehördlichen Genehmigungen des Landesamtes für Gesundheit und Soziales. Die Planungsentscheidungen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung beziehen sich grundsätzlich auf die Zahl der ordnungsbehördlich genehmigten Betten. Im Gegensatz zu den Daten der amtlichen Krankenhausstatistik (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistisches Bundesamt) im vorangegangenen Teil dieses Abschnitts, in dem die im Jahresdurchschnitt aufgestellten vollstationären Betten aller Berliner Krankenhäuser (außer Bundeswehrkrankenhaus) betrachtet wurden, stellt die Zahl der ordnungsbehördlich genehmigten Betten eine Stichtagsangabe dar, die auch die teilstationären Kapazitäten sowie die Betten des Bundeswehrkrankenhauses (Teil für die Zivilbevölkerung) beinhaltet.

Zum Stichtag 30.06.2020 wurden im Land Berlin in 52 Plankrankenhäusern 22.523 Krankenhausbetten betrieben, das entspricht 6,0 Betten je 1.000 Einwohner.

Insgesamt gab es am 30.06.2020 im Land Berlin 97 Krankenhäuser mit einer Gesamtkapazität von 23.200 Betten. Darunter sind 45 zumeist sehr kleine Krankenhäuser, die insgesamt 677 Betten betreiben und nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind.

Krankenhausbetten nach Trägerschaft

Zur Beurteilung der Trägervielfalt wird eine Darstellung des Versorgungsangebotes nach den in § 1 KHG genannten Trägerbereichen – öffentliche, freigemeinnützige, private und universitäre Träger – vorgenommen. Die Zuordnung der Krankenhäuser zu den Trägerbereichen blieb im Vergleich zum Krankenhausplan 2016 unverändert.

Tab. 9.1.–6: Krankenhausbetten in Plankrankenhäusern des Landes Berlin nach Trägerbereichen (stichtagsbezogen)

Trägerbereich	Krankenhausbetten, inkl. teilstationäre Plätze					
	31.12.2010		01.01.2015		30.06.2020	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
freigemeinnützig	8.736	41,8	8.819	41,3	9.438	41,9
öffentlich	5.841	27,9	6.222	29,2	6.611	29,4
privat	3.127	14,9	3.277	15,4	3.416	15,2
universitär	3.213	15,4	3.011	14,1	3.058	13,6
Summe	20.917	100,0	21.329	100,0	22.523	100,0

Quelle: eigene Berechnungen

Im Zeitraum ab 2010 bis 2020 hat sich der Bettenanteil in den Trägerbereichen nicht wesentlich verändert. Der Anteil in freigemeinnütziger Trägerschaft hat sich leicht erhöht, während der universitäre Bettenanteil sich weiter verringert hat.

Einen Vergleich Berlins mit dem Bundesdurchschnitt (Quelle: Stat. Bundesamt 2017, Grunddaten der Krankenhäuser) zeigt Tabelle 9.1.–7.

Tab. 9.1.–7: Vollstationäre Krankenhausbetten in Berlin nach Trägerbereichen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, 2017

Trägerbereich	Vollstationäre Krankenhausbetten 2017	
	in Prozent	
	Deutschland	Berlin
freigemeinnützig	33,2	42,0
öffentlich (inkl. universitär)	48,0	38,2
privat	18,7	19,7
Summe	100,0	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnungen

Im öffentlichen Trägerbereich sind hier die universitären Betten miterfasst. Obwohl in Berlin die universitären Betten für die Gesamtregion Berlin/Brandenburg vorgehalten werden, liegt der Anteil der Betten in öffentlicher Trägerschaft klar unter dem Bundesdurchschnitt. Im freigemeinnützigen Trägerbereich ist der Anteil in Berlin entsprechend größer.

Detaillierte Angaben zum Krankenhausversorgungsangebot nach Trägerbereichen, und Krankenhäusern in Berlin können der nachfolgenden Tabelle 9.1.–8 entnommen werden.

Tab. 9.1.–8: Bettenangebot (inkl. teilstationärer Plätze) in Berliner Plankrankenhäusern (einschl. Univ. Medizin) nach Trägerbereichen und Krankenhausstandorten, 30.06.2020

Trägerbereich	Krankenhausstandort	Betten (inkl. teilstationäre Plätze) Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung
freigemeinnützig	BETHEL	276
	BODELSCHWINGH KLINIK	163
	DOMINIKUS	253
	DRK-KÖPENICK	525
	DRK-MITTE	260
	DRK-WESTEND	527
	DRK-WIEGMANN	65
	ELISABETH KLINIK	169
	EV. GERIATRIEZENTRUM BERLIN	198
	EV. JOHANNESSTIFT	119
	EV. KH HUBERTUS	200
	EV. KH KÖN.ELISABETH	753
	EV. LUNGENKLINIK	152
	EV. WALDKH/SPANDAU	509
	FRANZISKUS	185
	GEMEINSCH-KH HAVELHÖHE	400
	HERZZENTRUM	196
	IMMANUEL/KL. BUCH	85
	IMMANUEL/KL. WSEE	205
	JÜDISCHES KH	331
	KL.FÜR MIC	64
	MALTESER	107
	MARIA HEIMSUCHUNG	245
	MARTIN-LUTHER-KH	339
	PAULINEN	148
	ST. GERTRAUDEN	384
	ST. HEDWIG/GR.HAMB.	433
	ST. HEDWIG/H.-HÖHE	477
	ST. JOSEPH/TEMPELHOF	495
	ST. JOSEPH/WEIßENSEE	361
ST. MARIEN/BERLIN	274	
TH.-WENZEL	370	
WALDFRIEDE	170	
Zwischensumme freigemeinnützig		9.438

Trägerbereich	Krankenhausstandort	Betten (inkl. teilstationäre Plätze) Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung
öffentlich	BUNDESWEHR-KH (ZIV.)	190
	UNFALLKH BERLIN	588
	VIV. AM URBAN	625
	VIV. AUGUSTE-VIKTORIA	572
	VIV. FRIEDRICHSHAIN	1.008
	VIV. HUMB./HUMBOLDT	698
	VIV. NEUKÖLLN	1.271
	VIV. SPANDAU/LYNAR	646
	VIV. WENCKEBACH	443
	VIV.HELLD./KAULSDORF	434
	VIV. IDA-WOLFF-KH	136
Zwischensumme öffentlich		6.611
privat	ARONA KLINIK	65
	AUGENKLINIK RC	15
	AUGENKLINIK MZ	51
	HAVELKLINIK	91
	HELIOS BEHRING	507
	HELIOS BUCH	1.096
	KL. SCHÖNEBERG	52
	KL. HELLE MITTE	8
	SANA LICHTENBERG	641
	MEDIAN KL. BERLIN	35
	PARK-KL. WEISSENSEE	358
	SCHLOSSPARK-KL.	362
	VITANAS-KH	105
WEST-KLINIK DAHLEM	30	
Zwischensumme privat		3.416
universitär	CHARITÉ - CAMPUS BENJAMIN FRANKLIN	890
	CHARITÉ - CAMPUS CHARITÉ MITTE	892
	CHARITÉ - CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM	1.276
Zwischensumme universitär		3.058
Berlin		22.523

9.2. Umsetzung des Berliner Krankenhausplans 2016

Im Vergleich zur Soll-Vorgabe gemäß den Feststellungsbescheiden zum Krankenhausplan 2016 (22.159 Betten) waren zum Stichtag 30.06.2020 insgesamt 22.523 Betten in den Plankrankenhäusern des Landes Berlin und der Charité – Universitätsmedizin Berlin ordnungsbehördlich genehmigt. Das Bettenangebot lag damit um 364 Betten über der Soll-Vorgabe der letzten Planfortschreibung (vergleiche Tab. 9.2.).

Im Zuge der Überprüfung des Krankenhausplans 2016 (Soll: 21.988 Betten) im Jahr 2018 erfolgten insbesondere im Fachgebiet Geriatrie und in den psychiatrischen Fachgebieten Bettenanpassungen an einen gestiegenen Bedarf. Die Umsetzung wurde gemäß § 6 LKG mit Einzelfallentscheidungen vorgenommen.

Im Planungszeitraum wurde die Aufgabe der Vivantes-Standorte Prenzlauer Berg (Fröbelstraße) und Hellersdorf (Brebacher Weg) vollzogen.

In einigen Plankrankenhäusern werden weiterhin mehr Betten betrieben als im Krankenhausplan vorgesehen.

Tab 9.2.: Krankenhausversorgungsangebot in Plankrankenhäusern des Landes Berlin (Ist 01.01.2015 und 30.06.2020), geplantes Bettenangebot nach dem Krankenhausplan 2016 (Soll – Alt)

Fachgebiet	Krankenhausbetten in Plankrankenhäusern			
	Ist 01.01.2015	Ist 30.06.2020	Soll-Alt KH-Plan 2016 gem. FB, Stand: 30.6.2020	Differenz Soll-Alt zu Ist 30.06.2020
Augenheilkunde	235	226	204	-22
Chirurgie ¹⁾	4.993	5.105	4.868	-237
Frauenheilk. u. Geburtshilfe	1.146	1.090	1.116	26
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	366	364	342	-22
Haut- und Geschlechtskrankh.	253	267	255	-12
Innere Medizin ²⁾	6.188	6.536	6.250	-286
Geriatrie	1.699	2.079	2.152	73
Kinder- und Jugendmedizin	751	779	765	-14
Kinder- und Jugendpsychiatrie	350	425	467	42
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	76	78	72	-6
Neurochirurgie	339	408	398	-10
Neurologie	986	1.044	1.102	58
Nuklearmedizin ³⁾	42	30	32	2
Physik. u. Rehabil. Medizin	0	0	27	27
Psychiatrie	2.823	3.146	3.240	94
Psychosomatik	239	291	255	-36
Strahlentherapie ³⁾	123	107	91	-16
Urologie	518	548	523	-25
Sonst. Fachbereiche	202	0	0	0
Summe	21329	22.523	22.159	-364

¹⁾ gem. Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie

²⁾ ohne Geriatrie

³⁾ Betten der Abteilung Strahlenheilkunde/Nuklearmedizin des Vivantes Klinikums Neukölln anteilig den Fachgebieten Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde mit jeweils 10 Betten zugeordnet

9.3. Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2025 - Bevölkerungsprognose

Der Senat hat mit Beschluss vom 25. Februar 2020 die Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 für Berlin und die Bezirke verabschiedet, die eine wichtige Grundlage für die Bedarfsprognose des Krankenhausplans 2020 darstellt. 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 2018 bis 2025 (Ende des Gültigkeitszeitraumes des neuen Krankenhausplans 2020) wird ein Bevölkerungszuwachs von rund 140.000 prognostiziert, auf dann 3,888 Millionen Personen. Bis 2030 wird die Bevölkerung laut Prognose auf insgesamt 3,925 Millionen Einwohner angewachsen sein.

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren wird um knapp 13 Prozent (+ 79.000 Personen) steigen.

Die Gruppe der erwerbsfähigen Personen, d.h. zwischen 18 und unter 65 Jahren, wird in etwa um ein Prozent steigen (+18.000 Personen).

Die Zahl der älteren Menschen (ab 65 Jahre) wird bis zum Jahr 2030 etwa 11 Prozent zunehmen (+ 80.000 Personen), die Zahl der Hochbetagten (80 Jahre und älter) um etwa 16 Prozent (+ 33.000 Personen).

Die demografische Alterung lässt eine weiter steigende Inanspruchnahme von stationären Kapazitäten erwarten. Insbesondere in der Gruppe der Hochbetagten besteht im Krankheitsfall eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass eine Krankenhausaufnahme erforderlich wird.

Insgesamt wird erwartet, dass sich das Bevölkerungswachstum insbesondere nach 2025 deutlich abschwächt.

Im ersten Halbjahr 2020 ist gegen den erwarteten Trend sogar erstmals seit vielen Jahren ein leichter Rückgang der Einwohnerzahl festzustellen. Dabei könnte es sich aber um einen Einmaleffekt handeln. Die Entwicklung ist weiter zu beobachten.

Die absehbare demografische Entwicklung hat einen wesentlichen und vergleichsweise gut zu prognostizierenden Einfluss auf den zu erwartenden Bedarf an Krankenhauskapazitäten in Berlin.

Im Vergleich zu den vorhergehenden Bevölkerungsprognosen hat sich – bedingt durch unerwartet starken Zuzug – der Bevölkerungsanteil in den jüngeren und mittleren Altersgruppen weiter deutlich erhöht.

In einigen Fachabteilungen sind Fallzahl- und Verweildauerentwicklung in besonderem Maße von der Altersstruktur abhängig. Insbesondere sind hier die Pädiatrie sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu nennen.

In den höheren Altersgruppen hat sich die Dynamik im Vergleich zur letzten Bevölkerungsprognose dagegen kaum verändert.

Tab. 9.3.–1.: Bevölkerungsstand in Berlin 2017 und Bevölkerungsprognose 2025 nach Altersgruppen (Grundlage: Melderegister)

Altersgruppen (in Jahren)	2017		2025 (Prognose, mittlere Variante)	
	Bevölkerung (absolut)	Prozent-Anteil an Gesamt- bevölkerung	Bevölkerung (absolut)	Prozent-Anteil an Gesamt- bevölkerung
00 - unter 01	36.832	1	41.786	1,1
01 - unter 05	150.228	4	161.643	4,2
05 - unter 10	166.865	4,5	186.251	4,8
10 - unter 15	148.312	4	170.469	4,4
15 - unter 20	148.629	4	163.486	4,2
20 - unter 25	200.941	5,4	201.868	5,2
25 - unter 30	306.394	8,3	279.216	7,2
30 - unter 35	327.708	8,8	311.111	8
35 - unter 40	290.873	7,8	330.823	8,5
40 - unter 45	235.626	6,3	293.598	7,6
45 - unter 50	251.031	6,8	256.172	6,6
50 - unter 55	286.889	7,7	228.131	5,9
55 - unter 60	250.115	6,7	254.479	6,5
60 - unter 65	202.314	5,5	258.274	6,6
65 - unter 70	186.740	5	199.765	5,1
70 - unter 75	155.708	4,2	167.355	4,3
75 - unter 80	175.014	4,7	135.622	3,5
80 - unter 85	111.281	3	124.068	3,2
85 - unter 90	51.552	1,4	88.346	2,3
90 - unter 95	21.891	0,6	28.583	0,7
95 und älter	6.987	0,2	7.342	0,3
Insgesamt	3.711.930	100,0	3.888.386	100,0

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, MR am 31.12.2017
 SenStadtWohn, Bevölkerungsprognose für Berlin 2018 bis 2030 gemäß
 MR, mittlere Variante

Die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung nach den Regionen des Krankenhausplans lässt erkennen, dass sich das Bevölkerungswachstum relativ ausgewogen auf die Regionen verteilt, mit Ausnahme der Region Südwest (nur + 8 Tausend Ew.).

Tab. 9.3.–2: Bevölkerung (MR) in Berlin 2013 und 2017 sowie Bevölkerungsprognose (2025) nach Versorgungsregionen

Versorgungs-Region	Bevölkerung absolut in 1.000 Einwohner		
	2013	2017	2025 (Prognose)
Mitte	621,6	661,9	697,2
Nord	628,9	665,9	707,5
Ost	519,1	552,9	595,3
Südost	568,1	594,4	625,9
Südwest	630	655,8	663,8
West	549,7	581	598,6
Berlin	3.517,4	3.711,9	3.888,4

Quellen: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bevölkerung gemäß Melderegister am 31.12.2013 und 31.12.2017

SenStadtWohn, Bevölkerungsprognose

9.4. Bedarfsermittlung und -prognose

9.4.1. Normauslastung

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

Im Rahmen der gemeinsamen Krankenhausplanung haben sich Brandenburg und Berlin auf den gleichen Maßstab für die Bestimmung einer verweildauerabhängigen Normauslastung verständigt.

In Berlin erreichten 2017 (AfS Daten) bereits fünf Fachgebiete eine mittlere Verweildauer von weniger als 3,5 Tagen. Für diese sehr kurzen Verweilzeiten im Krankenhaus bleibt es bei der bereits im Krankenhausplan 2016 vorgegebenen Normauslastung von 77,5 Prozent.

Im Übrigen behalten die bestehenden Vorgaben zur Normauslastung weiter Gültigkeit.

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 getroffen:

Fachgebiete	Normauslastung (%)
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 2017 folgende fachabteilungsbezogene Normauslastungen:

Fachgebiet	Normauslastung (%)	Fachgebiet	Normauslastung (%)
Augenheilkunde	77,5	Neurochirurgie	85
Chirurgie*)	85	Neurologie	85
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	77,5	Nuklearmedizin	77,5
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	77,5	Strahlentherapie	85
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	85	Urologie	80
Innere Medizin	85	Physik. und Rehabilitative Medizin	85
Geriatric	90	Kinder- und Jugendpsychiatrie	90
Kinder- und Jugendmedizin	75	Psychiatrie	90
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	77,5	Psychosomatik	90

*) gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie u. Plastische Chirurgie

Auf der Ebene einzelner Krankenhäuser sind die im jeweiligen Krankenhaus beobachteten Verweildauern für die Festlegung der Normauslastung maßgeblich. Deshalb können die krankenhausesbezogenen Normauslastungen für bestimmte Fachabteilungen von den auf Berlin insgesamt bezogenen Normauslastungen abweichen.

9.4.2. Bedarfsanalyse für die somatischen Fachgebiete

Berechnung des Bettenbedarfs

Für die Bedarfsanalyse findet unter Berücksichtigung demografischer Faktoren bei der Prognose des Bettenbedarfs die Hill-Burton-Formel auch für den Krankenhausplan 2020 weiter Anwendung.

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 wird der unter Berücksichtigung der Leistungsentwicklung mittels Hill-Burton-Formel und nach fachlicher Bewertung im Landesbeirat für psychische Gesundheit im Land Berlin ermittelte Bedarf für das Land Berlin insgesamt in Bettenmessziffern ausgedrückt. Die Bettenmessziffern bilden die Grundlage für die regionalisierten Bedarfsberechnungen.

Die nachstehende Tabelle umfasst Leistungs- und Kapazitätsdaten des Jahres 2017.

Tab.9.4.2.: Benötigte vollstationäre Betten 2017 bei Normauslastung

Fachgebiet	Amtl. Krankenhaus-Statistik - Daten 2017 ¹⁾					Norm-auslastung KH-Plan 2020 (in Prozent)	2017 benötigte vollstat. Betten (bei Normaus- lastung)
	Fälle	Verweildauer (in Tagen)	Pflege tage (in 1.000)	aufgestellte vollstat. Betten	Auslastung (in Prozent)		
Augenheilkunde	23.092	2,4	56	234	66	77,5	199
Chirurgie ²⁾	251.687	5,6	1.400	5.015	76,5	85	4.514
dar. Herzchirurgie	5.094	9,3	47	147	88,4	85	144
Frauenh. u. Geb.	88.111	3,4	301	1.091	75,6	77,5	1064
HNO-Heilkunde	26.225	3,3	88	346	69,5	77,5	310
Haut- u. Geschl.	12.111	5,5	67	201	90,6	85	214
Innere Medizin ³⁾	320.373	6	1.911	6.211	84,3	85	6161
Geriatric	36.301	16,7	607	1.687	98,6	90	1849
Kinder- u. Jugendmedizin	39.675	5,1	202	729	76	75	739
MKG	6.572	3,4	23	109	56,8	77,5	80
Neurochirurgie	17.638	6,6	117	367	87,1	85	376
Neurologie	46.336	6,7	312	1000	85,5	85	1006
Nuklearmedizin	2.221	3,3	7	42	48,5	77,5	26
Strahlenheilk.	3.339	9,6	32	113	78,0	85	104
Urologie	35.939	4,4	157	530	80,9	80	536
Sonstige ⁴⁾	1.522	24,3	37	106	95,4	85	119
insgesamt somat.	821.356	6,5	5.317	17.781	81,9		17.297
KJPsych.	2.047	33,4	68	195	96,2	90	208
Psychiatrie	37.488	22,5	843	2.230	103,6	90	2.568
Psychosomatik	2.215	27,4	61	184	90,5	90	185
insgesamt Psych.	41.714	23,3	973	2.609	102,1		2.961
Zusammen	863.070	7,3	6.290	20.390	84,5		20.258

¹⁾ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhausstatistik-Verordnung, Teil 1 Grunddaten 2017

²⁾ gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie

³⁾ ohne Geriatric

⁴⁾ inkl. Physikalische und Rehabilitative Medizin

Die Versorgung in den somatischen Fachgebieten war 2017 bezogen auf die Gesamtbettenkapazität mit den in den Krankenhausplan 2016 aufgenommenen Betten sichergestellt:

Von den im Jahr 2017 jahresdurchschnittlich aufgestellten 17.781 Betten sind unter Berücksichtigung der fachabteilungsbezogenen Normauslastung 17.297 als bedarfsgerecht einzuschätzen (inkl. Bundeswehrkrankenhaus: 17.482 Betten). In Abzug zu bringen sind die Kapazitäten der sogenannten Komfortkliniken, die in räumlicher Nähe zu einem Plankrankenhaus liegen und ohne selbst in den Krankenhausplan aufgenommen zu sein mit diesem organisatorisch verbunden sind. Diese ordnungsbehördlich genehmigten Krankenhäuser, die in jeweils eigener Trägerschaft betrieben werden, decken mit rund 185 Betten einen Teil des insgesamt zu beplanenden Bedarfs. Damit sind im Saldo 17.297 (bzw. 20.263 einschl. Psychiatrie mit 5 Betten Bundeswehrkrankenhaus) Planbetten in Plankrankenhäusern als bedarfsgerecht anzusehen.

In den Krankenhausplan 2016 waren gemäß Feststellungsbescheid rund 17.566 vollstationäre somatische Betten aufgenommen.

Damit ist insgesamt die Krankenhausversorgung der Bevölkerung im somatischen Bereich mit Planbetten sichergestellt.

Im Fachgebiet Geriatrie besteht jedoch Handlungsbedarf, da die vorgegebene Normauslastung (90 Prozent) deutlich überschritten wird.

Das gleiche gilt für die psychiatrischen Fachgebiete. Auch hier wird die vorgegebene Normauslastung klar überschritten. Der Bedarf wird hier gemäß den Empfehlungen des Landesbeirats für psychische Gesundheit gesondert festgestellt.

Für den gesamten vollstationären Bereich ergibt sich:

Für die Versorgung im Jahr 2017 wurden rund 20.265 (inkl. 190 Betten Bundeswehrkrankenhaus, ohne 185 Betten in Komfortkliniken) vollstationäre Betten benötigt ($20.260 + 190 - 185 = 20.265$).

Dafür standen rund 20.340 in den Krankenhausplan aufgenommene vollstationäre Betten zur Verfügung.

9.4.3. Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (die drei so genannten P-Fächer) leben insbesondere von einer wohnortnahen Versorgungsstruktur, die in ein differenziertes außerklinisches Beratungs- und Hilfesystem eingebettet ist, und mit diesem strukturiert vernetzt arbeitet.

Auch im Krankenhausplan 2020 wird die Bedarfsberechnung für diese Fachgebiete – abweichend von dem Verfahren in den somatischen Fächern – anhand von Kapazitätsmessziffern (früher: „Bettenmessziffern“) vorgenommen.

Die Berechnungsmethode zum Krankenhausplan 2020 entspricht dem Vorgehen zu den Krankenhausplänen 2010 und 2016. Dieses Planungsverfahren in der Psychiatrie wurde vom Verwaltungsgericht Berlin mit einem Urteil vom 25.2.2015 anerkannt (siehe Aktenzeichen VG 24 K 291.13: „Die Bedarfsberechnung des Beklagten für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt in Berlin in zwei Schritten: In einem ersten Schritt wird eine berlinweite Bettenmessziffer unter Berücksichtigung der Bedarfsdeterminanten Bevölkerungsentwicklung, Fallzahlentwicklung, durchschnittliche (berlinweite) Verweildauer und Auslastung ermittelt. Die zunächst rein rechnerisch nach der Burton-Hill-Formel ermittelte Bettenmessziffer wird in einem zweiten Schritt durch den Landespsychiatriebeirat fachlich bewertet, wobei eine qualitative Gewichtung nach Versorgungsschwerpunkten und regionalen Versorgungsstrukturen, insbesondere Komplementärstrukturen im ambulanten Bereich, erfolgt.“).

So wurde im Zuge der Krankenhausplanung zum Krankenhausplan 2020 die zu erwartende Auslastung in einem ersten Schritt entsprechend der Formel $((\text{Fallzahl} * \text{Verweildauer}) : 365) / \text{Plan-Betten gemäß KHP 2016}$ berechnet.

In einem zweiten Schritt wurden in Abstimmung mit Fachexperten aus dem Landesbeirat für psychische Gesundheit die Kapazitätsmessziffern in den so genannten P-Fächern zur regionalisierten Pflichtversorgung für den Krankenhausplan 2020 festgelegt.

Die Berliner Bezirke bilden als Verwaltungseinheiten die Pflichtversorgungsregionen für das psychiatrisch/psychotherapeutische und psychosomatische Versorgungssystem. Die zur Sicherstellung der Behandlung, Betreuung und Beratung erforderlichen Leistungen sind im bezirklichen Kontext zu etablieren. Die Grundlage für die Struktur des Versorgungssystems bildet das Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) aus dem Jahre 1997.

Entsprechend wird krankenhauserplanerisch das aus der berlinweiten Kapazitätsmessziffer hergeleitete Kontingent unter Zugrundelegung der prognostizierten Bezirksbevölkerungen, die sozialstrukturell gewichtet werden, zum Planungshorizont der jeweiligen Krankenhausplanung den Pflichtversorgungsregionen zugewiesen.

Die Festlegung der Kapazitätsmessziffern sowie grundsätzliche Aussagen zur Struktur und zur Zusammenarbeit fußen auf unabhängigen Fachgutachten, welche der Landesbeirat für psychische Gesundheit auf Anfrage des für Gesundheit zuständigen Mitglieds des Senats erstellt hat. Wie auch bei den zurückliegenden Krankenhausplanungen bilden diese Gutachten mit ihren strukturellen und quantitativen Aussagen die Grundlage für den vorliegenden Krankenhausplan 2020 in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Erwachsene)

Zum Krankenhausplan 2020 werden für den Bereich der Erwachsenen im Fachgutachten des Landesbeirats für psychische Gesundheit vom April 2019 für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusammengefasst folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Das Prinzip der bezirklichen Versorgungsverpflichtung soll beibehalten werden, um eine möglichst wohnortnahe Behandlung in Abstimmung mit dem ambulant-komplementären Versorgungssystem im bezirklichen Kontext zu gewährleisten, dem Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“ folgend.
 - Die ansteigende Bevölkerungszahl Berlins sowie die zunehmende Bereitschaft psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen, aktiv Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, machen, vor dem Hintergrund einer Auslastung klinischer Kapazitäten, die für beide Fachgebiete deutlich über der krankenhauserplanerischen Obergrenze liegt, einerseits eine bedarfsorientierte Anpassung der klinischen Kapazität, andererseits eine Förderung innovativer Versorgungsmodelle mit sektorübergreifender Verknüpfung und eine gestufte verbindliche Kooperation im Bezirk dringend erforderlich.
 - Die Anpassung soll insbesondere dazu genutzt werden, tagesklinische Kapazitäten zu erweitern, die Kooperation mit den vorhandenen überregionalen psychosomatischen Versorgungsangeboten zu fördern, innovative Versorgungsmodelle, wie die Modellprojekte nach §64b SGB V, die stationsäquivalente Behandlung (StäB), integrierte Versorgungsverträge und die Angebote der Teilhabe, zur flexiblen Nutzung von Behandlungsressourcen in den Pflichtversorgungsregionen (Bezirken), einzubeziehen.
 - Da die Berliner Versorgungsregionen die bundesweit empfohlene Größenordnung von 150.000 Einwohnern regelhaft überschreiten, sind zur besseren Erreichbarkeit und Integration in den Bezirk möglichst mehrere Standorte für tagesklinische Behandlung zu empfehlen. Kliniken, die mehr als 150.000 Einwohner versorgen, haben mindestens eine Tagesklinik außerhalb des Standortes vorzuhalten.
-

- Konzeptionell können die *psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken* – je nach Bedarf im Bezirk – Patienten direkt aufnehmen oder eine tagesklinische Behandlung nach der stationären anbieten. Es können 5 Tage/Woche-Tageskliniken, 6 bis 7 Tage/Woche-Tageskliniken, integrierte Tagesklinikplätze auf den Stationen, Tageskliniken für gerontopsychiatrische oder abhängigkeiterkrankte Patienten sein. Mit dem Ziel der Bedarfsgerechtigkeit und der Vermeidung von Wartezeiten hat jede Klinik tagesklinische Kapazitäten für die akute und direkte Aufnahme vorzuhalten.
- Die im Zusammenhang mit dem Landesbettenplan 2016 erfolgte Ausweitung der tagesklinischen psychosomatischen Behandlungsplätze wurde in der Zwischenzeit mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung umgesetzt. Die meisten der psychosomatischen tagesklinischen Behandlungsplätze sind derzeit Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie zugeordnet und bieten überwiegend ein *psychotherapeutisches Behandlungsangebot* an.
- Für *Tageskliniken mit psychosomatischen Schwerpunkt* empfiehlt der Beirat ein Konzept, das insbesondere der Weiter- oder Mitbehandlung von Krankheitsbildern der somatischen Fachgebiete dient, bei denen psychische Faktoren eine erhebliche Rolle in der Genese, Aggravation oder Symptomwahrnehmung spielen. Zielgruppe sind Patienten, für die die psychosomatische Grundversorgung durch die somatisch tätigen Ärzte nicht ausreicht bzw. die bislang ein ambivalentes Verständnis bezüglich der Beteiligung psychischer Prozesse an der Symptomentstehung haben. Aufgabe der Tagesklinik ist u. a. die differential-diagnostische Abklärung körperlicher Beschwerden und die integrierte psychosomatische Versorgung zur Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer psychosomatischer Behandlungen.
- Tageskliniken mit psychosomatischem Schwerpunkt unterstehen, soweit die Plätze im Landesbettenplan als psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungsplätze ausgewiesen sind, der Leitung durch einen Facharzt für Psychosomatik. Sie unterscheiden sich im Ausmaß somatischer Diagnostik und Therapie als integralen Teil der Behandlung. Die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter bestimmen sich anhand deren inhaltlichen Ausrichtung.
- Für eine klare Orientierung für Patienten und Behandler hält der Beirat es für notwendig, die tagesklinischen Angebote eindeutig entsprechend ihres Angebotes zu kennzeichnen in 1) Tageskliniken mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Schwerpunkt bzw. 2) Tageskliniken mit psychosomatisch-psychotherapeutischem Schwerpunkt bzw. 3) Tageskliniken mit psychosomatischem Schwerpunkt.
- In der Vergangenheit wurde psychiatriepolitisch angestrebt, dass sich unter Einbindung der Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik bezirklich ausgerichtete „klinische Zentren für seelische Gesundheit“ etablieren. Diese wurden in den aktuellen Empfehlungen als „Regionale Zentren für Psychische Gesundheit“ mit einem breiten Versorgungsauftrag (Aufnahme- und Entlassplanung u.v.m.) explizit ausgeführt. Die hier erbrachten Leistungen sollen abgestimmt und verbindlich mit den außerklinischen Behandlungs- und Betreuungsleistungen im Sinne gemeindepsychiatrischer Verbünde verknüpft werden. In den Zentren sollen auch Modelle der Kooperation mit somatischen Fachabteilungen sowie zur Vermeidung klinischer Behandlungsepisoden erprobt werden.
- Die therapeutischen Angebote sollen den lebensweltlichen Bezug wahren und zur Stärkung der Patientenautonomie sowie zur Inklusion psychisch erkrankter Menschen beitragen. Dabei stehen bei der Betreuung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen neben der Symptomreduktion insbesondere auch die Stärkung der eigenen Ressourcen im Sinne von Empowerment und Recovery-Konzepten sowie die Ermöglichung der Teilhabe in allen Lebensbereichen im Vordergrund.

- Für die Bettenplanung des universitären Bereiches sind neben Kapazitäten, die der Regelversorgung zugeordnet sind, Bettenkontingente, tagesklinische Behandlungsplätze und Institutsambulanzen für Forschung und Lehre in angemessener Weise vorzuhalten.

Darüber hinaus wurden u. a. Empfehlungen zur Strukturqualität, Prävention und ambulanten Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs sowie zur Versorgung spezifischer Patientengruppen formuliert.

Für die Bedarfsanalyse und -prognose des Krankenhausplans 2020 und die notwendigen Kapazitätsanpassungen bilden die fachlichen Empfehlungen des Landesbeirats für psychische Gesundheit die Grundlage. Die nachfolgend aufgeführten konkreten Zahlen und Inhalte wurden ergänzend unter Berücksichtigung der Auslastungszahlen der vergangenen fünf Jahre, der Rückmeldungen zur aktuellen Bedarfssituation aus den Bezirken und der Komplementärstrukturen im ambulanten Bereich von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung mit Fachexperten aus dem Landesbeirat für psychische Gesundheit im Rahmen einer „Facharbeitsgruppe – Krankenhausplanung der P-Fächer“ unter Leitung des Landespsychiatriebeauftragten erarbeitet und mit den unmittelbar Beteiligten gemäß § 5 Abs. 1 LKG abgestimmt.

Die Auslastung der vorgehaltenen Betten und Plätze im Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie übersteigt die Normauslastung von 90 Prozent in den vergangenen Jahren deutlich und fortwährend; im Jahr 2018 lag sie bei 103,5 Prozent. Auch im Fachbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird die Normauslastung von 90 Prozent – wenn auch geringfügiger als im Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie – überschritten: Im Jahr 2018 lag die entsprechende Auslastung der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser bei 90,8 Prozent (Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg).

Dabei ist anzumerken, dass Ende 2018 noch 113 der 3.481 im KHP 2016 ausgewiesenen Betten/Plätze in den beiden Fachbereichen umzusetzen waren und im Jahr 2019 noch immer ausstehende Kapazitäten aus dem KHP 2016 sowie Kapazitäten entsprechend der erfolgten Plan-Überprüfung 2018 umzusetzen waren, was sich in einer höheren Auslastung der bereits vorhandenen Kapazitäten niederschlagen dürfte.

Die Kapazitätsmessziffer zur regionalisierten Pflichtversorgung für den Krankenhausplan 2020 im Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie wird von 0,75 auf 0,79 Betten/Plätze pro 1.000 EW und im Fachbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie von 0,06 auf 0,063 Plätze pro 1.000 EW angehoben.

Das Verhältnis zwischen der Kapazitätsmessziffer der Psychiatrie und der Kapazitätsmessziffer der Psychosomatik zur regionalisierten Pflichtversorgung entspricht damit dem Verhältnis im Krankenhausplan 2016.

Mindestens 25 Prozent der regionalisierten psychiatrischen Klinikkapazität jedes Bezirks ist für tagesklinische Behandlungsplätze vorzusehen.

5 Prozent der vollstationären regionalisierten psychiatrischen Kapazitäten sollen durch stationsäquivalente Behandlung erfüllt werden.

Klinische Angebote der Psychiatrie sowie der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit spezialisiertem, überregionalen Versorgungsauftrag sollen in die regionalisierten Versorgungsstrukturen eingebunden werden, da für psychisch erkrankte Menschen eine fächerübergreifende und mit dem außerklinischen Versorgungssystem vernetzte, wohnortnahe Versorgungsstruktur in den einzelnen Bezirken anzustreben ist. Ein Zuwachs überregionaler

Angebote darf – den Empfehlungen des Landesbeirates entsprechend - nur in begründeten Ausnahmefällen erfolgen.

In Berlin soll weiterhin die Möglichkeit bestehen, Modellprojekte einzurichten und zu evaluieren. Das Ziel ist ein sich hinterfragendes, zukunfts- und bedarfsgerechtes psychiatrisches Versorgungssystem.

Tab. 9.4.3.-1: Kapazitäten in der regionalisierten Pflichtversorgung, Vergleich der Krankenhauspläne 2016 und 2020

Bezirk	KHP 2016 (nach Überprüfung 2018)			KHP 2020		
	Prognose- bevölkerung 2020*	Betten/Plätze PSY	Plätze PSO	Prognose- bevölkerung 2025	Betten/Plätze/ StäB PSY	Plätze PSO
Mitte	375.688	308	21	396.461	355	27
Friedrichshain-Kreuzberg	294.984	232	18	300.696	246	20
Pankow	410.473	292	20	436.676	320	25
Charlottenburg-Wilmersdorf	339.212	231	27	342.846	263	27
Spandau	234.116	192	15	255.784	213	17
Steglitz-Zehlendorf	311.646	227	17	309.693	234	18
Tempelhof-Schöneberg	343.880	253	20	354.111	271	22
Neukölln	336.572	281	22	334.025	289	23
Treptow-Köpenick	260.182	192	15	291.915	222	18
Marzahn-Hellersdorf	258.881	209	16	284.020	233	19
Lichtenberg	273.371	226	17	311.327	251	20
Reinickendorf	251.186	204	15	270.834	234	17
Berlin	3.690.191	2.847	223	3.888.388	3.131	253

*Die hier genannten Zahlen entsprechen den Prognosewerten für das Jahr 2020, die dem Krankenhausplan 2016 zugrunde liegen. Zur Planüberprüfung im Jahr 2018 wurden die tatsächlichen Einwohnerzahlen gemäß Einwohnerregister vom 31.12.2017 einbezogen.

Mit dem Krankenhausplan 2020 werden die Empfehlungen des Landesbeirates für psychische Gesundheit so weit wie möglich aufgenommen und umgesetzt. Die geringfügigen Kapazitätsabweichungen bei einigen Krankenhäusern resultieren aus im Einzelfall belegten unverzichtbaren Bedarfen.

Die Kapazitäten für alle in Berlin vorgehaltenen, regionalen und überregionalen klinischen Versorgungsangebote beider Fachgebiete steigen von 0,94 Betten/Plätze je 1.000 Einwohner im Krankenhausplan 2016 auf 1,02 Kapazitäten je 1.000 Einwohner im Krankenhausplan 2020.

Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bilden seit dem Krankenhausplan 1999 jeweils zwei benachbarte Bezirke eine Versorgungsregion. Berlinweit gibt es für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche somit sechs Versorgungsregionen, in deren Kontext die regionalisierte Pflichtversorgung sichergestellt wird.

Zum Krankenhausplan 2020 werden für den Bereich der Kinder und Jugendlichen im Fachgutachten des Landesbeirats für psychische Gesundheit vom Juni 2019 für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie folgende Hinweise und Empfehlungen formuliert:

- Aus allen Versorgungsregionen wurden „nicht zumutbare“ und zeitweise bis zu einem Jahr andauernde Wartezeiten auf einen stationären oder teilstationären Behandlungsplatz zurückgemeldet.
- Dominierende Krisen- und Akutaufnahmen mit der Verhinderung einer Behandlungsplanung für die wartenden Kinder und Jugendlichen wurden aus allen Bezirken gemeldet. Eine ausreichende Behandlungsdauer zur nachhaltigen Überleitung in ambulante Nachsorge ist durch permanenten Aufnahmepressure oft nicht zu erreichen.
- Angebote für Kinder und Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens und psychischen Störungen in Zusammenarbeit mit der Kinder-Jugendhilfe sind bislang nicht entwickelt worden.
- Das im Krankenhausplan 2016 ausgewiesene überregionale Diagnose- und Behandlungszentrum für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Störungen wurde bislang noch nicht umgesetzt.
- Die Versorgung von psychisch erkrankten Kindern unter sechs Jahren und ihren Bezugspersonen wird regional in sehr unterschiedlicher Weise angeboten. Außerdem werden diese Angebote nicht ausreichend vorgehalten. Eltern-Kind-Behandlungen bei psychisch erkrankten Eltern mit psychisch erkrankten Kindern existieren als fächerübergreifendes Angebot noch gar nicht.
- Stationäre Behandlungsangebote der Transitionspsychiatrie sind unzureichend. Zunächst sollen anhand bestehender Modellprojekte („Fritz“ am Urban und DRK-Kliniken Westend), die zu evaluieren sind, Erfahrungen gesammelt werden.
- Parallel zu einer prognostizierten Zunahme der Berliner Bevölkerung, gerade auch im Bereich der unter 18-Jährigen, hat eine Bevölkerungsentwicklung eingesetzt, die zu einer ungleichen Verteilung der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen in den sechs Versorgungsregionen geführt hat. Des Weiteren haben sich sozialräumliche Entwicklungen dergestalt stabilisiert, dass auch für das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssystem die Berücksichtigung von sozialen Indizes bei der Krankenhausplanung notwendig erscheint.
- Unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus den Versorgungsregionen und der Versorgungskapazitäten in anderen Bundesländern (insbesondere den Stadtstaaten Hamburg und Bremen) soll dem Krankenhausplan 2020 im Fachbereich KJPP eine einheitliche Kapazitätsmessziffer von 0,85 Behandlungskapazitäten pro 1.000 Minderjährige bei einer Normauslastung von 90 Prozent zugrunde gelegt werden.
- Die teilstationäre (mindestens 50 Prozent der Kapazitäten) und wohnortnahe Versorgung soll dabei weiter gestärkt werden.
- Zudem wird der Aufbau stationsäquivalenter Behandlungsangebote befürwortet (zunächst als Modellprojekt).
- Für die Kapazitätenplanung des universitären Bereichs sind Bettenkontingente, tagesklinische Behandlungsplätze und Institutsambulanzen für Forschung und Lehre in angemessener Weise vorzuhalten.

Tab. 9.4.3.-2: Kapazitäten in der regionalisierten Pflichtversorgung im Fachbereich KJPP auf Grundlage der Kapazitätsmessziffer, Bevölkerungszahlen und Sozialindizes, Vergleich der Krankenhauspläne 2016 (nach Überprüfung) und 2020

Versorgungs-region	KHP 2016 (nach Überprüfung 2018)			KHP 2020
	Anzahl Minderjähriger gemäß Einwohnermelde-register am 31.12.2017	Betten/Plätze KJPP KMZ = 0,75	Prognose-bevölkerung Minderjährige 2025	Betten/Plätze/StäB KJPP
Mitte (Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte)	101.721	71	114.181	95
Nord (Pankow, Reinickendorf)	114.455	77	128.761	98
Ost (Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg)	91.340	66	108.281	88
Süd-Ost (Neukölln, Treptow-Köpenick)	93.706	73	108.651	88
Süd-West (Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg)	100.930	66	104.843	78
West (Charlottenburg-Wilmersdorf, Spandau)	86.168	60	93.284	76*
Gesamt		413		523

* Rechnerisch wären nur 73 KJPP-Kapazitäten zu stellen. Die zusätzlichen Kapazitäten werden für das Modellprojekt „Familienhaus Spandau“ ausgewiesen.

Gemäß den Bevölkerungsprognosewerten für das Jahr 2025 ergibt sich für den Berliner Krankenhausplan 2020 ein prognostizierter gesamtstädtischer Bedarf in den Fächern Psychiatrie und Psychotherapie von 3.436, Psychosomatik und -psychotherapie von 547 sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von 601 Betten/Plätzen.

Das sind insgesamt 4.584 Betten/Plätze.

9.4.4. Bedarfsprognose 2025 für die somatischen Fachgebiete

Wirkung der demografischen Entwicklung

Die Bedarfsprognose der Krankenhausplanung beruht auf empirischen Daten, insbesondere zur Entwicklung der Bevölkerung, den stationär zu versorgenden Fällen, den zu behandelnden Diagnosen, den Veränderungen durch medizinisch-technischen Fortschritt oder sonstigen Veränderungen der Rahmenbedingungen.

Von der Vielzahl möglicher bedarfsbeeinflussender Faktoren hat die Bevölkerungsentwicklung besondere Bedeutung, da sie eine starke Wirkung ausübt und quantitativ gut abschätzbar ist.

Um den demografischen Effekt für den Bedarf an stationären Leistungen im somatischen Bereich der Krankenhausversorgung bis zum Gültigkeitshorizont des neuen Krankenhausplans quantitativ abschätzen zu können, wurden folgende Daten herangezogen:

- Bevölkerung gemäß Einwohnerregisterstatistik Berlin 2017 sowie die Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2018 - 2030 der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen (Basis Melderegister, mittlere Variante)
- amtliche Krankenhausstatistik, Teil I Grunddaten Berlin 2017
- InEK-Daten nach § 21 KHEntgG, Berlin, 2017.

Dabei wurde methodisch wie folgt vorgegangen:

Untersucht wurden die Auswirkungen der demografischen Veränderungen im Jahr 2025 auf die Entwicklung des Pflegetagevolumens. Ausgangspunkt waren die InEK-Daten für Berlin 2017. Diese Daten ermöglichen fachabteilungsbezogen die Auswertung nach Altersgruppen und in Anspruch genommenen Pflegetagen.

In einem ersten Schritt wurden die Fachabteilungsfälle gemäß InEK-Daten in die Fachabteilungssystematik gemäß Krankenhausplan 2020 überführt. Für die so ermittelten Pflegetagevolumina des Jahres 2017 wurde je Fachabteilung und Altersgruppe ein Veränderungsfaktor ermittelt. Dieser bildet in der Altersgruppe das Verhältnis von Prognosebevölkerung 2025 zur Bevölkerung gemäß Einwohnerregister am 31.12.2017 ab.

Im Ergebnis erhält man für jede Fachabteilung den für 2025 aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartenden Veränderungsfaktor für das Pflegetagevolumen (Ausnahme: für das Fachgebiet „Sonstige somatische Fachbereiche“ wird der durchschnittliche demografische Veränderungsfaktor angenommen).

Der in Folge der demografischen Entwicklung veränderte Bettenbedarf je somatischer Fachabteilung für 2025 (Tab. 9.4.4.-1) wird unter Vorgabe einer festgelegten Normauslastung aus den Pflegetagevolumina 2017 (amtliche Krankenhausstatistik) und dem unter Zuhilfenahme der InEK-Daten ermittelten Veränderungsfaktor errechnet.

Tab. 9.4.4.-1: Prognostizierter Leistungsumfang und Bettenbedarf 2025 für die somatischen Fachgebiete im Ergebnis der demografischen Entwicklung

Fachgebiet	Pflegetage ¹⁾	demograf. bedingte Veränderung (in Prozent)	Pflegetageprognose 2025	Bettenprognose 2025 im Ergebnis der demograf. Entwicklung (vollstat. Betten bei Normauslastung)
Augenheilkunde	56.370	106,8	60.208	213
Chirurgie ²⁾	1.400.047	106,8	1.494.739	4.821
dar. Herzchirurgie	47.414	103,4	49.047	149
Frauenheilk. u. Geburtshilfe	301.065	105,4	317.314	1.122
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	87.711	104	91.229	323
Haut- u. Geschlechtskrankh.	66.500	108,1	71.875	232
Innere Medizin ³⁾	1.911.376	108,5	2.074.205	6.686
Geriatrie	607.234	119,7	726.762	2.212
Kinder- und Jugendmedizin	202.235	111,8	226.056	826
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	22.604	105,4	23.832	84
Neurochirurgie	116.684	104,6	121.995	393
Neurologie	312.157	106,7	333.143	1074
Nuklearmedizin	7.432	103	7.654	27
Strahlenheilkunde	32.160	106	34.082	110
Urologie	156.587	105,9	165.846	568
Sonstige somat. Fachbereiche ⁴⁾	36.912	108,9	40.136	129
insgesamt	5.317.074	108,9	5.789.075	18.820

¹⁾ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhausstatistik-Verordnung, Teil 1 Grunddaten 2017

²⁾ gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie

³⁾ ohne Geriatrie

⁴⁾ Die amtliche Krankenhausstatistik enthält die Kategorie „Sonstige...“. Diese Leistungen werden in der Bedarfsprognose berücksichtigt. Bei der Aufstellung des Krankenhausplans 2020 werden die entsprechenden Kapazitäten sachgerecht jeweils den zutreffenden Fachabteilungen gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2016, die nicht mehr die Kategorie „Sonstige...“ enthält, zugeordnet.

Bei ausschließlicher Berücksichtigung der demografischen Veränderungen bis zum Jahr 2025 erhöht sich bezüglich des Vergleichsjahres 2017 das Pflegetagevolumen in Berlin im somatischen Bereich auf 108,9 Prozent, also insgesamt um rund 9 Prozent (ohne psychiatrische/psychosomatische Abteilungen).

Die Ergebnisse fallen für einzelne Fachabteilungen erwartungsgemäß unterschiedlich aus. Die höchsten Zuwächse bei der Inanspruchnahme stationärer Leistungen werden die Geriatrie und die Kinderheilkunde verzeichnen (Steigerung des Pflegetagevolumens um ca. 20 bzw. um 12 Prozent).

Wirkung weiterer Bedarfsdeterminanten

Neben der demografischen Entwicklung bestimmen noch weitere Faktoren den Bedarf. Zu nennen sind hier insbesondere

- der medizinisch-technische Fortschritt
- die höhere Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung

- Morbiditätsveränderungen, tendenziell verbunden mit besserer Gesundheit auch im höheren Alter
- allgemeine Rahmenbedingungen der gesundheitlich-sozialen Versorgung (beispielsweise wird erwartet, dass das neue geriatrische Versorgungskonzept „80plus“ Auswirkungen auf den Bedarf haben wird).

Die Wirkung dieser Faktoren lässt sich im Einzelnen schwer quantifizieren. Rückblickend über einen längeren Zeitraum kann jedoch festgestellt werden, dass der tatsächliche Anstieg des Krankenhausversorgungsbedarfs geringer ausfiel als Berechnungen erwarten ließen, die allein auf die demografischen Veränderungen abstellten. Im Ergebnis dieser Betrachtungen werden diese bedarfsmindernden Faktoren durch eine Korrektur des allein auf der Grundlage der Bevölkerungsprognose berechneten vollstationären Bedarfs für das Jahr 2025 (18.820 Betten) in Höhe von 5 Prozent berücksichtigt.

Auf der Ebene der einzelnen Fachgebiete wirken diese bedarfsmindernden Faktoren in unterschiedlichem Ausmaß. Wegen der hohen Flexibilisierungsmöglichkeit der fachabteilungsbezogenen Sollbetten-Vorgaben um +/- 15 Prozent kann dies hier aber vernachlässigt werden.

Weiter ist zu beachten, dass der zu bestimmende Gesamtbedarf um die Kapazität des Bundeswehrkrankenhauses (185 vollstationäre Betten im Bereich der Somatik) und um die teilstationären Kapazitäten im somatischen Bereich (zum 30.6.2020 rund 630 Plätze), für die kein demografisch bedingter Zuwachs errechnet wurde, zu ergänzen ist. Die 185 somatischen Betten in den sogenannten Komfortkliniken sind darüber hinaus in Abzug zu bringen. Danach ergibt sich für den Bereich der Somatik die folgende fachspezifische Bedarfsprognose für das Jahr 2025:

Tab. 9.4.4.-2: Prognostizierter Bettenbedarf 2025 (inkl. teilstationär) für die somatischen Fachgebiete (Gesamtbetrachtung)

Fachgebiet	Vollst. Bettenprogn. im Ergebnis der demograf. Entw. ¹⁾	Berücksichtigung bedarfsmindernder Faktoren	teilstat. Kapazität Stand FB und +Anträge 2025	Bundeswehr-Krankenhaus; neurol. Frühreha der Phase B	Komfort-kliniken	voll- und teilstation. Bedarf 2025 (Insgesamt)
Augenheilkunde	213	-11	0		-2	200
Chirurgie ²⁾	4.821	-241	0	75	-74	4.580
dar. Herzchirurgie	149	-7	0	0	0	142
Frauenheilk. u. Geburtshilfe	1.122	-56	11		-7	1.070
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	323	-16	0	15	-3	319
Haut- u. Geschlechtskrankh.	232	-12	64	10	-3	291
Innere Medizin ³⁾	6.686	-334	249	50	-62	6.589
Geriatrie	2.212	-111	453		-4	2.550
Kinder- und Jugendmedizin	826	-41	60			845
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	84	-4	0			80
Neurochirurgie	393	-20	0	10	-4	379
Neurologie	1074	-54	34	10	-8	1.056
Nuklearmedizin	27	-1	0			26
Strahlenheilkunde	110	-6	3		-3	105
Urologie	568	-28	0	15	-11	544
Sonstige somat. Fachbereiche ⁴⁾	129	-6	0		-4	119
Insgesamt	18.820	-941	874	185	-185	18.753

¹⁾ vgl. Tab. 9.4.4.-1. / letzte Spalte

²⁾ gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie

³⁾ ohne Geriatrie

⁴⁾ Die amtliche Krankenhausstatistik enthält die Kategorie „Sonstige...“. Diese Leistungen werden in der Bedarfsprognose berücksichtigt. Bei der Aufstellung des Krankenhausplans 2020 werden die entsprechenden Kapazitäten sachgerecht jeweils den zutreffenden Fachabteilungen gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2020, die nicht mehr die Kategorie „Sonstige...“ enthält, zugeordnet.

Der für den somatischen Bereich bis zum Jahr 2025 prognostizierte Bedarf entspricht danach rund 18.750 Betten/Plätzen.

9.4.5. Bettenbedarfsprognose 2025 insgesamt

Für die somatischen Fachgebiete ergibt sich unter Berücksichtigung aller Faktoren ein prognostizierter Bettenbedarf von 18.748 Betten (siehe Abschnitt 9.4.4.).

Für die psychiatrischen Fachdisziplinen ergibt sich ein Bedarf von **4.584** Betten/Plätzen (siehe Abschnitt 9.4.3.), das sind rund 580 Betten/Plätze mehr, als bisher im Krankenhausplan gemäß Feststellungsbescheid aufgenommen.

Für den Planungshorizont 2025 insgesamt ergibt sich somit ein prognostizierter Bedarf von rund 23.330 Betten/Plätzen. Gegenüber den bisher gemäß Feststellungsbescheiden in den Plan aufgenommenen Kapazitäten (22.159) bedeutet das einen prognostizierten Mehrbedarf bis zum Jahr 2025 von rund 1.170 Betten. Gegenüber den gegenwärtig ordnungsbehördlich genehmigten Betten in Plankrankenhäusern (22.523 Betten/Plätze, Stand 30.06.2020) ergibt sich ein Mehrbedarf von rund 800 Betten/Plätzen.

Die dieser Bedarfsprognose zu Grunde liegenden Annahmen, insbesondere hinsichtlich der Bevölkerungs-, Fallzahl- und Verweildauerentwicklung, bedürfen einer kontinuierlichen Beobachtung. Sofern die tatsächliche Entwicklung erkennen lässt, dass wesentliche Annahmen nicht mehr zutreffen, wird eine Überprüfung und ggf. eine Korrektur der Prognose erforderlich.

10. COVID-19-Pandemie

Die Bewältigung der COVID-19-Pandemie ist spätestens seit März 2020 eines der zentralen und bestimmenden Themen der medizinischen Patientenversorgung und stellt seitdem insbesondere die Krankenhäuser vor enorme Herausforderungen. Seit Beginn der Pandemie wurden bis Juni 2021 über 22.000 COVID-19-Patientinnen und Patienten in den Berliner Krankenhäusern versorgt. Die höchste Inanspruchnahme wurde am 07.01.2021 mit 456 zeitgleich intensivmedizinisch zu behandelnden Patientinnen und Patienten verzeichnet, wovon 399 beatmet und 40 mit einer Lungenersatztherapie, der so genannten ECMO versorgt werden mussten. Peripherstationär wurde der Höchstwert mit 1.338 zu behandelnden COVID-19-Patientinnen und Patienten am 29.12.2020 erreicht.

Im Angesicht der Bilder im italienischen Bergamo und in anderen europäischen Regionen mit innerhalb kürzester Zeit vollständig überlasteten Krankenhäusern und Gesundheitssystemen, improvisierten Behandlungszimmern und sehr vielen COVID-19-bedingten Todesopfern mussten sich auch die Berliner Krankenhäuser innerhalb kürzester Zeit auf höchste Auslastungen durch an COVID-19 erkrankte Patienten und Patientinnen vorbereiten. Dass es trotz der enormen Herausforderungen, welche die Berliner Krankenhäuser und deren Mitarbeitenden zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie zu bewältigen hatten, nie zu einer absoluten und landesweiten Überlastung der klinischen Versorgungsmöglichkeiten gekommen ist, und sich sowohl Berlinerinnen und Berliner als auch Bewohnerinnen und Bewohner umliegender Regionen stets auf eine optimale, vollumfängliche und hochqualitative medizinische Versorgung in den Berliner Krankenhäusern verlassen konnten, liegt an zahlreichen Faktoren, welche in diesem Sonderkapitel des Krankenhausplanes 2020 erläutert werden.

In Berlin wurde bereits im Januar 2020 der Krisenstab der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung einberufen und kontinuierlich um weitere Bereiche, Aufgaben und Funktionen ergänzt. So waren von Beginn an die Bereiche Infektionsschutz, Notfallversorgung und stationäre Versorgung feste Bestandteile dieses Krisenstabes. Da sich seit März 2020 in unterschiedlichen Größenordnungen, jedoch stets durchgängig Patientinnen und Patienten mit einer bestätigten COVID-19-Infektion in Berliner Krankenhäusern in klinischer Behandlung befanden, war die Entscheidung der frühzeitigen Einbindung dieser für die Krankenhäuser wichtigen Themengebiete zielführend.

Im Februar 2020 standen rund 1.000 ITS-Betten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit in Berliner Notfallkrankenhäusern zur Verfügung. Auf dieser Grundlage konnten anschließend bedarfsgerechte Maßnahmen zur Patientensteuerung, Kapazitätserhöhung und Schwerpunktsetzung festgelegt werden. Neben einer erwartbaren COVID-19-bedingten Steigerung der Inanspruchnahme dieser Intensivkapazitäten musste permanent auch die bedarfsgerechte Versorgung aller übrigen Patientinnen und Patienten, insbesondere von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sowie Patientinnen und Patienten mit nicht aufschiebbarem, dringendem Behandlungsbedarf beachtet werden. Ein Konkurrieren von COVID-19- und Nicht-COVID-19-Patientinnen und -Patienten um die gleiche intensivmedizinische Behandlungsressource war unbedingt zu vermeiden.

Aussetzen aller planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe sowie Schulung der Mitarbeitenden

Zur Vermeidung einer Ressourcenkonkurrenz zwischen COVID-19- und Nicht-COVID-19-Versorgung wurden bereits am 17. März 2020 mit der SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung die Notfallkrankenhäuser aufgefordert, grundsätzlich alle planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe auszusetzen, soweit dadurch personelle und sonstige Kapazitäten für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 oder Verdacht hierauf freigesetzt werden können. Ab dem 25. März 2020 galt die gleiche Regelung auch für alle übrigen Krankenhäuser, welche nicht an der Notfallversorgung teilnehmen. Darüber hinaus wurden die Krankenhäuser aufgefordert, ärztliches und pflegerische Personal auf dem Gebiet der Intensivpflege mit Beatmungseinheiten und der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 oder dem Verdacht hierauf zu schulen und soweit medizinisch vertretbar ihre personellen und sonstigen Ressourcen schwerpunktmäßig für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 oder dem Verdacht hierauf einzusetzen. Somit wurde frühzeitig ein klarer Schwerpunkt auf dringliche und medizinisch gebotene Aufnahmen, Operationen und Eingriffe sowie die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 oder dem Verdacht hierauf gelegt.

Einführung von Reservierungs- und Freihaltequoten

Auf diese Schwerpunktsetzung aufbauend wurde durch die frühzeitige Einführung von Reservierungs- und Freihaltequoten sowie einer Aufnahme- und Behandlungsverpflichtung von an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten im Mai 2020 erreicht, dass die Berliner Notfallkrankenhäuser stets freie bzw. belegbare Intensivkapazitäten sowohl für primäre Notfallzuweisungen der Berliner Feuerwehr als auch für Sekundärverlegungen aus anderen Berliner Krankenhäusern zur Verfügung stellen. Dabei wurden die Berliner Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren mit den Reservierungsquoten verpflichtet, einen prozentualen Anteil der

peripherstationären und intensivmedizinischen Betten ausschließlich mit an COVID-19 erkrankten Patientinnen oder Patienten zu belegen. Die Quoten wurden dabei bedarfsgerecht entsprechend der Anzahl der in Berlin intensivmedizinisch versorgten, an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten angepasst und lagen für die intensivmedizinischen Betten zwischen 20 Prozent und 55 Prozent, bei den peripherstationären Betten zwischen 5 Prozent und 10 Prozent.

Die im Mai 2020 lediglich in Abstimmung mit den Berliner Krankenhäusern und der Berliner Krankenhausgesellschaft verabredeten Reservierungs- und Freihaltequoten wurden durch die Krankenhaus-Covid-19-Verordnung am 27.10.2020 rechtlich unterlegt und galten bis zum 31.05.2021. Kritisch zu untersuchen ist noch, in welchem Umfang die übrigen Versorgungen aufgeschoben worden sind und ob es trotz der Schwerpunktlegung gelungen ist, die gegenseitige Konkurrenz zwischen COVID-19- und Nicht-COVID-19-Versorgung zu vermeiden und sowohl die COVID-19- als auch die dringende Nicht-COVID-19-Versorgung in vollem Umfang zu gewährleisten.

Entwicklung und Umsetzung des Konzeptes SAVE-Berlin@COVID-19

In Anbetracht der im Februar 2020 in verschiedenen europäischen Regionen bereits eingetretenen Überlastung von Gesundheitssystemen und Krankenhäusern, sowie der erwarteten schnellen Ausbreitung der Pandemie in Deutschland wurde durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung am 10. März 2020 ein „Fachgespräch Berliner Intensiv- und Beatmungskapazitäten“ mit Vertreterinnen und Vertretern der größten Berliner Krankenhäuser, fachlich besonders exponierter Krankenhäuser sowie der Berliner Krankenhausgesellschaft geführt. Aus diesem Treffen heraus wurde das Projekt SAVE-Berlin@COVID-19 („Maßnahmen zur Sicherstellung der akuten, intensivmedizinischen Versorgung im Epidemiefall COVID-19 für das Land Berlin“) unter Federführung der Charité – Universitätsmedizin Berlin und gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, der Berliner Feuerwehr und den Berliner Krankenhäusern entwickelt. Aufbauend auf dem in der Charité – Universitätsmedizin Berlin und weiteren angeschlossenen Berliner Krankenhäusern bereits etablierten Projekt ERIC („Enhanced Recovery after Intensive Care“) wurden drei zentrale Maßnahmen festgelegt:

1. Einstufung der Berliner Notfallkrankenhäuser in Versorgungslevel 1 bis 3
2. Telemedizinische Vernetzung der Intensivstationen und Anschluss an das ARDS/ECMO-Zentrum bzw. der COVID-19-Koordinierungsstelle der Charité – Universitätsmedizin Berlin
3. Zentrale Steuerung und bedarfsgerechte Verlegung intensivmedizinischer COVID-19-Patientinnen und -Patienten in enger Zusammenarbeit mit der Berliner Feuerwehr.

Die Einstufung der Krankenhäuser entsprechend der vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten bei gleichzeitiger telemedizinischer Vernetzung versetzt Krankenhäuser und deren Akteure in die Lage, entsprechend der eigenen Leistungsfähigkeit genau die passende und für das System notwendige Aufgabe wahrzunehmen. So haben die drei Krankenhausstandorte der Charité – Universitätsmedizin Berlin als Level-1-Krankenhäuser (Campus Benjamin Franklin, Campus Charité Mitte und Campus Virchow-Klinikum) vorrangig die Versorgung schwersterkrankter und besonders aufwändig zu versorgender, an COVID-19 erkrankter Intensivpatientinnen und -patienten übernommen. Die Krankenhäuser des Level 2 haben die aufwändige intensivmedizinische Versorgung schwer erkrankter COVID-19-Patientinnen und Patienten geleistet und konnten bei absehbarer oder eingetretener Zustandsverschlechterung der Patienten sowohl telemedizinisch auf die Expertise der Charité – Universitätsmedizin Berlin zurückgreifen, als im Bedarfsfall auch die Verlegung in die Level-1-Krankenhausstandorte der Charité – Universitätsmedizin Berlin initiieren. Krankenhäuser des Level 3 haben insbesondere die peripherstationäre Versorgung von COVID-19-

Patientinnen und -Patienten sowie die intensivmedizinische Versorgung verlegungsfähiger Patientinnen und Patienten aus den Level 1- und 2-Häusern übernommen.

Durch die telemedizinische Vernetzung mit so genannten Visitationsrobotern konnten eine Vielzahl von COVID-19-Patientinnen und Patienten durch eine zentrale Expertenstelle in der Charité – Universitätsmedizin Berlin gesehen und nach einheitlichen Vorgaben und krankenhausesübergreifender Beratung in jedem angeschlossenen Krankenhaus therapiert werden. Innerhalb des entstehenden Netzwerkes konnten Expertenwissen und hinzugekommene Erfahrungen sehr schnell ausgetauscht und geteilt werden, sodass trotz Therapie in verschiedensten Krankenhäusern jede Patientin und jeder Patient von dem insgesamt verfügbaren Wissen profitieren konnte. Der Anschluss weiterer Berliner Krankenhäuser durch Beschaffung und Leasing zusätzlicher Visitationsroboter wurde durch das Land Berlin mit rund 1,5 Mio. Euro unterstützt.

Mit der zentralen Steuerung der Patientenströme durch die Anmeldung jedes intensivpflichtigen COVID-19-Patienten in der COVID-19-Koordinierungsstelle der Charité – Universitätsmedizin Berlin und insbesondere durch die frühzeitig medizinisch oder kapazitiv indizierte Verlegung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten konnte eine absolute Überlastung einzelner Krankenhäuser und Intensivstationen verhindert werden. Darüber hinaus wurde stets eine möglichst gleichmäßige bzw. bedarfs- und leistungsgerechte Belastung der Krankenhäuser erreicht. Um als Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung permanent über aktuelle Entwicklungen, den Status der Systemumsetzung, Probleme, und Unterstützungsbedarfe informiert zu sein und auf diese reagieren zu können, haben sich wöchentlich durchgeführte Telefon- und Videokonferenzen mit der COVID-19-Koordinierungsstelle und der Berliner Feuerwehr sehr bewährt.

Die Etablierung, Fortentwicklung und Beachtung dieses erfolgreichen Konzeptes zur intensivmedizinischen Versorgung der COVID-19-Patientinnen und -Patienten war seitens der Berliner Krankenhäuser, der Berliner Feuerwehr und auch seitens der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung von außerordentlicher Kollegialität und zielorientiertem Vorgehen geprägt. Eine Triage, d. h. eine kapazitiv begründete Therapiebegrenzung aufgrund eines Missverhältnisses zwischen der Patientenanzahl und zur Verfügung stehender Versorgungsressourcen, musste in Berlin zu keinem Zeitpunkt durchgeführt werden. Dieser Erfolg ist maßgeblich durch die Akzeptanz und Anwendung des Save-Berlin@COVID-19-Konzeptes durch alle beteiligten Strukturen erreicht worden.

IVENA-Modul Sonderlage und verpflichtende COVID-19-Voranmeldung über IVENA

Um das Behandlungsgeschehen in den Berliner Krankenhäusern zu quantifizieren, permanent zu bewerten, eine sich anbahnende Überlastung frühzeitig zu erkennen und bedarfsgerecht gegensteuern zu können, wurde ab dem 16.03.2021 eine systematische und tagesgenaue Abfrage der Berliner Krankenhäuser zur Anzahl behandelter COVID-19- und Nicht-COVID-19-Patientinnen und Patienten eingeführt. Hierfür wurde das für die Notfallversorgung vorgesehene und in den Berliner Notfallkrankenhäusern bereits etablierte System des Interdisziplinären Versorgungsnachweises (kurz IVENA) genutzt.

Mit dieser Erfassung konnte sowohl im Rahmen der täglichen Lagebewertung als auch in Akutsituationen jederzeit durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, die Leitstelle der Berliner Feuerwehr sowie durch die eintragenden Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren die Auslastungssituation aller Berliner Krankenhäuser bewertet werden. Mit

Veröffentlichung der Krankenhaus-Covid-19-Verordnung am 27.10.2020 wurde diese Meldepflicht in Verbindung mit den Reservierungs- und Freihaltequoten juristisch unterlegt und galt bis zum 31.05.2021.

Ergänzend wurde ab dem 20.04.2020 gemeinsam mit der Berliner Feuerwehr die Verpflichtung zur Voranmeldung von laborbestätigten COVID-19-Patientinnen und -Patienten bzw. Patientinnen und Patienten mit akuter respiratorischer Erkrankung (ARE) sowie den entsprechenden Verdachtsfällen durch den Rettungsdienst innerhalb des Systems IVENA festgelegt. Somit wurden die Zentralen Notaufnahmen über jede in Verbindung mit COVID-19-Erkrankungen stehende Patientenzuweisung noch vor Eintreffen des Rettungsmittels informiert und konnten sich durch Ergreifen notwendiger Schutzmaßnahmen auf das Eintreffen jeder rettungsdienstlichen Zuweisung vorbereiten. Die Krankenhäuser konnten in IVENA außerdem mit den von den Regelversorgungsstrukturen abgegrenzten und zusätzlich geschaffenen Fachbereichen „COVID-19 Normalstation“, „COVID-19 Intermediate Care“ und „COVID-19 Intensiv mit Beatmung“ eine temporäre Überlastungssituation anzeigen, sodass der Notfallrettungsdienst auf der Suche nach belegbaren Ressourcen zügig in das nächste aufnahmefähige Krankenhaus umgeleitet werden konnte.

Stations- und Bereichsschließungen

Eine große Gefahr für die Mitarbeitenden, für Patientinnen und Patienten und die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser insgesamt stellten COVID-19-Infektionen innerhalb des medizinischen Personals der Krankenhäuser dar, in deren Folge häufig einzelne Krankenhausbereiche oder Stationen, z. T. komplette Notfallkrankenhäuser, geschlossen werden mussten. Die Berliner Krankenhäuser mussten der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung jede drohende und tatsächlich eingetretene Bereichsschließung anzeigen, sodass stets ein Überblick über geschlossene und von der Schließung bedrohte Stationen existierte.

In einigen Krankenhäusern stellten sich Probleme in Verbindung mit der schnellen Erschöpfung von Ressourcen bei überwiegend vorhandenen peripherstationären 4-Bett-Zimmern heraus, z. B. bei Unterbringung bzw. Isolation von laborbestätigt nicht-infizierten und laborbestätigt infizierten Patientinnen und Patienten und den entsprechenden Verdachtsfällen. Eine weitere Infektionsgefahr stellten zwischen mehreren Krankenhäusern wechselnde Mitarbeitende ohne direkte Zugriffsmöglichkeit durch das jeweilige Krankenhaus dar, d. h. insbesondere im Bereich des Pflegekräfteleasings und ausgelagerter Dienstleistungen. Die Pandemiepläne der Krankenhäuser sowie das umsichtige Handeln der Verantwortlichen und der Mitarbeitenden haben jedoch dazu geführt, dass sowohl die Schließung von Krankenhausbereichen und Stationen als auch die Schließung ganzer Notfallkrankenhäuser auf ein absolut notwendiges Maß reduziert und im Falle der Schließung durch umliegende Stationen oder Krankenhäuser kompensiert werden konnten.

Kommunikation mit den Krankenhäusern

Durch bereits zu Beginn der Pandemie initiierte, wöchentliche Videokonferenzen mit ärztlichen Direktoren und Verwaltungsleitern der Krankenhäuser auf Hausleitungsebene sowie mit den Intensivmedizinern, der Berliner Feuerwehr und der Krankenhausaufsicht konnten auf Fachebene Lageveränderungen, Probleme und Unterstützungsnotwendigkeiten sehr früh identifiziert und thematisiert werden.

Stresstest

Nachdem sich im Spätsommer 2020 weitere Erkrankungswellen anbahnten, wurde durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung ein so genannter Stresstest der Berliner Krankenhäuser initiiert. Im Rahmen dieses bundesweit im Pandemiebezug einmaligen Stresstestes wurde den Berliner Krankenhäusern eine theoretisch eskalierende Inanspruchnahmesituation mit einer Zunahme auf über 2.800 intensivpflichtigen COVID-19-Patientinnen und Patienten innerhalb von 50 Tagen in Berlin vorgelegt. Mit der Auswertung der Rückmeldungen der Krankenhäuser wurden personelle und materielle Belastungsgrenzen identifiziert sowie Nachbesserungspotentiale, z. B. bei der Arzneimittel- und intensivmedizinischen Verbrauchsmaterialbevorratung, ausgemacht.

Beschaffung zusätzlicher Beatmungsgeräte

Zur Unterstützung des Ressourcenaufbaues, insbesondere von Intensivkapazitäten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit, wurden sowohl durch den Bund zentral Beatmungsgeräte beschafft als auch Kostenerstattungen des Landes zur dezentralen Beschaffung von Beatmungsgeräten durch die Berliner Krankenhäuser ausgesprochen.

In insgesamt drei Tranchen wurden mit Mitteln des Landes Berlin 235 Beatmungsgeräte aus der Zentralbeschaffung des Bundes am 03. April, am 30. April und am 02. und 03. Juni 2020 mit einem Gegenwert von rund 4,6 Mio. € an die Berliner Krankenhäuser verteilt. Darüber hinaus konnten 451 Beatmungsgeräte durch die Berliner (Plan-)Krankenhäuser beschafft werden. Parallel wurde mit den Bewilligungsbescheiden eine Vorhaltung der beschafften Geräte von mindestens fünf Jahren festgelegt, sodass diese zusätzlichen Beatmungsgeräte auch für zukünftige Pandemien oder vergleichbare Lagen zur Verfügung stehen werden. Durch beide Maßnahmen konnten insgesamt 686 zusätzliche invasive Beatmungsmöglichkeiten in den Berliner Krankenhäusern geschaffen werden und haben damit den Aufwuchs der Intensivkapazitäten mit Beatmungsmöglichkeiten erheblich unterstützt und so maßgeblich zur Verhinderung einer Überlastung der intensivmedizinischen Versorgung beigetragen.

Gleichzeitig wurde jedoch deutlich, dass ein rascher Aufbau zusätzlicher Intensivbetten nur erfolgreich sein kann, wenn ebenso das entsprechend qualifizierte Personal in ausreichender Zahl zur Verfügung steht. Ausgehend von einem bereits vor der Pandemie bestehenden Personalmangel im Bereich der Pflegefachkräfte und insbesondere der fachweitergebildeten Pflegefachkräfte war die Pflegepersonalfrage auf Peripher- und Intensivstationen eine der größten Herausforderungen. Erschwerend kam hinzu, dass es sich insbesondere im intensivmedizinischen Bereich um hochspezialisierte Tätigkeiten und Ausbildungen handelt, welche kaum innerhalb weniger Tage oder Wochen erlernbar sind und ein nicht unwesentlicher Teil der Mitarbeitenden aufgrund von COVID-19-Infektionen und Erkrankungen nicht oder nur bedingt einsetzbar waren. Dennoch haben sich die Krankenhäuser intensiv und erfolgreich bemüht, z. B. durch Umsetzungen von Mitarbeitenden aus

anderen Bereichen in die COVID-19-Behandlungsbereiche, sowie durch die Bildung gemischt-qualifizierter Teams aus spezialisierten und weniger spezialisierten Mitarbeitenden, die Mitarbeiteranzahl insb. im Pflegebereich auf den Intensivstationen zu erhöhen.

Entwicklung und Etablierung post-SAVE-Konzept

Zur Versorgung der Patientinnen und Patienten, welche die akutmedizinische Phase erfolgreich überstanden haben, wurde das sogenannte post-SAVE-Konzept unter Federführung der Evangelischen Lungenklinik entwickelt. Mit diesem Konzept wurde die gezielte Weiterleitung intensivmedizinischer, aber bereits rehabilitationsfähiger COVID-19-Patientinnen und Patienten sowohl in die Berliner als auch die Brandenburger Rehabilitationseinrichtungen gesteuert. Für eine erfolgreiche Steuerung wurden Lotsen- und Koordinierungsfunktionen eingerichtet und betrieben, welche u. a. mit dem Wissen über freie Plätze in den jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen und den jeweiligen Patientenbedarfen die Patientinnen und Patienten zügig in die Rehabilitationseinrichtungen lenken konnten. Somit wurde neben der Überführung dieser Patientinnen und Patienten nicht nur eine für die jeweilige Patientensituation geeignetere Versorgungseinrichtung mit zügigerer Genesungsmöglichkeit gewählt, sondern auch der Patientenabfluss aus den akut-intensivmedizinischen Behandlungsbereichen erreicht. Es zeigte sich, dass im Zusammenhang mit der COVID-19-Rehabilitation insbesondere die Nierenersatztherapie (v. a. Dialyseverfahren) eine wichtige Rolle einnimmt und einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Eignung und Belegbarkeit der Rehabilitationseinrichtungen hat. Generell hat sich die Zusammenarbeit zwischen den Notfallkrankenhäusern und den Rehabilitationseinrichtungen in Verbindung mit den Unterstützungsarbeiten der Lotsen- und Koordinierungsfunktionen außerordentlich bewährt.

Übernahme von Patientinnen und Patienten aus Brandenburg

Die Bundesländer Berlin und Brandenburg haben ihre Zusammenarbeit in der Pandemiezeit durch die kurzfristige Übernahme von Brandenburger Patientinnen und Patienten in den Zeiten einer drohenden Überlastung der Brandenburger Krankenhäuser eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Zur Entlastung der stark beanspruchten Brandenburger Krankenhäuser und zur Aufrechterhaltung einer individualmedizinischen Versorgung haben die Berliner Krankenhäuser im Zuge der nachbarschaftlichen Zusammenarbeit im Dezember 2020 in Summe 91 COVID-19-positive Patientinnen und Patienten an zwei Tagen übernommen.

Steuerungsgruppe und Kleeblatt-Konzept

Gemeinsam mit der Berliner Feuerwehr und der Krankenhausaufsicht wurde durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung eine Steuerungsgruppe initiiert, um sowohl die Ressourcenverfügbarkeit in den Krankenhäusern als auch die gleichmäßigere Patientenverteilung zu gewährleisten. Darüber hinaus war die Steuerungsgruppe Ansprechpartner für das im Pandemiekontext entwickelte, so genannte Kleeblatt-Konzept. Mit dem Kleeblatt-Konzept werden die Bundesländer in sechs Regionen eingeteilt. Innerhalb dieser Regionen und später regionenübergreifend konnte im Fall der Überlastung der Krankenhäuser ein überregionaler Patiententransport koordiniert werden, um insbesondere einer regionalen intensivmedizinischen Unterversorgungssituation entgegenzuwirken. Die länderübergreifende Zusammenarbeit im Kleeblatt und die innerhalb Berlins eingesetzte Steuerungsgruppe, bestehend aus SenGPG, Berliner

Feuerwehr und Krankenhausaufsicht, sollten als Werkzeuge einer eskalierenden Krisensituation mit höchster Inanspruchnahme oder Überlastung der Krankenhausressourcen für zukünftige Krisen beibehalten und weiterentwickelt werden.

Impfungen in den Berliner Krankenhäusern

Kurz nach Beginn des Impfens von besonders vulnerablen Personen durch die Berliner Impfbüros und in den Berliner Pflegeheimen ab Dezember 2020 wurden durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zuerst in den Berliner Notfallkrankenhäusern, später in allen Berliner Krankenhäusern von Dezember 2020 bis zum Juli 2021 Impfstoffdosen zur Verfügung gestellt. Zu Beginn des Verfahrens wurden aufgrund der limitierten Impfstoffmengen und entsprechend der durch den Bund vorgegebenen Impfreihenfolge vorrangig Mitarbeitende in besonders exponierten Bereichen, wie z. B. den Zentralen Notaufnahmen und den Intensiv- und COVID-19-Stationen, später auch in allen übrigen Bereichen und Stationen geimpft. In allen Berliner Krankenhäusern konnten bis zum Juni 2021 über 71.000 Mitarbeitende die notwendigen Impfungen erhalten. Der Schutz der Krankenhausmitarbeitenden ist ein zentraler Baustein zum Schutz der medizinischen Versorgungsstrukturen und konnte durch das Impfen direkt in den Krankenhäusern zügig und sehr gut gewährleistet werden.

Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse

- Für zentrale Bereiche wie Intensivstationen und Notaufnahmen sollten personelle, materielle und apparative Vorhaltungen für besondere Lagen wie Pandemien, einen Massenansturm von Verletzten oder erhöhte Patientenaufkommen betrieben und auch vergütet werden.
- In der jetzigen Krise war der kritische Punkt die Intensivkapazität und hierbei insbesondere die Anzahl der Intensivpflegekräfte. Der Personalmangel im Bereich der Pflegefachkräfte und noch stärker im Bereich der fachweitergebildeten Pflegefachkräfte ist offenbar nicht durch das Entgeltsystem zu beheben. Es gibt bislang keine Hinweise, dass die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG seit 2020 hier positive Impulse setzt – etwa indem der Ausstieg aus dem Beruf gestoppt würde. Die aktuellen Zahlen deuten eher in die entgegengesetzte Richtung. Maßnahmen in diesem Bereich scheinen von herausragender Bedeutung zu sein und müssen kurzfristig angeschoben werden.
- Die zentrale Steuerung der COVID-19-ITS-Patienten mit einer leistungsgerechten Einstufung der Berliner Notfallkrankenhäuser in Verbindung mit telemedizinischer Vernetzung sowie einer fachlichen Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeit durch die COVID-19-Koordinierungsstelle der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat sich sehr bewährt. Eine Fortführung insbesondere für die COVID-19-ITS-Patienten ist wertvoll und wichtig.
- Eine Übertragbarkeit der Erfahrungen des Save-Berlin@COVID-19-Konzeptes auch auf andere Patientengruppen und andere Situationen außerhalb von Pandemie- und Krisensituationen sollte geprüft werden.
- Die Einbindung der Kliniken in zentrale Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung – insbesondere bei der Impfung von Schlüsselpersonal – sollte auch in Zukunft regelhaft erfolgen.
- Mit dem IVENA-Modul Sonderlage konnte transparent und tagesaktuell für alle Beteiligten sichtbar die Anzahl der COVID-19- und Nicht-COVID-19-Patientinnen und -Patienten sowie die Anzahl der freien intensivmedizinischen und peripherstationären Betten sowohl für die COVID-19- als auch Nicht-COVID-19-Versorgung dargestellt werden. Zielführender, weniger fehleranfällig und mit weniger Aufwand für die Eintragenden verbunden wäre jedoch eine

standardisierte, automatisierte Zulieferung dieser Informationen. Umsetzungsmöglichkeiten hierzu müssen geprüft werden.

- Die während der Pandemie entstandene Kommunikationsstruktur und -kultur zwischen in der Krankenversorgung grundsätzlich konkurrierenden Leistungserbringern ist beispiellos und zeigt, dass die Sicherstellung der Patientenversorgung in Krisenzeiten oberste Handlungsmaxime aller Beteiligten ist und bleibt.

11. Versorgungsschwerpunkte

11.1. Notfallversorgung

Die Notfallversorgung ist ein wichtiger Standpfeiler für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Hierbei spielen die Krankenhäuser mit ihren Notaufnahmen eine besonders herausragende Rolle. Generelles Ziel ist es, die Notfallbehandlung sektorenübergreifend für die Bürger auf einem möglichst einheitlichen, qualitativ hochwertigen Standard zu gewährleisten. Die Inanspruchnahme der Notfallversorgung in Berlin nimmt weiterhin zu, wie sich anhand der steigenden Einsatzzahlen der Berliner Notfallrettung (Anstieg von 2016 bis 2020 um ca. 6 Prozent¹⁴) und der steigenden Patientenkontakte der Notaufnahmen Berlins (rd. 1,2 Mio. in 2013 auf rd. 1,3 Mio. im Jahr 2019¹⁵) zeigt. Hierbei besteht seit Jahren ein Trend zur Konzentrierung der Notfallversorgung auf größere Notfallkrankenhäuser, der sich in den Anfahrten der Berliner Feuerwehr abbildet (Abb. 11.1.-1) und sich auch in der COVID-19-Pandemie fortgesetzt hat.

Grundsätze der Versorgung und strukturelle Kriterien

Als „medizinischer Notfall“ bzw. „Notfallpatientin oder -patient“ werden durch die medizinischen Fachgesellschaften „(...) alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachten“¹⁶. Während diese Definition für die Notaufnahmen der Krankenhäuser relevant ist und der Zugang zur notfallmedizinischen Versorgung in Notaufnahmen damit niederschwellig bleiben sollte, fand bisher im Bereich der präklinischen Notfallrettung eine stärker eingegrenzte Definition Anwendung. Dabei sind Notfallpatientinnen und -patienten „...Personen, die sich in einem lebensbedrohlichen Zustand befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend geeignete medizinische Hilfe erhalten“ (§ 2 Berliner Rettungsdienstgesetz). Die Notfallrettung übernimmt dabei die Erstversorgung und den Transport in die Kliniken.

Neu aufgenommen wurde im Rettungsdienstgesetz auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich „[...] nicht in unmittelbarer Lebensgefahr befinden, aber bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie nicht in kurzer Zeit notfallmedizinische Hilfe erhalten oder bei denen die Notwendigkeit einer präklinischen Versorgung nicht ausgeschlossen werden kann (sonstige Notfallpatientinnen und -patienten)“. Diese neue Definition des „Notfalltransportes“ im § 2a Berliner Rettungsdienstgesetz trägt ebenso zur Differenzierung der Notfalldefinition bei.

Im Krankenhaus wird die Notfallversorgung im Wesentlichen von den Notaufnahmen und den auch für andere Patientinnen und Patienten genutzten Diagnostik- und Therapiebereichen (z. B. CT, OP, Intensivstation) wahrgenommen. Die medizinischen und organisatorischen Ansprüche an die

¹⁴ Jahresbericht der Berliner Feuerwehr: www.berliner-feuerwehr.de/service/mediathek/jahresberichte

¹⁵ Abfragen der Berliner Notfallkrankenhäuser durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung von 2013 und 2021.

¹⁶ Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. Mit Unterstützung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA). Notfall Rettungsmed 18, 174–185 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10049-015-0013-0>

Notaufnahmen sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Beispielsweise rückt das frühzeitige Erkennen und Behandeln zeitkritischer Erkrankungen (z. B. des Schlaganfalls) und die Akutversorgung nicht-traumatologischer Erkrankungen immer mehr in den Vordergrund. Ziel hierbei ist die Minimierung des therapiefreien Intervalls. Folgende Empfehlungen der Fachgesellschaften¹⁷ zu den Zeiten gelten dabei als Orientierung:

ST-Hebungsinfarkt:	60 (bis 90) Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention in einem Krankenhaus, das Interventionen jederzeit innerhalb von 20 Minuten durchführen kann
Schlaganfall:	90 Minuten bis zur Entscheidung zur Lyse im Krankenhaus mit zertifizierter Stroke Unit
Schweres Schädel-Hirn-Trauma:	90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 min bis CT) im Krankenhaus mit zertifiziertem Traumazentrum und neurochirurgischer Fachabteilung
Schweres Trauma:	90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 min bis Klinikaufnahme), wenn möglich in einem Krankenhaus mit überregionalem oder regionalem Traumazentrum
Sepsis:	90 Minuten bis zum Beginn der Diagnostik und Initiierung einer Antibiotikatherapie (60 min bis Klinikaufnahme)
Reanimation:	90 Minuten bis zur Kausaltherapie eines möglicherweise zugrunde liegenden Herzinfarkts (60 min bis Klinikaufnahme).

Um diese Vorgaben erreichen zu können, verbleiben für die präklinische Zeit (außerhalb der Verantwortung der Kliniken) maximal 60 Minuten. Die derzeitige strukturnäumliche Anordnung der Kliniken weist kaum Defizite auf und garantiert für die überwiegende Anzahl der Fälle eine Anfahrtszeit von 10 Minuten bis zum nächsten Notfallkrankenhaus und in 20 Minuten bis zum nächsten Notfallzentrum. Im Krankenhaus sind die Notfallressourcen so zu strukturieren, dass die notwendige Diagnostik und Therapie sofort einsetzen und somit die oben genannten Empfehlungen eingehalten werden können.

Indikatoren für eine zunehmende Komplexität der Notfallversorgung sind auch neue Therapieverfahren wie die Thrombektomie beim Schlaganfall oder die differenzierte Behandlung bis hin zur Organersatztherapie bei der Reanimation, die leistungsfähige Zentren erfordern. Darüber hinaus nimmt die Versorgung geriatrischer und häufig multimorbider Patientinnen und Patienten zu. Auch gewinnt der Umgang mit Krankenhausinfektionen und anderen infektiösen Erkrankungen zunehmend an Bedeutung, was insbesondere in der COVID-19-Pandemie deutlich zutage getreten ist.

Um diesen Herausforderungen für die Notaufnahmen auch unter den herrschenden wirtschaftlichen Bedingungen für die Krankenhäuser zu begegnen, sind bereits im Krankenhausplan 2016 Qualitätsanforderungen an die stationäre Notfallversorgung gestellt worden. Zudem hat der G-BA in 2018 Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern getroffen, der die Berliner Regelungen teilweise aufgegriffen hat. Die Weiterentwicklung und Anpassung der Struktur- und Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan 2020 wurde unter Einbeziehung von Experten vorgenommen und trägt auch der erforderlichen Qualifizierung des gesamten Personals in der Notfallversorgung Rechnung. Vor dem Hintergrund der Gemeinsamen Krankenhausplanung ist auch eine enge Abstimmung mit dem Land Brandenburg erfolgt.

¹⁷ Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al. Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 19, 387–395 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

Bundesregelungen zur Reform der Notfallversorgung

Auf Bundesebene hat es in den letzten Jahren mehrere Versuche gegeben, die Notfallversorgung zu reformieren und die an der Versorgung beteiligten Sektoren näher zusammenzuführen. Zur Verbesserung der Patientenversorgung und um Systembrüche zu vermeiden hatten die Länder unter Federführung von Berlin in einem einstimmigen Beschluss der 90. Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2017 dringenden Handlungsbedarf gesehen, die Notfallversorgung gesetzlich neu zu regeln und die Vergütung neu zu gestalten. Im Dezember 2018 wurden vom Bundesministerium für Gesundheit Eckpunkte für die Notfallversorgung veröffentlicht. Die Eckpunkte sahen vor, dass KV und Krankenhäuser den Auftrag erhalten, integrierte Notfallzentren (INZ) in vom Land bestimmten Krankenhäusern einzurichten und zu betreiben. In den INZ sollten der ärztliche Bereitschaftsdienst der KV und die zentrale Notaufnahme des Krankenhauses integriert werden. Zudem sollten zur Verbesserung der Patientensteuerung gemeinsame Notfallleitstellen gebildet werden, die über die Rufnummern 112 und 116 117 erreichbar sind. Diese Konzepte wurden in der 19. Legislaturperiode des Bundestages nicht weiterverfolgt. Im Juni 2021 wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) der G-BA beauftragt, Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden, zu beschließen. Die hieraus resultierenden Regelungen werden im Planungshorizont des Krankenhausplanes 2020 Einfluss auf die Ausgestaltung der Notfallversorgung haben.

Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Gemäß § 136c Abs. 4 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss im April 2018 Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschlossen. Definiert wurden die Stufen Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung und umfassende Notfallversorgung, evtl. kombiniert mit dem ebenfalls dreistufigen Modul Notfallversorgung Kinder. Je nach Erfüllung der pro Stufe festgelegten strukturellen Mindestvoraussetzungen erhalten Krankenhäuser der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für die Vorhaltung von Ressourcen. Bei Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung sind Abschläge pro stationärem Fall zu zahlen. Für spezialisierte Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, kommen weitere Module in Frage, wodurch diese von Abschlägen befreit werden. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß dem bundesweiten Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen zugrunde gelegt. Die Einhaltung der Regelungen wird vom Medizinischen Dienst geprüft.

Die Anforderungen des G-BA an Krankenhäuser, die an der allgemeinen Notfallversorgung teilnehmen, beinhalten u. a. die Versorgung der überwiegenden Zahl von Notfällen in einer zentralen Notaufnahme als räumlich abgegrenzter, fachübergreifender Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung. Hierfür muss jeweils eine verantwortliche Ärztin oder ein verantwortlicher Arzt mit Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und eine Pflegekraft mit Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ benannt sein. Viele weitere strukturelle und organisatorische Anforderungen, wie beispielsweise die Durchführung einer strukturierten Ersteinschätzung, sind in den Qualitätsvorgaben des Berliner Krankenhausplans 2016 bereits enthalten.

Alle Berliner Notfallkrankenhäuser erfüllen daher bereits jetzt mindestens die Anforderungen der Basisstufe (nach G-BA Richtlinie), darüber hinaus erreichen alle Berliner Notfallzentren die Stufe der umfassenden Notfallversorgung nach G-BA Richtlinie. Da die bestehenden Berliner Qualitätsanforderungen für die Notfallversorgung über die derzeitigen Anforderungen des G-BA hinausgehen und zudem die präklinische Steuerung von Patienten in geeignete Notfallkrankenhäuser

in Berlin symptombezogen anhand der in IVENA hinterlegten Leistungsmerkmale jedes einzelnen Hauses und nicht nach einer Stufung von Notfallkrankenhäusern durchgeführt wird, hält Berlin das bewährte zweistufige System (Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren) aufrecht und entwickelt die eigenen Qualitätsvorgaben zur Aufrechterhaltung und progredienten Verbesserung der Qualität in der Notfallversorgung weiter.

Notfallkrankenhäuser des Landes Berlin

Die notfallmedizinische Versorgung in einem Notfallkrankenhaus ist entsprechend der ausgewiesenen Haupt- und Subdisziplinen durchzuführen. Ein Krankenhaus, das sich nur selektiv in Hinblick auf die im Krankenhausplan ausgewiesenen Abteilungen an der Notfallversorgung beteiligt, kann nicht den Status „Notfallkrankenhaus“ erhalten. Die infrastrukturellen, personellen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine adäquate Notfallversorgung müssen pro Standort rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr mit einer vertretbaren Redundanz (Ausfallsicherheit) vorhanden sein.

Insgesamt werden (Stand Juni 2021) 32 Klinikstandorte als Notfallkrankenhäuser ausgewiesen. Zudem werden sechs Krankenhausstandorte als Notfallzentren ausgewiesen, an die erhöhte Anforderungen an Leistungsfähigkeit, Infrastruktur und Aufnahmekapazität gestellt werden. Dort werden möglichst alle notfallrelevanten Fachgebiete vorgehalten, insbesondere zur Versorgung interdisziplinärer Notfälle. Eine Zertifizierung als überregionales Traumazentrum ist Voraussetzung. Somit wird auch im Bereich der Notfallversorgung der Grundsatz einer wohnortnahen Grundversorgung und einer zentralisierten Spezialversorgung aufrechterhalten. Gerade in der Notfallversorgung ist eine Vernetzung von Kliniken unterschiedlicher Versorgungsmöglichkeiten anzustreben.

Drei Krankenhäuser werden als Spezialversorger im Berliner Krankenhausplan ausgewiesen. Voraussetzung hierfür ist die Übernahme der fachspezifischen Notfallversorgung in unmittelbarer räumlicher Nähe eines Notfallzentrums, das dieses Fachgebiet selbst nicht vorhält. Hier ist eine Kooperationsvereinbarung/-vertrag mit dem Notfallzentrum vorzulegen. Darüber hinaus ist die relevante Beteiligung an der fachspezifischen Notfallversorgung einschließlich Anfahrten durch die Feuerwehr und die Vorhaltung einer fachspezifischen Notaufnahme 24/7 zur Diagnostik und Erstversorgung von Notfällen des spezifischen Fachgebietes erforderlich.

Die Beteiligung der Krankenhäuser an der Notfallversorgung (Notfallkrankenhäuser, Notfallzentren bzw. Spezialversorger) ist in den Krankenhausdatenblättern (siehe Anlage 1) festgelegt und der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tab. 11.1.–1: Krankenhäuser mit Teilnahme an der Notfallversorgung

Region	Klinik	Einstufung	
		Notfallzentrum	Notfallkrankenhaus
Mitte	Bundeswehrkrankenhaus		X
	Charité – Campus Mitte		X
	Charité – Campus Virchow-Klinikum	X	
	Deutsches Herzzentrum Berlin	Spezialversorgung	
	DRK Kliniken Berlin Mitte		X
	Elisabeth Klinik		X
	Franziskus-Krankenhaus		X
	Jüdisches Krankenhaus		X
	St. Hedwig-Krankenhaus		X
	Vivantes Klinikum im Friedrichshain	X	
Vivantes Klinikum am Urban		X	
Nord	Ev. Lungenklinik	Spezialversorgung	
	Dominikus Krankenhaus		X
	Maria Heimsuchung – Caritas-Klinik Pankow		X
	HELIOS-Klinikum Berlin-Buch	X	
	Park-Klinik Weissensee		X
Vivantes Humboldt-Klinikum		X	
West	DRK Kliniken Berlin Westend		X
	Ev. Waldkrankenhaus Spandau		X
	Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe		X
	Martin-Luther-Krankenhaus		X
	Schlosspark-Klinik		X
	St. Gertrauden-Krankenhaus		X
Vivantes Klinikum Spandau		X	
Südwest	Charité – Campus Benjamin Franklin	X	
	Ev. Krankenhaus Hubertus		X
	HELIOS-Klinikum Emil von Behring		X
	Krankenhaus Bethel		X
	Krankenhaus Waldfriede		X
	St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof)		X
	St. Marien Krankenhaus		X
	Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum		X
Vivantes Wenckebach-Klinikum		X	
Ost	Augenklinik Berlin-Marzahn	Spezialversorgung	
	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge		X
	Sana Klinikum Lichtenberg		X
	Unfallkrankenhaus Berlin	X	
Vivantes Klinikum Hellersdorf		X	
Südost	DRK Kliniken Berlin Köpenick		X
	Krankenhaus Hedwigshöhe		X
	Vivantes Klinikum Neukölln	X	

Notfälle mit sehr spezifischen Versorgungserfordernissen werden jeweils in einem bzw. zwei Krankenhausstandorten zentralisiert versorgt. Das betrifft:

- das Zentrum für Schwerbrandverletzte (Unfallkrankenhaus Berlin)
- die Versorgung von herzchirurgischen Notfällen (Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB) sowie Charité – Campus Virchow-Klinikum bis zur abgeschlossenen Zentralisierung der herzchirurgischen Versorgung durch die Inbetriebnahme des Neubaus für das Deutsche Herzzentrum der Charité (DHZC))
- die Sonderisolerstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (Charité – Campus Virchow-Klinikum und Bundeswehrkrankenhaus Berlin)
- das regionale Strahlenschutzzentrum (Charité – Campus Virchow-Klinikum)

- das Zentrum für hyperbare Sauerstofftherapie und Tauchmedizin (Druckkammermedizin) (Vivantes Klinikum im Friedrichshain).

Die Krankenhausversorgung von Hochrisiko-Schwangerschaften und lebensbedrohlich erkrankten Früh- und Neugeborenen richtet sich nach den Vorgaben des G-BA.

Medizinische und organisatorische Anforderungen an die Notfallversorgung in Berlin

Um eine adäquate Notfalltherapie umgehend einleiten zu können, sind klare Strukturvorgaben für die Organisation und die Ausstattung in einem Notfallkrankenhaus notwendig. Da Patientinnen und Patienten überwiegend mit Symptomen in die Notaufnahmen kommen, die eine eindeutige fachliche Zuordnung im Vorfeld nicht erlauben, muss der interdisziplinäre Ansatz der Notaufnahmen gestärkt werden. Daher muss die Notaufnahme als eigenständige strukturelle Einheit vorgehalten werden und eine bauliche Einheit darstellen, damit diese als zentrale Anlaufstelle des Krankenhauses sowohl den selbst kommenden Patientinnen und Patienten als auch dem Rettungsdienst zur Verfügung steht.

In Berlin gelten bereits mit dem Krankenhausplan 2016 umfangreiche Qualitätsvorgaben zur Notfallversorgung, die in dem Krankenhausplan 2020 weiterentwickelt wurden. Die nachfolgenden Qualitätsanforderungen werden an alle Krankenhäuser gestellt, die an der Notfallversorgung beteiligt sind. Es wird davon ausgegangen, dass Notfallkrankenhäuser diese Anforderungen gegenwärtig bzw. spätestens mit Erlass des Feststellungsbescheides erfüllen. Grundsätzlich müssen alle Notfallkrankenhäuser in der Lage sein, alle Notfälle rund um die Uhr zu versorgen. Folgende Voraussetzungen sind hierfür notwendig:

Struktur und Konzepte

Alle Notfallkrankenhäuser müssen die Mindestanforderungen der G-BA Richtlinie für die Basisnotfallversorgung und alle Notfallzentren die Mindestanforderungen für die umfassende Notfallversorgung gemäß § 136c Abs. 4 SGB V erfüllen. Ungeachtet der Notfallstufung des G-BA gilt:

- Notfallkrankenhäuser und -zentren führen Fachabteilungen der Inneren Medizin und Chirurgie und verfügen insbesondere über eine angemessene fachärztliche Kompetenz in der Unfall- und Viszeralchirurgie.
- Alle relevanten nicht-bettenführende Fachabteilungen müssen mit adäquater Vorhaltung rund um die Uhr verfügbar sein (Radiologie mit konventioneller Bildgebung und CT einschließlich unmittelbarer Befundung, Labordiagnostik, Anästhesiologie und Blutdepot).
- Auch wenn eine explizite Bettenausweisung für die Intensivmedizin im Krankenhausplan nicht erfolgt, sind derartige Abteilungen ebenfalls Grundbedingung. Eine interdisziplinäre Ausrichtung ist anzustreben. Zur Sicherstellung der jederzeitigen Aufnahmefähigkeit und zur notwendigen Effizienz eigener Intensivstationen ist die Vorhaltung von mindestens 10 mit Beatmungsgeräten ausgestatteten Intensivbetten verpflichtend, eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme muss von allen Notfallkrankenhäusern und Notfallzentren gewährleistet werden.
- Die Betten der laut G-BA-Beschluss ab der mittleren Stufe vorzuhaltenden, organisatorisch der Notaufnahme angeschlossenen Beobachtungsstation (mindestens 6 Betten) können in der Verantwortung des Krankenhausträgers aus dem bestehenden Planbettenkontingent (analog zu

- den Intensivbetten) geschöpft werden, es erfolgt kein separater Ausweis im Feststellungsbescheid.
- 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, über den obligat vorzuhaltenden Schockraum hinaus, an Überwachungsplätzen mit möglichst zentralem Monitoring in der Notaufnahme zur Verfügung stehen.
 - Ein Konzept zur Erst- und Weiterversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der hausindividuellen Besonderheiten ist vorzuhalten. In diesem Konzept muss u. a. dargestellt werden, wie die geriatrische Kompetenz in der Notaufnahme sichergestellt wird (siehe Abschnitt 11.3.).
 - Kliniken, die an der Notfallversorgung teilnehmen, müssen für die Notaufnahme rund um die Uhr einen psychiatrischen/psychosomatischen Konsiliardienst, wenn dementsprechende Fachabteilungen nicht vorhanden sind. Dies begründet sich aus dem hohen Anteil von Patientinnen und Patienten in einer Notaufnahme mit psychiatrischer Komorbidität. Kliniken, die eine isolierte psychiatrische Notfallversorgung wahrnehmen, müssen jederzeit eine somatische Grundversorgung, z. B. durch Kooperationen mit Notfallkrankenhäusern, gewährleisten.
 - Es müssen Konzepte vorliegen, welche organisatorisch und strukturell sicherstellen, dass eine Übertragung insbesondere von multiresistenten und hochinfektiösen Erregern auf andere Patientinnen und Patienten vermieden wird.
 - Es müssen Konzepte vorliegen, welche die adäquate Versorgung von Erwachsenen und Kindern sicherstellen, die von häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt betroffen sind. Der bei der Senatsverwaltung für Gesundheit angesiedelte Runde Tisch Berlin (RTB) – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt – empfiehlt hierfür die Umsetzung der evidenzbasierten Empfehlungen „Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik“¹⁸ sowie der „Empfehlungen für Arztpraxen und Krankenhäuser in Berlin zur gerichtsfesten Dokumentation und Spurensicherung nach häuslicher und sexualisierter Gewalt“ (S.I.G.N.A.L. e. V. 2018).¹⁹
 - Bei der Anwendung ionisierender Strahlung am Menschen und einer qualitativ hochwertigen radiologischen Versorgung wird vom Gesetzgeber grundsätzlich die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz am Untersuchungs- oder Behandlungsort bei der Indikationsstellung gefordert (§ 83 Abs. 3 StrlSchG). Allein bei Untersuchungen im Rahmen der Teleradiologie nach § 14 Absatz 2 StrlSchG kann von diesem Grundsatz abgewichen werden, was vom Gesetzgeber als „genehmigungsbedürftiger Sonderfall“ angesehen wird (BT-Drs. 18/11241, S. 255). Ausgehend davon sollten die hierfür geschaffenen Ausnahmetatbestände eng ausgelegt werden. Insbesondere für Notfallzentren sowie Krankenhäuser, die die Stufe 3 (umfassende Notfallversorgung) erreichen und entsprechende Zuschläge erhalten, muss die kontinuierliche Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz am Untersuchungs- oder Behandlungsort bei der Indikationsstellung gewährleistet sein.

¹⁸ www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/WHO_Broschuere_4_9_18_web.pdf

¹⁹ www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/Infothek_Empfehlungen_Doku_2018_1.pdf

Personal

Um eine fachübergreifende und qualitativ hochwertige Notfallversorgung durch klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten im Routinebetrieb und bei außergewöhnlichen Ereignissen in der Notaufnahme zu gewährleisten, müssen Notaufnahmen eine eigenständige, fachlich unabhängige, ärztliche und pflegerische Leitung mit jeweils einer benannten Stellvertreterin oder einem benannten Stellvertreter haben.

Ein eigener pflegerischer Personalstamm ist vorzuhalten. Die chefärztliche Besetzung sowie ein eigener ärztlicher Personalstamm sind anzustreben, in Notfallzentren müssen diese vorgehalten werden. Die Zusatzbezeichnung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ sowie die Fachweiterbildung Notfallpflege soll erworben werden, für den Leiter (ärztlich und pflegerisch) ist dies ab 2023 verpflichtend, für die Vertreter gilt dies ab 2024.

In Notfallzentren soll rund um die Uhr (24/7) eine Ärztin oder ein Arzt mit Zusatzbezeichnung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ oder in Weiterbildung hierzu vorgehalten werden, gleiches gilt für die Fachweiterbildung Notfallpflege.

Schnittstelle Rettungsdienst/Notaufnahmen

Die Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren müssen die Versorgung von Patientinnen und Patienten jederzeit sicherstellen und ein reibungsloses Zusammenwirken mit dem Träger des Rettungsdienstes gewährleisten. Die Anforderungen hierzu sind:

- Infrastrukturelle Voraussetzungen für eine mit Rettungsdienstfahrzeugen einfach und schnell zugängliche Notaufnahme, insbesondere Beschilderung, ausreichendes Platzangebot, Zufahrt/Entladestelle mit Wetterschutz
- Nur eine Anlaufstelle für Rettungsdienste mit kurzen Wegen in räumlicher Nähe zu weiteren notfallrelevanten Einrichtungen, insbesondere bildgebende Diagnostik, OP-Bereich und Intensivstation
- Adäquate technische Voraussetzungen für eine ständige und redundante Kommunikationsverbindung zur Leitstelle der Berliner Feuerwehr und ggf. weiteren Einrichtungen, insbesondere Einsatzleitungen und Krisenstäben (z. B. Rotes Telefon, Alarmfax, IT-Verbindung)
- Standardisierte Übergabeprotokolle sind zu verwenden²⁰.

Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA) und Notfallkoordinator

Der Interdisziplinäre Versorgungsnachweis IVENA eHealth ist ein Websystem an der Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Zentralen Notaufnahmen bzw. den an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäusern. IVENA wird landesweit durch die an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser sowie den Rettungsdienst in Berlin verpflichtend genutzt. Die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser sind nach § 27 Abs. 3 Nr. 4 LKG verpflichtet, der Berliner Feuerwehr Behandlungskapazitäten zu melden und darüber jederzeit aktuelle Auskunft zu erteilen. Die Meldung und Erteilung der Auskunft an die Berliner Feuerwehr erfolgt über IVENA. Auf Grundlage der gemeldeten Kapazitäten entscheidet gemäß § 8 Abs. 5 RDG die Berliner Feuerwehr, welches Krankenhaus für die Behandlung der Patientinnen und Patienten das nächstgelegene und geeignete ist und weist frühestmöglich die Patienten bzw. den Patienten mit IVENA zu. Das

²⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=eVY8sKP8Ddc> und https://www.berliner-feuerwehr.de/fileadmin/bfw/dokumente/Publikationen/Rettungsdienst/Medizinische_Handlungsanweisungen_Berliner_Notfallrettung_06_2021.pdf, Seite 131

ausgewählte Zielkrankenhaus wird automatisch mit der Zuweisung über die bevorstehende Anfahrt informiert und kann noch vor dem Eintreffen der Patientin bzw. des Patienten gezielte Vorbereitungen insbesondere in der Notaufnahme beginnen. Eine Veränderung des Zuweisungszieles durch das Zielkrankenhaus ist nur im besonders zu begründenden Ausnahmefall zulässig.

Die einsatzbezogene Kommunikation mit der Berliner Feuerwehr und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung erfolgt in den Berliner Notfallkrankenhäusern und Notfallzentren durch die Funktion eines 24 Stunden am Tag und 7 Tage die Woche besetzten ärztlichen Notfallkoordinators bzw. ärztliche Notfallkoordinatorin. Ärztlicher Notfallkoordinator bzw. ärztliche Notfallkoordinatorin kann der Leiter oder die Leiterin der Zentralen Notaufnahme, der stellvertretende Leiter oder die stellvertretende Leiterin der Zentralen Notaufnahme oder ein diensthabender Arzt bzw. die diensthabende Ärztin der zentralen Notaufnahme sein. Der diensthabende ärztliche Notfallkoordinator bzw. die diensthabende ärztliche Notfallkoordinatorin ist über eine eigene Rufnummer jederzeit erreichbar. Aufgaben des Notfallkoordinators bzw. der Notfallkoordinatorin sind es, jederzeit gegenüber dem Rettungsdienst und der Leitstelle der Berliner Feuerwehr über die Ressourcenverfügbarkeit und Behandlungskapazitäten des Krankenhauses auskunftsfähig zu sein und die entsprechenden Eintragungen in IVENA sicherzustellen. Dies bezieht sich dabei sowohl auf die Versorgungs- und Aufnahmefähigkeit einzelner, vom Rettungsdienst zugewiesener Patientinnen und Patienten als auch auf Ausnahmesituationen, wie einen Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten, Pandemien und den Katastrophenschutz.

Prozesse und Qualitätssicherung

- Die starke Inanspruchnahme der Notaufnahmen führt zwangsläufig zu Wartezeiten. Entscheidend ist, dass dringend behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten rechtzeitig identifiziert und behandelt werden. Hierzu ist eine strukturierte Ersteinschätzung der Patientinnen und Patienten mit einem validierten Ersteinschätzungssystem unmittelbar bei Erstkontakt (spätestens innerhalb von 10 Minuten) sicherzustellen. Zur Qualitätssicherung müssen die Warte- und Behandlungszeiten in den entsprechenden Dringlichkeitskategorien von den Notfallkrankenhäusern und Notfallzentren dokumentiert und bewertet werden. Die personelle Ausstattung der Notaufnahmen ist so zu bemessen, dass die unmittelbare strukturierte Ersteinschätzung zu jeder Zeit gewährleistet ist und die maximalen Wartezeiten in den jeweiligen Dringlichkeitskategorien bis zum Beginn der ärztlichen Behandlung grundsätzlich nicht überschritten werden.
- Die Qualitätssicherung in der Notfallversorgung, an der sich alle Notfallkrankenhäuser und -zentren beteiligen sollen, wird die Berliner Ärztekammer federführend begleiten. Sie hat über ihren Vorstand den Arbeitskreis „Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin“ beauftragt, mögliche Qualitätsindikatoren für eine klinikübergreifende Qualitätssicherung in der Notfallversorgung zu ermitteln. Längerfristig wäre eine Begleitung durch die Ärztekammer Berlinanalog zum Herz- oder Schlaganfallregister vorstellbar.
- Die im Krankenhausplan 2020 festgelegten Qualitätsanforderungen sollen regelmäßig evaluiert werden, um zu gewährleisten, dass die Anforderungen dauerhaft erfüllt sind. Die Erkenntnisse sollen in der künftigen Krankenhausplanung berücksichtigt werden.

Vertragsärztliche Notfallversorgung

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung der Patienten liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Mit dem Krankenhausstrukturgesetz sind die Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch stärker in die Pflicht genommen worden, mit den Krankenhäusern im Rahmen der Notfallversorgung zu kooperieren. Nach § 75 Abs. 1b SGB V sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstellen einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. In Berlin hat das Landesgremium nach § 90a SGB V 2016 empfohlen, eine flächendeckende Abdeckung durch Notfallpraxen herzustellen und diese hierzu an großen Notfallkrankenhäusern in räumlicher Nähe zur Notaufnahme anzusiedeln. Eine strukturierte Ersteinschätzung muss auch in den Portalpraxen als Grundlage der Patientensteuerung durchgeführt und die Effekte evaluiert werden. Unter Berücksichtigung dieser Empfehlungen haben KV Berlin, Krankenkassen(-verbände) und BKG am 30. Juni 2016 einen dreiseitigen Rahmenvertrag zur Umsetzung des § 115 Absatz 2 Ziffer 3 SGB V zur Einrichtung von Portalpraxen abgeschlossen.

Die u. a. vom Sachverständigenrat für Gesundheit geforderte und vom Bundesministerium für Gesundheit seit 2017 verfolgte Reform sah eine bessere Verzahnung der Sektoren in der Notfallversorgung vor und wollte dies mit Integrierten Notfallzentren an Notfallkrankenhäusern erreichen. Aktuell wird diese Entwicklung nicht weiterverfolgt, die Etablierung von Notfallpraxen an Krankenhausnotaufnahmen sowohl für Kinder als auch für Erwachsene durch die KV hat in Berlin jedoch unter der Moderation der Senatsverwaltung für Gesundheit zugenommen und umfasst Stand Juni 2021 sechs Praxen für Erwachsene und fünf Praxen für Kinder und Jugendliche²¹. Die ambulante Notfallversorgung wird auch weiterhin durch den fahrenden Bereitschaftsdienst der KV ergänzt. Die Notfall-Rufnummer der KV wurde auf die bundesweit einheitliche 116 117 umgestellt und disponiert die Anrufer mittels eines strukturierten Systems.

Trotz dieser Angebote tragen die Notaufnahmen der Notfallzentren und Notfallkrankenhäuser in Berlin auch weiterhin entscheidend zur sektorenübergreifenden Versorgung von Notfällen bei. Da Patientinnen und Patienten mit Symptomen kommen und oft die Behandlungsdringlichkeit ihres Zustandes nicht korrekt einschätzen können, muss der Zugang zu diesem System niederschwellig gehalten werden. Zudem benötigt ein Teil der in den Notaufnahmen ambulant behandelten Patientinnen und Patienten Mittel des Krankenhauses zur Behandlung, die in vertragsärztlichen Strukturen nicht zeitgerecht erbracht werden können und deren Versorgung in den Notaufnahmen somit medizinisch geboten ist. Die Kostendeckung der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, insbesondere für diese Patientengruppe, wird derzeit kontrovers diskutiert und überwiegend als nicht ausreichend angesehen.

Präklinische Notfallrettung

Die Organisation der Notfallrettung obliegt in Berlin der für den Rettungsdienst zuständigen Senatsverwaltung für Inneres und Sport. Einzelheiten zum Notarztdienst werden gemeinsam mit der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung geregelt (§ 7 Berliner Rettungsdienstgesetz). Die Stationierungsorte der Notarztfahrzeuge orientieren sich an einsatztaktischen Gegebenheiten und werden von der Berliner Feuerwehr festgelegt. Die Gestellung von Notärztinnen und Notärzten erfolgt derzeit in der Regel durch an der Notfallrettung mitwirkenden Kliniken. Ausnahme sind die

²¹ www.kvberlin.de/fuer-patienten/aerztlicher-bereitschaftsdienst-116117

Oberärztinnen und Oberärzte der Berliner Feuerwehr und weitere Spezialfunktionen wie z. B. das Telenotarzt-System der Berliner Feuerwehr. Zur Schaffung von Synergien und Reduktion von Schnittstellenproblemen sind die arztbesetzten Rettungsmittel organisatorisch an die zentrale Notaufnahme angebunden. Eine Minimalvoraussetzung für die Mitwirkung an der Notfallrettung ist die Ausweisung im Krankenhausplan als Notfallkrankenhaus. Eine Übersicht über die in Berlin vorgehaltenen notarztbesetzten Rettungsmittel ist der Tabelle 11.1.–2 zu entnehmen. Eine Übersicht über genehmigte Hubschrauberlandeplätze an Berliner Kliniken ist Tabelle 11.1.–3 zu entnehmen.

Tab. 11.1.–2: Übersicht über die arztbesetzten Rettungsmittel im Land Berlin

Anzahl	Fahrzeug	Durchführender
25	Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)	Berliner Feuerwehr
1	Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)	Bundeswehrkrankenhaus Berlin
4	Intensivtransportwagen (ITW)	ASB Rettungsdienst Berlin gGmbH DRK Rettungsdienst Berlin gGmbH Johanniter Unfallhilfe e.V. Regionalverband Berlin Malteser Hilfsdienst gGmbH im Land Berlin
1	Rettungshubschrauber (RTH)	ADAC Luftrettung gGmbH
1	Intensivtransporthubschrauber (ITH) ¹⁾	DRF-Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG

¹⁾ gemeinsamer Versorgungsauftrag für Berlin und Brandenburg

Tab. 11.1.–3: Genehmigte Hubschrauberlandeplätze¹⁾ an Kliniken in Berlin

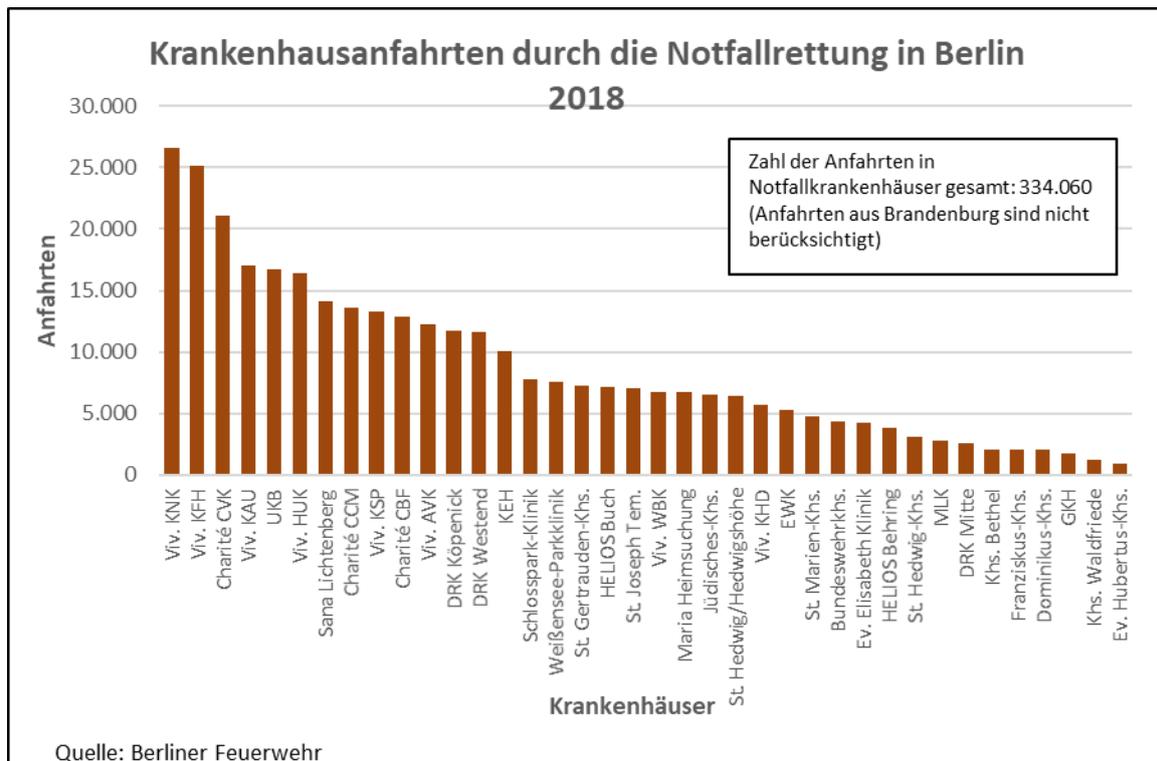
Region	Standort	Bemerkung
Mitte	Charité – Campus Virchow-Klinikum Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Tag/Nacht
Nord	Vivantes Humboldt-Klinikum Am Nordgraben 2 13509 Berlin	nur Tag, begrenzt auf 3,5 t
	HELIOS Klinikum Berlin-Buch Schwanebecker Chaussee 50 13125 Berlin	Tag/Nacht
Südwest	Charité – Campus Benjamin Franklin Klingsorstraße 107 12203 Berlin	Tag/Nacht Stationierungsort RTH ²⁾ Christoph 31
Ost	Unfallkrankenhaus Berlin Warener Straße 7 123685 Berlin	Tag/Nacht Stationierungsort ITH ²⁾ Christoph Berlin

²⁾ Sonderregelung

²⁾ ITH = Intensivtransporthubschrauber, RTH = Rettungstransporthubschrauber

Landestellen im öffentlichen Interesse (PIS) ²²

- DRK-Kliniken Berlin | Köpenick
- Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
- Helios Klinikum Emil von Behring
- Vivantes Klinikum Spandau
- Vivantes Wenckeback-Klinikum
- Neukölln Krankenhaus
- Bundeswehr Krankenhaus
- Vivantes Klinikum im Friedrichshain
- Ev. Waldkrankenhaus Spandau.

Abb. 11.1.–1:**Sicherheitskonzepte der Notfallkrankenhäuser****I. Katastrophenschutz****1. Allgemeines, Begriffsdefinition**

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, zum Schutz der Allgemeinheit vor Gefahren und Schäden, Vorsorgemaßnahmen für den Eintritt von Katastrophen oder Gefahrenlagen zu treffen. Die Definition der Katastrophe und der Großschadenslage ergibt sich aus § 1 des neuen Katastrophenschutzgesetzes des Landes Berlin (KatSG Bln) vom 17. Juni 2021. Die Krankenhäuser sind erstmals konkret als Mitwirkende im Katastrophenschutzgesetz des Landes Berlins erwähnt (§ 26 KatSG Bln). Eine Gefahrenlage im Krankenhaus liegt vor, wenn durch externe oder interne Ereignisse der Betriebsablauf des Krankenhauses so gestört ist, dass die sachgerechte Versorgung

²² Quelle: Luftfahrt-Bundesamt; Stand April 2021; www.lba.de/DE/Betrieb/Flugbetrieb/PIS/PIS_node.html

der Patientinnen und Patienten nicht mehr durchgeführt werden kann oder gefährdet erscheint. Insbesondere liegt eine Gefahrenlage bei einem Massenanfall von Verletzten, bei chemischen, biologischen, radioaktiven oder nuklearen Gefahren (CBRN), bei Räumung und Evakuierung oder bei einer erheblichen Beeinträchtigung kritischer Infrastrukturen sowie Gewaltdelikten vor.

2. *Katastrophenschutzbeauftrage/-r*

Die Krankenhäuser benennen gegenüber der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung mindestens eine Person als Katastrophenschutzbeauftragte/-n oder Notfall- und Krisenmanager/-in, welche/-r die Vorsorgemaßnahmen koordiniert.

3. *Alarmierungs- und Einsatzpläne*

Wesentlicher Teil der Katastrophenvorsorge ist es, Alarmierungs- und Einsatzpläne für Katastrophen oder Gefahrenlagen zu erstellen und regelmäßig fortzuschreiben. Alarmierungspläne legen Alarmierungsabläufe im Krankenhaus bei einer Katastrophe oder Gefahrenlage fest. Die Einsatzpläne legen Maßnahmen für die bei Katastrophen oder Gefahrenlagen erforderlichen Funktionseinheiten eines Krankenhauses fest.

Alarmierungs- und Einsatzpläne für Gefahrenlagen, die aufgrund eines Massenanfalls von Verletzten entstehen, müssen nur von Aufnahmekrankenhäusern erstellt und fortgeschrieben werden.

Zum Ende eines jeden Kalenderjahres legen die Krankenhäuser der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung ihre aktuellen Alarmierungs- und Einsatzpläne vor.

4. *Alarmierung und Information*

Die Krankenhäuser treffen geeignete technische Vorkehrungen, die gesondert vorgehalten werden und zum Empfang von Alarmierungsmeldungen über externe Ereignisse dienen, die eine Katastrophe oder Gefahrenlage darstellen können. Die Bearbeitung eingehender Alarmierungsmeldungen ist jederzeit zu gewährleisten. Sie halten ein geeignetes Alarmierungsverfahren vor, um anwesendes und nicht anwesendes Personal zur Bewältigung der Katastrophe oder Gefahrenlage zu alarmieren. Bei Vorliegen einer Katastrophe oder Gefahrenlage sind die Krankenhäuser verpflichtet, der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung in angemessenen zeitlichen Abständen einen Bericht über die Anzahl der eingelieferten oder betroffenen Patientinnen und Patienten zu liefern.

Die Krankenhäuser unterrichten die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung unverzüglich über Gefahrenlagen oder besondere Vorkommnisse, die durch interne Ereignisse hervorgerufen wurden, und teilen ihr die getroffenen Vorsorge- und Abwehrmaßnahmen mit.

5. *Führungsorganisation*

Bei Vorliegen einer Katastrophe oder Gefahrenlage richten die Krankenhäuser eine Einsatzleitung ein, die für die Koordinierung der Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren und Schäden verantwortlich ist. Die Krankenhäuser bestimmen für die Zeiten außerhalb der üblichen Dienstzeiten eine Fachärztin oder einen Facharzt oder eine Oberärztin oder einen Oberarzt als diensthabende ärztliche Beauftragte oder als diensthabenden ärztlichen Beauftragten. Diese oder dieser entscheidet in der ersten Einsatzphase über den Umfang der Alarmierungsmaßnahmen und die Einleitung erster Einsatzmaßnahmen.

6. Sachausstattung

Die Krankenhäuser halten die Sachausstattung, die für die Versorgung von Verletzten aufgrund einer Katastrophe oder Gefahrenlage erforderlich ist, ständig bereit. Aufnahmekrankenhäuser halten eine Notdekontaminationsmöglichkeit für kontaminierte Patientinnen und Patienten sowie zum Schutz des Personals und persönliche Schutzausrüstung für CBRN-Gefahrenlagen im angemessenen Umfang vor.

In 26 Aufnahmekrankenhäusern wurde die OP-Ausstattung um so genannte Berliner Notfall-OP-Siebe ergänzt, welche sowohl im Regelbetrieb als auch in der Großschadenlage oder Katastrophe für die Versorgung Schwerverletzter verwendet werden.

7. Aus- und Fortbildung, Übungen

Die Krankenhäuser schulen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den Eintritt einer Katastrophe oder Gefahrenlage durch geeignete Aus- und Fortbildungen. Insbesondere werden die Festlegungen der Alarmierungs- und Einsatzpläne regelmäßig geschult. Sie überprüfen ihre Alarmierungs- und Einsatzpläne durch regelmäßige Übungen und Trainings, die sie in eigener Verantwortung durchführen.

Darüber hinaus werden regelmäßig unangekündigte und angekündigte Übungen durch die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung durchgeführt. Diese umfassen Krankenhausvollübungen (Erprobung der Einsatzbereitschaft aller Funktionsbereiche des Krankenhauses), Dekontaminationsvollübungen (Erprobung der Einsatzbereitschaft aller Funktionsbereiche des Krankenhauses sowie zusätzlich der Dekontaminationseinrichtung), Dekontaminationstrainings (Erprobung der Einsatzbereitschaft ausschließlich der Dekontaminationseinrichtung), Stabsübungen (Erprobung der Einsatzbereitschaft der Krankenhauseinsatzleitung) und individuell geplante Sonderübungen.

8. Massenansturm von Verletzten

Bei einem Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten haben die Aufnahmekrankenhäuser die Aufnahmekapazität so zu erhöhen, dass eine Vielzahl von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten in kurzer Zeit medizinisch versorgt werden kann. Bei Bedarf stellen die Aufnahmekrankenhäuser zusätzliche Notbetten auf, so dass eine längerfristige Belegung von 10 Prozent über die Zahl der ordnungsbehördlich genehmigten Betten hinaus ermöglicht wird.

9. Schutz kritischer Infrastrukturen

Damit die Krankenhäuser ihre gesetzlich zugewiesenen Aufgaben bei Ausfall oder Beeinträchtigung kritischer Infrastrukturen angemessen fortführen können, haben sie durch geeignete Maßnahmen, insbesondere durch Risikoanalysen, die Entstehung eines Ausfalls oder einer Beeinträchtigung kritischer Infrastrukturen vorzubeugen und geeignete Planungen zur Eindämmung und Bewältigung eines Schadensereignisses zu treffen. Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung unterstützt hierbei mit finanziellen Mitteln und eigenen Ressourcen.

II. Sicherheit im Krankenhaus

Krankenhäuser gewährleisten durch geeignete Vorkehrungen die Sicherheit des Personals sowie der Patientinnen und Patienten. Die getroffenen Maßnahmen sind vorab einer Abwägung zwischen dem Sicherheitsbedürfnis des Personals sowie der Patientinnen und Patienten und den Persönlichkeitsrechten der von der Sicherheitsmaßnahme betroffenen Personen zu unterziehen. Geeignete Maßnahmen in diesem Sinne können insbesondere sein:

- Einschränkung von Zutritten zu Gebäuden, Wegen oder Bereichen
- Zugangskontrollen mit Legitimationsdokumenten
- Einsatz von Sicherheitspersonal
- Einsatz von Videoüberwachung
- Einführung von klinikweiten Warnsystemen.

11.2. Ausweisung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten

Durch die Ausweisung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten sollen die Qualität der stationären Versorgung weiter erhöht, die Weitergabe vorhandener Fachkompetenz gestärkt, spezielle Versorgungsaufträge bedarfsgerecht zugewiesen und Behandlungsangebote sinnvoll konzentriert werden. Der Gesetzgeber hat im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) festgelegt, dass die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraussetzen (§ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntG).

Die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten sollen nur Leistungen umfassen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden (§ 2 Abs. 2 Satz 5 KHEntG). Daher wird sich die Ausweisung besonderer Aufgaben auf wenige Einrichtungen beschränken.

Vor diesem Hintergrund hat im Land Berlin der Fachausschuss Krankenhausplanung auf seinen Sitzungen am 15.11.2017, am 21.3.2018, am 17.5.2018, am 15.8.2018, 18.10.2018 und am 7.12.2018 diskutiert, wie gesetzliche Vorgaben, höchstrichterliche Rechtsprechung und die Vereinbarungen der Vertragsparteien zu bewerten und in Hinblick auf die besonderen Gegebenheiten im Land Berlin umzusetzen sind. Eine solche regionale Differenzierung ist gesetzgeberisch auch vorgesehen (vgl. BT-Drs. 15/3672, S. 13) und steht zudem im Einklang mit der landesrechtlichen Kompetenz zur Standortplanung von Zentren und Schwerpunkten. Die nachfolgend dargestellten Anforderungen sind einem dynamischen Prozess unterworfen, der sich an bundespolitischen Entwicklungen orientiert und wurden weitgehend geeint erarbeitet.

Rahmenbedingungen

§ 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V gibt vor, dass sich besondere Aufgaben insbesondere aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung (a)), der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen (b)), oder der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen (c)) ergeben können.

Das Kriterium der Überörtlichkeit wird nach übereinstimmender Auffassung im Fachausschuss für den Raum Berlin angesichts der Vielzahl von Krankenhäusern, ihrer hohen Spezialisierungen und der allgemein kurzen Wege keine große Rolle spielen. Allgemein verlangt der Zentrumsbegriff nicht zwingend einen „überregionalen“ Einzugsbereich (BVerwG 3 C 13.13, Urt. v. 22.05.2014).

Das Zentrum steht für besondere Kompetenz, Ausstattung und Erfahrung einer Einrichtung (BGH I ZR 104/10, Urt. v. 18.01.2012). Die konkrete Ausgestaltung dieser Vorgaben wird durch das Aufstellen grundsätzlicher Anforderungen vorgenommen. Ein Zentrum verfügt somit in jeglicher Hinsicht über eine außergewöhnliche Fachexpertise und soll damit Aspekte wie eine hohe Qualifikation und Interdisziplinarität des Personals, eine qualitätsorientierte und vernetzte Arbeitsweise, fachliche Breite sowie überdurchschnittlich hohe Behandlungszahlen berücksichtigen.

Die im Land Berlin für die Krankenhausplanung zuständige Senatsverwaltung hat sich nach eingehender Beratung und Befassung im Fachausschuss entschlossen, die Ausweisung der besonderen Aufgaben von onkologischen Zentren, Lungenzentren und Zentren für Seltene Erkrankungen zu regeln. Diese Liste ist nicht abschließend.

Verfahren

Das von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung des Landes Berlin in Abstimmung mit den Teilnehmern des Fachausschusses Krankenhausplanung erarbeitete Fachprogramm (das so genannte „Zentrumskonzept“) beinhaltet die Anforderungen an ein Krankenhaus, die es zur Erfüllung der Voraussetzungen zu einer Ausweisung als Zentrum oder Schwerpunkt durch die Verwaltung nachzuweisen hat. Die genauen Inhalte der besonderen Aufgaben sowie die zu erbringenden Leistungen werden im Folgenden näher erläutert. Die Frage, ob und in welcher Höhe Zentrumszuschläge nach § 5 Abs. 3 KHEntG beansprucht werden können, sind Gegenstand der Pflegesatzverhandlungen nach § 11 KHEntG bzw. der Schiedsstellenvereinbarung nach § 13 KHEntG i.V.m. § 18 a Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

Die Entscheidung über die Ausweisung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntG erfolgt gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 2 KHG durch die für Gesundheit, im Falle der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Verbindung mit der für Wissenschaft zuständigen Senatsverwaltung des Landes Berlin, auf Antrag des Krankenhauses im Feststellungsbescheid. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung selbständig über Änderungen im Zusammenhang mit den Anforderungen und besonderen Aufgaben des Zentrumskonzeptes zu informieren. Die Planungsbehörde prüft die Auswirkungen der Änderungen und wird ggf. den Feststellungsbescheid ändern. Andernfalls gilt dieser längstens bis zum Erlass eines neuen Feststellungsbescheides im Rahmen des nächsten Krankenhausplanes.

Alle nachfolgenden Vorgaben sind standortbezogen zu verstehen und grundsätzlich sämtlich an diesem Standort vorzuhalten beziehungsweise zu erbringen. Eine Antragsstellung muss grundsätzlich für jeden der oben genannten Versorgungsbereiche, soweit zutreffend, separat erfolgen.

Sollte eine Auswahlentscheidung zu treffen sein, sind Kriterien wie Mindestvorgaben bei den grundsätzlichen Anforderungen, Fallzahlen oder die Zertifizierung sowie die Erfüllung der besonderen Aufgaben bei der Ermessensausübung zu berücksichtigen.

Soweit nicht anders bestimmt, werden die nachstehenden Anforderungen und besonderen Aufgaben durch schriftliche Bestätigung gegenüber der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung nachgewiesen.

1. Onkologische Zentren und Schwerpunkte

Die außergewöhnliche Fachexpertise eines onkologischen Zentrums sollte sich durch die hohe Qualifikation und Interdisziplinarität des Personals und seiner qualitätsorientierten und vernetzten Arbeitsweise, sowie durch fachliche Breite bei überdurchschnittlich hohen Behandlungszahlen in der Onkologie auszeichnen.

Hierzu wurde im Fachausschuss grundsätzlich eine Zertifizierung als Onkologisches Zentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) für zweckmäßig erachtet. Darüber hinaus sichert die Zertifizierung durch die DKG eine leitliniengerechte Behandlung, eine interdisziplinäre und transsektorale Ausrichtung sowie die Erfüllung wichtiger personeller Vorgaben ab.

Als Einrichtung mit außergewöhnlicher Fachexpertise und Anziehungskraft muss ein onkologisches Zentrum zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntG darüber hinaus

ein gewisses herausragendes Leistungsvolumen aufweisen. Zu belegen ist dies durch die aktuelle Zertifizierung der DKG als onkologisches Zentrum mit mindestens vier zertifizierten Organkrebszentren/Modulen.

In abgestufter Abgrenzung zur Ausweisung Onkologischer Zentren bedarf es für die Ausweisung als Onkologischer Schwerpunkt im Sinne des Berliner Krankenhausplans neben der Erfüllung aller Voraussetzungen nach diesem Konzept lediglich der „einfachen“ Zertifizierung als Onkologisches Zentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG).

Die Ausweisung von onkologischen Schwerpunkten ist als Abstufung zu den onkologischen Zentren laut Berliner Zentrumskonzept und den ihnen zugewiesenen besonderen Aufgaben zu sehen.

Ziel der Ausweisung von onkologischen Schwerpunkten ist die Konzentration der Behandlung von Tumorentitäten, die eine Konzentration von Expertise voraussetzen. Die krankenhäusübergreifende Aufgabenwahrnehmung tritt hier im Gegensatz zu Zentren in den Hintergrund.

Das Konzept wird die im Krankenhausplan 2016 beschriebenen und im Feststellungsbescheid per Fußnote ausgewiesenen onkologischen Schwerpunkte ablösen und Teil des Krankenhausplanes Berlin 2020 werden.

Grundsätzliche Anforderungen an Onkologische Zentren und Schwerpunkte

- **Aktuelle Zertifizierung der DKG für ein onkologisches Zentrum**
 - **Im Falle des Onkologischen Zentrums nach Berliner Vorgaben mit mindestens vier zertifizierten Organkrebszentren/Modulen**
 - ➔ **Nachweis durch:** Vorlage der Zertifikate

(Anmerkung: Das Vorliegen der Zertifizierung einer anderen Fachgesellschaft (bspw. DGHO) mit entsprechendem Nachweis wird bis zum Auslauf der jeweiligen Zertifizierungsdauer akzeptiert.)
- **Krankenhäusübergreifende Aufgabenwahrnehmung im Rahmen eines sektorenübergreifenden Netzwerkes**
 - ➔ **Nachweis durch:** schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit mindestens 3 Krankenhäusern aus einem anderen Unternehmensverbund
- **Abstimmung der Qualitätsmanagementkonzepte zwischen den Kooperationspartnern, bezogen auf zentrumsbezogene Leistungen**
 - ➔ **Nachweis durch:** schriftliches, zwischen den Kooperationspartnern abgestimmtes Konzept für die zentrumsbezogenen Leistungen unter klarer Definition der führenden Rolle des Zentrums im Rahmen der Abstimmung; auch als Bestandteil der Kooperationsverträge
- **Vorhaltung von zentrumsbestimmenden Fachabteilungen, darunter zwingend im Zentrum vorzuhalten: Radiologie und ein palliativmedizinisches Angebot; Routinelabor inklusive Blutbank sowie Pathologie auch über Kooperationen möglich**
 - ➔ **Nachweis durch:** schriftliche Fachgebietskonzeption, die dem Versorgungsauftrag gemäß aktuellem Feststellungsbescheid entspricht

- **(interdisziplinäres) Behandlungskonzept, das auch sektorenübergreifende Strukturen erfasst: Chemo- und Strahlentherapien, Palliativdienst, Sozialdienste, Kooperationen mit Niedergelassenen, Reha-Einrichtungen, etc.**
 - ➔ **Nachweis durch:** Zertifizierung als onkologisches Zentrum nach der DKG
- **Onkologisch erfahrenes ärztliches Personal in den einzelnen Fachabteilungen des Zentrums, in denen die jeweilige Tumorerkrankung behandelt wird, jederzeit vor Ort; onkologisch erfahrene Fachärztin oder erfahrener Facharzt im Rahmen eines Rufdienstes jederzeit erreichbar; Fachärztin oder -arzt der Fachgebiete Anästhesiologie, Innere Medizin und Radiologie sowie des Fachgebiets Chirurgie (WBO 1994) bzw. Allgemeine Chirurgie oder Visceralchirurgie jederzeit vor Ort.**
 - ➔ **Nachweis durch:** schriftliche Bestätigung durch das Krankenhaus
- **Standardisierte Weiterempfehlung von Patientinnen und Patienten in Fällen, die schwerpunktmäßig nicht zentrumsbegründende Fachgebiete betreffen**
 - ➔ **Nachweis durch:** schriftlich niedergelegtes, transparentes und verbindliches Weiterempfehlungsverfahren
- **Studienteilnahme von mindestens 5 Prozent der Tumorpatientinnen oder -patienten**
 - ➔ **Nachweis durch:** Zertifizierung
- **Einrichtung eines Lenkungsgremiums mit Zentrumsleitung und Stellvertretung als verantwortliche Personen für die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit des Zentrums:**
 - **onkologisch erfahrene Fachärztinnen oder -ärzte (mit gebietsbezogenem onkologischen Schwerpunkt oder onkologischer Zusatzbezeichnung)**
 - **Weiterbildungsbefugnis in vollem Umfang für das entsprechende Gebiet**
 - **mindestens 5 Jahre Erfahrung auf dem entsprechenden Gebiet**
 - **Publikationstätigkeit**
 - ➔ **Nachweis durch:** schriftlicher Beleg über Bestand, Qualifikation und Organisation des Lenkungsgremiums einschließlich Vertretungsregelungen
- **Leitung der einzelnen Fachabteilungen des Zentrums, in denen die jeweilige Tumorerkrankung behandelt wird, besitzt grundsätzlich volle Weiterbildungsbefugnis für die entsprechenden Gebiete, am Zentrumsstandort auch kumulativ erfüllbar**
 - ➔ **Nachweis durch:** schriftliche Bestätigung durch das Krankenhaus
- **Onkologische Fachpflegekräfte: mindestens 2 (vollzeitäquivalente) onkologische Fachpflegekräfte pro Fachabteilung des Zentrums, in denen die jeweilige Tumorerkrankung behandelt wird; ständige Weiterbildung von mindestens 2 Pflegekräften zu onkologischen Fachpflegekräften**
 - ➔ **Nachweis durch:** Schriftliche Bestätigung durch das Krankenhaus

Verfahren:

Die Ausweisung als Onkologisches Zentrum/Schwerpunkt erfolgt auf Antrag des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid. Dabei ist die Erfüllung der vorstehenden Anforderungen der für

Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung schriftlich nachzuweisen. Alle an onkologische Zentren und Schwerpunkte zu stellenden Anforderungen sind dabei standortbezogen zu erfüllen.

Bei Erfüllung der vorstehend genannten grundsätzlichen Anforderungen und Ausweisung durch die für Gesundheit, im Falle der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Verbindung mit der für Wissenschaft zuständigen Senatsverwaltung können besondere Aufgaben entsprechend der Vorgaben der **Anlage 2** der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) vereinbart werden.

2. Lungenzentren

Bei der landesplanerischen Konzeption zur Ausweisung besonderer Aufgaben von onkologischen Zentren nehmen DKG-zertifizierte Lungenzentren einen Sonderstatus ein. Zum einen befinden sie sich zum Teil an Krankenhäusern, die nicht die fachliche Breite für ein onkologisches Zentrum besitzen, zum anderen werden hier auch schwerpunktmäßig nicht-bösartige Lungenerkrankungen behandelt.

Um einer vollumfassenden Tumorversorgung in Berlin gerecht zu werden, werden im umfangmäßig so großen Versorgungsbereich der Behandlung gutartiger und bösartiger Lungenerkrankungen Krankenhäuser, die folgende Voraussetzungen erfüllen, gemäß Krankenhausentgeltgesetz als Lungenzentren ausgewiesen und nehmen in dieser Funktion besondere Aufgaben analog zu den besonderen Aufgaben onkologischer Zentren wahr.

Grundsätzliche Anforderungen an Lungenzentren

- **im Krankenhausplan ausgewiesene Fachabteilungen für Thoraxchirurgie und Pulmologie**
- **Zertifizierung als Lungenkrebszentrum durch die DKG**
 - ➔ **Nachweis durch:** Zertifikat
- **Zertifizierung als Kompetenzzentrum Thoraxchirurgie durch die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)**
 - ➔ **Nachweis durch:** Zertifikat
- **Zertifizierung als Weaningzentrum durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)**
 - ➔ **Nachweis durch:** Zertifikat

Verfahren

Die Ausweisung als Lungenzentrum erfolgt auf Antrag des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid. Dabei ist die Erfüllung der nachstehenden Anforderungen der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung schriftlich nachzuweisen. Alle Anforderungen sind dabei standortbezogen zu erfüllen.

Bei Erfüllung der vorstehend genannten grundsätzlichen Anforderungen und Ausweisung durch die für Gesundheit, im Falle der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Verbindung mit der für Wissenschaft zuständigen Senatsverwaltung können besondere Aufgaben entsprechend der Vorgaben der **Anlage 3** der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung

der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) vereinbart werden.

3. Zentren für seltene Erkrankungen (NAMSE)

Grundsätzliche Anforderungen sind gemäß dem Anforderungskatalog für Typ A Zentren (Referenzzentren für Seltene Erkrankungen (SE)) und Typ B Zentren (Fachzentren für SE) des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) zu erfüllen und der Nachweis über die Anerkennung als Referenzzentrum oder Fachzentrum für Seltene Erkrankungen durch NAMSE zu erbringen.

Verfahren

Die Ausweisung als Zentren für seltene Erkrankungen erfolgt auf Antrag des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid. Dabei ist die Erfüllung der nachstehenden Anforderungen der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung schriftlich nachzuweisen. Alle Anforderungen sind dabei standortbezogen zu erfüllen.

Bei Erfüllung der vorstehend genannten grundsätzlichen Anforderungen und Ausweisung durch die für Gesundheit, im Falle der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Verbindung mit der für Wissenschaft zuständigen Senatsverwaltung können besondere Aufgaben entsprechend der Vorgaben der **Anlage 1** der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) vereinbart werden.

4. Weitere Zentrenarten

Verfahren:

Die Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten, für die der Gemeinsame Bundesausschuss bereits Anlagen beschlossen hat, für die aber noch keine landesseitigen Vorgaben existieren, erfolgt auf Antrag des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid.

Die für Gesundheit, im Falle der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Verbindung mit der für Wissenschaft zuständigen Senatsverwaltung entscheidet in jedem Einzelfall gesondert über den Antrag. Sie legt dabei ihrer Entscheidung das vom Krankenhaus im Antrag in geeigneter Weise nachgewiesene Erfüllen der Strukturvoraussetzungen der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) zugrunde.

Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung behält sich vor, innerhalb des Zeitlaufs des Krankenhausplans 2020 zu weiteren Anlagen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses gesonderte Voraussetzungen für die Ausweisung zu definieren.

11.3. Geriatrie und Versorgung Demenzerkrankter

Die gestiegene Lebenserwartung und geänderte Altersstruktur führen zu einem verstärkten Zuwachs der älteren Menschen innerhalb der Gesamtpopulation Berlins. Generelles Ziel ist es, eine qualitativ gute Krankenhausversorgung für alte Menschen sicherzustellen.

Mit steigendem Lebensalter nehmen in der Regel auch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die Anfälligkeit sowie die Häufigkeit, Schwere und Vielzahl der Erkrankungen zu. Oft sind es akute Notfallereignisse oder heftige, aber unklare Beschwerden bei alten Menschen, die bei Betroffenen, Betreuenden und Angehörigen Ängste auslösen und zur Inanspruchnahme von Notaufnahmen in Krankenhäusern führen. Eher selten kommen elektive Einweisungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vor. Der Notaufnahme im Krankenhaus kommt daher eine zentrale Bedeutung und Lenkungsfunktion für die adäquate gesundheitliche Versorgung alter Menschen zu.

Bei multimorbiden Patientinnen und Patienten ist oft eine geriatrische Behandlung indiziert, selbst wenn das zur Krankenhausaufnahme führende Ereignis vorrangig in die Domäne der Chirurgie (z. B. bei Oberschenkelhalsbruch), der Kardiologie (z. B. bei Herzinfarkt) oder der Neurologie (z. B. bei Schlaganfall) gehört.

Krankenhäuser sind – abgesehen von Hospizen – jedoch immer nur das letzte Glied in der Versorgungskette. Vorgeschaltet ist eine Reihe von ambulanten und komplementären Einrichtungen. Je besser diese untereinander und mit Krankenhäusern zusammenarbeiten, desto besser wird die gesundheitliche und soziale Betreuung und Versorgung alter Menschen. Entscheidend zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses ist der Gewinn an Lebensqualität.

Besonders für alte Menschen ist ein Krankenhausaufenthalt ein einschneidendes Erlebnis, das mit erheblichem Stress verbunden ist. Die eigene Vergänglichkeit mit zunehmenden körperlichen wie kognitiven Beeinträchtigungen wird offensichtlich. Auch werden die Belastungen, die eine Krankenhausbehandlung mit sich bringt, wesentlich schlechter verkräftet, als dies bei jüngeren Menschen der Fall ist.

So ist es nicht ungewöhnlich, dass diese Belastungssituation in der Notaufnahme selbst zur akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen kann, z. B. ein Delir auslöst, welches dann zur Demenz führt.

Aus den besonderen Versorgungsbedarfen älterer Menschen ergibt sich die Notwendigkeit nach wohnortnahen Angeboten. Grundlage für den regionalen Planungsansatz in diesem Bereich bilden die sechs planerischen Versorgungsregionen. Hierbei ergibt sich folgende regionale Planungspriorität:

1. Planungsregion ist Berlin. Bei Etablierung neuer Angebote ist auf eine regional gleichmäßige Verteilung in den sechs Versorgungsregionen zu achten.
2. Innerhalb jeder Planungsregion sollten – sofern es mehrere Anbieter gibt – die Angebote nach Möglichkeit gut verteilt sein.

Die vorhandenen und die geplanten 28 Krankenhausstandorte mit geriatrischen Abteilungen verteilen sich gemäß nachfolgender Übersicht auf die Versorgungsregionen:

Tab. 11.3.–1: Übersicht über die vorhandenen und geplanten Krankenhausstandorte mit geriatrischer Abteilung (Ist-Stand: 01.10.2020)

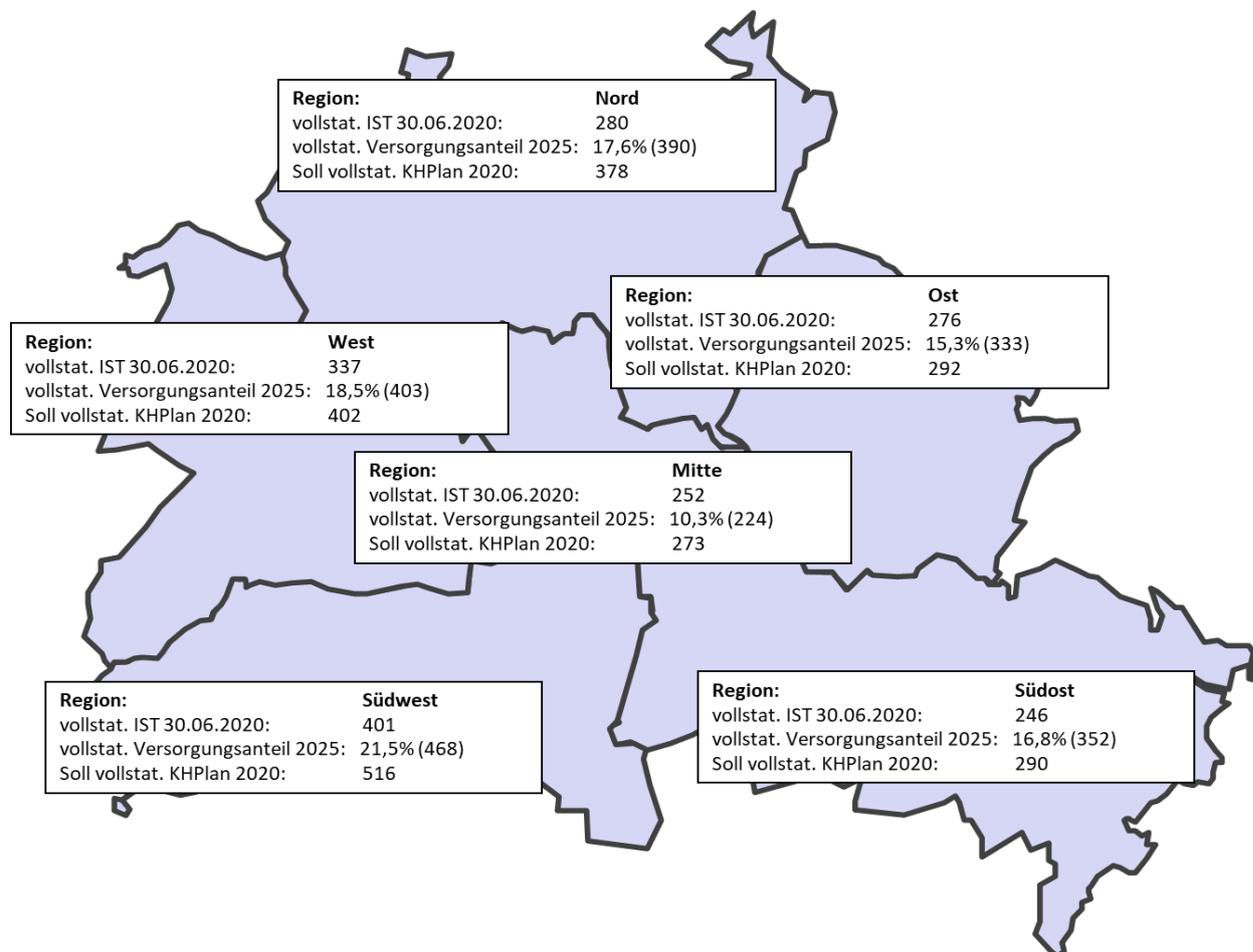
Region	Bezirk	Lfd. Nr.	Krankenhaus(-Standort)	Fach-khs.	Allgem.-Khs.	Voll-stat.	TK
Nord	Reinickendorf	1	Vivantes Humboldt-Klinikum		x	x	geplant
		2	Dominikus-Krankenhaus		x	x	x
		3	Vitanas	x		x	x
	Pankow	4	Helios Klinikum Buch		x	x	geplant
Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	5	Vivantes Klinikum im Friedrichshain		x	x	x
	Mitte	6	Evangelisches Geriatriezentrum Berlin (EGZB)	x		x	x
		7	St. Hedwig Kliniken Berlin – Große Hamburger Straße		x	x	x
Ost	Lichtenberg	8	Sana-Klinikum Lichtenberg		x	x	x
		9	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge		x	x	x
	Marzahn-Hellersdorf	10	Vivantes Klinikum Hellersdorf		x	x	x
		11	ARONA	x		x	x
West	Spandau	12	Ev. Johannesstift – Wichernkrankenhaus	x		x	x
		13	Ev. Waldkrankenhaus Spandau		x	x	x
		14	Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe		x	x	x
	Charlottenburg-Wilmersdorf	15	Malteser Krankenhaus		x	x	x
		16	St. Gertrauden Krankenhaus		x	x	x
		17	DRK Kliniken Berlin Westend		x	x	geplant
		18	Ev. Krankenhaus Hubertus		x	x	x
Süd-West	Steglitz-Zehlendorf	19	St. Marien-Krankenhaus		x	x	geplant
		20	Charité – CBF		x	x	
		21	HELIOS Emil-von-Behring		x	geplant	geplant
		22	Krankenhaus Bethel		x	x	x
	Tempelhof-Schöneberg	23	Vivantes Wenckebech-Klinikum		x	x	x
		24	Vivantes Auguste Viktoria Krankenhaus		x		x
		25	St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof		x	x	geplant
Süd-Ost	Neukölln	26	Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus	x		x	x
	Treptow-Köpenick	27	St. Hedwig-Kliniken Berlin / Hedwigshöhe		x	x	x
		28	DRK Kliniken Berlin Köpenick		x	x	x

Ausgangssituation und angestrebte regionale Verteilung des prognostizierten Bettenbedarfs

Zum Stichtag 30.06.2020 standen 2.064 ordnungsbehördlich genehmigte Betten/Plätze in Plankrankenhäusern zur Verfügung. Damit sind bis zu diesem Zeitpunkt die in den Krankenhausplan 2016 aufgenommenen 2.152 Betten/Plätze noch nicht in vollem Umfang errichtet. Der Bettenbedarf im Jahr 2025 wurde anhand des prognostizierten Pflegetagevolumens in geriatrischen Abteilungen festgestellt und liegt mit 2.097 Betten und 453 Plätzen bei 2.550 Betten/Plätzen.

In den Krankenhausplan 2020 wurden 2.151 Betten und 453 Plätze, also 2.604 Betten/Plätze aufgenommen.

Abb. 11.3.–1: Jetzige und mit dem Krankenhausplan 2020 angestrebte regionale Verteilung der geriatrischen Kapazitäten sowie der anhand der Bevölkerungsentwicklung und -zusammensetzung prognostizierte Versorgungsanteil für die jeweilige Versorgungsregion im Jahr 2025 in Prozent bzw. Betten/Plätzen



Strukturelle Anforderungen an die geriatrische Versorgung im Krankenhaus

Geriatrie ist auch im Krankenhausplan 2020 als Hauptabteilung ausgewiesen, d. h. es erfolgt im Plan auch eine qualitative und quantitative Vorgabe zur Kapazität der Abteilung (abschließende Planung). Geriatrische Komplexbehandlung ist nur mit der GKV abrechenbar, wenn diese in einem Krankenhaus (bzw. an einem Krankenhausstandort) erbracht wird, in (bzw. an) dem Geriatrie krankenhauplanerisch vorgesehen ist.

Voraussetzungen für den krankenhauplanerischen Ausweis geriatrischer Angebote sind:

A. Strukturmerkmale:

- Die Fachabteilung für Geriatrie ist ordnungsbehördlich genehmigt/konzessioniert.
- Die geriatrische Abteilung weist eine zusammenhängende Bettenstruktur auf und ist räumlich von den anderen Fachabteilungen getrennt.

- Eine geriatrische Abteilung ist grundsätzlich eingebunden in ein Allgemeinkrankenhaus. Bestehende Fachkliniken genießen - sofern Bedarf nachgewiesen wird - Bestandsschutz.
- Bei Auswahlentscheidungen zwischen mehreren Bewerbern gilt: Neue Fachkrankenhäuser werden nur dann in den Krankenhausplan aufgenommen, wenn sie konzeptionell nachweisen, wie sie den höheren Aufwand im Vergleich zu in Allgemeinkrankenhäuser integrierten Geriatrieabteilungen ausgleichen und besser als konkurrierende Mitbewerber geeignet sind. Der höhere Aufwand von Fachkrankenhäusern wird z. B. bei Komplikationen deutlich, wenn externe Fachärzte hinzugezogen oder Patientinnen und Patienten für notwendige Diagnostikmaßnahmen oder Operationen in andere Krankenhäuser verlegt werden müssen. Dies beeinträchtigt nicht nur die Leistungsfähigkeit der Fachkrankenhäuser, sondern auch die Qualität der Versorgung. Damit sind Fachkrankenhäuser tendenziell schlechter geeignet bzw. haben einen höheren Aufwand zum Ausgleich dieser Qualitätsnachteile als Krankenhäuser mit integrierter geriatrischer Abteilung.
- Die individuellen Behandlungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten erfordern über die stationären Strukturen hinaus eine intensive Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen, die den ambulanten und komplementären Bereich miteinschließen. Krankenhäuser sollten daher die Einbindung in eine Netzwerkstruktur sichern. Auch ist entweder hausintern oder zwischen Fachkrankenhäusern und Krankenhäusern ohne eigene Geriatrie, aber mit Rettungsstelle durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen die geriatrische Kompetenz in der Notaufnahme sicherzustellen.
- Fachabteilungen für Geriatrie verfügen über mindestens 40 vollstationäre Betten; dies gewährleistet den multidisziplinären therapeutischen Ansatz in der Geriatrie.
- Größere Kliniken haben eine gesonderte Binnendifferenzierung vorzuhalten. Gefordert werden ab 60 vollstationären Betten mindestens ein-, ab 80 Betten mindestens zwei Spezialbereiche wie z. B. ein Alterstraumatologisches Zentrum (ATZ) oder eine Protective Care Unit (PCU, Spezialstation für Patienten mit kognitiven Einschränkungen).
- Die Vorhaltung einer geriatrischen Tagesklinik ist bei Führen einer Fachabteilung für Geriatrie obligat. Die Mindestgröße einer geriatrischen Tagesklinik beträgt 10 Plätze. Bei größeren Abteilungen ist ein Verhältnis von fünf stationären Betten zu einem tagesklinischen Platz als Richtwert empfohlen. Eine Tagesklinik soll als räumlich abgeschlossene Einheit geführt werden.
- Alle Kliniken verfügen über ein strukturiertes Qualitätsmanagementsystem.

B. Personelle Ausstattung

- Die Empfehlungen zur personellen Ausstattung des Bundesverbandes Geriatrie bleiben weiterhin als anzustrebende Zielgröße bestehen.
- Die Fachabteilung für Geriatrie ist unter eigenständiger chefärztlicher Leitung zu führen. Die Vorgaben der fachärztlichen Mindestausstattung gelten wie für alle anderen Abteilungen auch hier. Dauerhaft sind Fachärztinnen und Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung inkl. Leitung im Umfang von mindestens zwei Vollzeitstellen in der Abteilung beschäftigt.
- Die ärztliche Leitung und deren Stellvertretung ist Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Geriatrie. Übergangsweise ist es ausreichend, wenn entweder die ärztliche Leitung oder deren Vertretung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie ist und die jeweils andere Person als Ärztin/Arzt die Zusatzbezeichnung Geriatrie besitzt. Ärztliche Leistungen der Abteilung werden überwiegend von im Krankenhaus festangestellten Ärztinnen und Ärzten erbracht.
- Die Chefärztin bzw. der Chefarzt verfügen über eine Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin und für Geriatrie.
- Alle Berufsgruppen des multidisziplinären Teams (Ärztlicher Dienst, Pflege, Physiotherapie/physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie,

Psychologie / Neuropsychologie, Sozialdienst, Seelsorge und Ernährungsberatung) werden vom Krankenhaus vorgehalten und haben nach Möglichkeit eigene Therapieräume, die in die geriatrische Station eingebettet sind.

- Im Krankenhaus sollte nach Möglichkeit eine Demenzbeauftragte oder ein Demenzbeauftragter vorhanden sein.

C. Besondere Ausstattung:

Die räumliche Ausstattung sollte den Anforderungen eines multidisziplinären therapeutischen Ansatzes gerecht werden.

- Allen Berufsgruppen des therapeutischen Teams stehen ausreichende Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Vorgaben des Bundesverbands Geriatrie für Mitgliedseinrichtungen dienen bei der Bewertung als Grundlage.
- Die Therapie- und Behandlungsräume sind auf der Station oder in ihrer unmittelbaren Nähe angeordnet.
- Die Therapie- und Behandlungsräume sind barrierefrei und unmittelbar für den Patienten zu erreichen.
- Alle Kliniken sollen mindestens einen speziellen Therapieraum wie ein Übungsbad oder eine Übungsküche vorhalten. Dabei ist es unerheblich, ob dieser im vollstationären oder teilstationären Bereich angesiedelt ist.
- Alle Kliniken verfügen über eine angemessene Anzahl an Ein- und Zweibett-Zimmern.
- Alle Kliniken verfügen über einen eigenen, ausreichend dimensionierten Aufenthalts- und Speiseraum.

Die Erfüllung der empfehlenden Bestandteile dieser Anforderungen kommt insbesondere bei krankenhauplanerischen Auswahlentscheidungen zum Tragen.

D. Konzeptionelle Vorgaben

Notfallkrankenhäuser

Notfallzentren oder Notfallkrankenhäuser erarbeiten ein Konzept unter Berücksichtigung der hausindividuellen Besonderheiten zur Erst- und Weiterversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten. In diesem Konzept wird dargestellt:

- wie geriatrische Kompetenz in der Notaufnahme sichergestellt wird
- welches Screening zur Identifizierung geriatrischer Patientinnen und Patienten angewendet wird
- welches Screening zur Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz oder Delir- Gefährdung angewendet wird
- wie ein hausinternes Casemanagement, das bereits ab Notaufnahme einsetzt, durchgeführt wird und
- dass Patientenverfügungen in Notaufnahmen beachtet werden.

Geriatriekonzept

Jedes Krankenhaus mit krankenhauplanerisch ausgewiesener geriatrischer Abteilung muss über ein Geriatriekonzept verfügen. Dieses ist auf Verlangen der Planungsbehörde vorzulegen; immer jedoch bei einem Neuantrag einer Abteilung auf planerischen Ausweis. Bestandteile dieses Konzeptes sind mindestens:

- die Einhaltung der o. g. Vorgaben für geriatrische Abteilungen
 - Sicherstellung geriatrischer Kompetenz in der Notaufnahme
 - Assessment bei Aufnahme auf die geriatrische Abteilung
-

- Personalzusammensetzung der geriatrischen Abteilung
- fächerübergreifende Zusammenarbeit im Krankenhaus und Subspezialisierung (soweit vorhanden) der geriatrischen Abteilung
- Behandlungspfade für die wichtigsten 5 Indikationen der Geriatrie im Krankenhaus, bzw. bei Neuantrag der wichtigsten 5 Indikationen der Geriatrie in Berlin
- Einbindung und personelle Ausstattung des Sozialdienstes
- Skizzierung der sektorübergreifenden Netzwerkstruktur, sowie der Kooperationspartner
- Darstellung der Weiterbildung für ärztliche Beschäftigte
- Darstellung der Fortbildungsangebote für nicht-ärztliche Beschäftigte
- Beteiligung an der externen Qualitätssicherung
- Sicherstellung des verpflichtenden Entlass- und Casemanagements.

Demenzkonzept

Jedes Krankenhaus mit einem signifikanten Patientenanteil von Über-80-Jährigen muss über ein Demenzkonzept verfügen. Dieses ist auf Verlangen der Planungsbehörde vorzulegen. Bestandteile dieses Konzeptes sind mindestens:

- Identifizierung (Screening oder Prescreening) sowie Konzept zur Erst- und Weiterversorgung kognitiv Erkrankter und potentiell Delir-Gefährdeten
- Assessment und ggfls. Demenz-Diagnostik im Haus
- demenzsensible Verfahrensabläufe im Krankenhaus
- demenzsensible bauliche Gestaltung
- Schulungskonzepte für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Schulungskonzepte für Angehörige
- Besondere Verfahrensweise im Entlassmanagement
- Vernetzung im Haus (fachabteilungsübergreifend), mit anderen Krankenhäusern, sektorübergreifende Zusammenarbeit mit Anbietern gesundheitlicher oder sozialer Einrichtungen. Ggfls. sind nicht im Haus verfügbare Angebote über Kooperationspartner sicherzustellen.

11.4. Herzmedizin

11.4.1. Kardiologie

Die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist eine Schwerpunktaufgabe der Inneren Medizin, insbesondere der internistischen Subdisziplin Kardiologie. Der Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin weist an 45 Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten Hauptabteilungen für Innere Medizin aus. Das Aufgabenspektrum von kardiologischen und allgemeininternistischen Abteilungen besitzt zahlreiche Schnittmengen. Die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehört teilweise auch zu den Versorgungsaufgaben allgemeininternistischer Abteilungen.

Die Subdisziplin der Kardiologie hat sich zu einem leistungsstarken Bereich des Krankenhauses entwickelt. Sie umfasst neben der konservativen Behandlung von Herzerkrankungen insbesondere auch die interventionelle Diagnostik und Therapie kardiologischer Erkrankungen im Herzkatheterlabor. Besonders zeitkritisch ist die Versorgung des akuten Herzinfarktes. Gleichzeitig werden zunehmend elektive (nicht zeitkritische) Untersuchungen und Behandlungen im

Herzkatheterlabor durchgeführt. Während die Zahl der Herzinfarkte in Berlin seit Jahren stagniert, ist eine deutliche Steigerung bei den Behandlungen von Herzrhythmusstörungen, vor allem des Vorhofflimmerns, zu beobachten. Damit einhergehend betreiben gleichzeitig immer mehr Krankenhäuser einen Linksherzkathetermessplatz und nehmen mit ihren kardiologischen Abteilungen auch an der Notfallversorgung teil.

Akute Herzinfarkte werden heute fast ausschließlich mittels perkutaner Coronargefäß-Interventionen (PCI) behandelt. Wesentliche patientenunabhängige Einflussfaktoren des Erfolgs sind die Zeitdauer vom Beginn der Symptome bis zur Revaskularisation sowie die Erfahrung des Krankenhauses und der einzelnen untersuchenden Person in der Durchführung der PCI.

Schwerpunkt im Krankenhausplan 2020 ist es daher, für eine leitliniengerechte Therapie der akuten Herzinfarktversorgung und der Versorgung anderer Herzerkrankungen auch weiterhin optimale Abläufe und die notwendige Erfahrung des Personals in der Kardiologie sicherzustellen. Darauf aufsetzend wurden wegen der großen krankenhauplanerischen Bedeutung der Sicherstellung einer adäquaten Notfallbehandlung seit dem Krankenhausplan 2016 kardiologische Abteilungen innerhalb des Fachgebietes Innere Medizin dann ausgewiesen, wenn sie folgende Auswahlkriterien erfüllen:

- Notfallkrankenhaus nach Krankenhausplan
- ordnungsbehördlich genehmigte Abteilung für Kardiologie
- Linksherzkathetermessplatz
- ausreichende personelle Besetzung für die kardiologische Notfallversorgung (7 Tage die Woche/24 Stunden am Tag)
- erkennbare Beteiligung an der Notfallversorgung (25 PCI bei Herzinfarkt am Wochenende pro Jahr pro Krankenhausstandort).

Daran wird der Krankenhausplan 2020 festhalten. Als ausreichende personelle Besetzung wird folgende Personalausstattung angesehen:

- Chefärztin bzw. -arzt: Internistin oder Internist mit Schwerpunkt Kardiologie, Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt Kardiologie
- Oberärztl. Besetzung: Internistinnen und Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie
- mindestens vier festangestellte PCI-erfahrene Kardiologinnen oder Kardiologen des Krankenhauses (mit mindestens 75 PCI/Jahr/Ärztin oder Arzt) pro KH-Standort
- 24-Stunden-Bereitschaftsdienst für kardiologische Notfälle.

Voraussetzung für einen uneingeschränkten kardiologischen Versorgungsauftrag, der insbesondere auch Interventionen und Behandlungen am Herzen mittels Linksherzkathetermessplatz (spezialisierte kardiologische Versorgung) einschließt, ist die krankenhauplanerische Ausweisung einer kardiologischen Abteilung. Hierdurch soll eine selektive Wahrnehmung des kardiologischen Versorgungsauftrages, z. B. nur zu bestimmten Zeiten oder in Bezug auf das Leistungsspektrum, vermieden werden.

Abweichend von diesen Voraussetzungen verfügt das Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB) als im Krankenhausplan ausgewiesener Spezialversorger für die herzchirurgische Versorgung über einen uneingeschränkten kardiologischen Versorgungsauftrag, wenn es über eine ordnungsbehördlich genehmigte Abteilung für Kardiologie verfügt und die o. a. Personalausstattung nachgewiesen wurde.

Die Ausweisung von Abteilungen der Subdisziplin Kardiologie erfolgt auch im Krankenhausplan 2020 nicht abschließend. Bei Erfüllung der oben genannten Kriterien kann bei weiteren Krankenhäusern innerhalb der Inneren Medizin eine Abteilung dieser Subdisziplin krankenhauplanerisch ausgewiesen werden. Die Überprüfung der Erfüllung der Kriterien zum qualitativen Ausweis der Subdisziplin Kardiologie erfolgt im Rahmen der Umsetzung des Krankenhausplanes durch die Feststellungsbescheide. Aus diesem Grund sind die bestehenden qualitativen Ausweise der

Subdisziplin Kardiologie („X“-Ausweis) bis zur Überprüfung der Erfüllung der Voraussetzungen in Klammern gesetzt („(X)“).

Anpassungen im Krankenhausplan 2020 umfassen die Festanstellung von vier PCI-erfahrenen Ärztinnen/Ärzten, womit die ausreichende Erfahrung und bessere Einbindung dieser Spezialisierten in das gesamte Team des Herzkatheterlabors und in die Abläufe des Krankenhauses sichergestellt wird.

Als Indikator für eine erkennbare Beteiligung an der kardiologischen Notfallversorgung wurde bereits mit dem Krankenhausplan 2010 die Zahl der PCI-Behandlungen bei akutem Herzinfarkt außerhalb der normalen Arbeitszeit, d. h. an den Wochenenden, festgelegt. Dabei wurde für eine nicht nur sporadische Beteiligung eine Mindestzahl von 25 Fällen am Wochenende pro Jahr angesetzt, was von der Senatsverwaltung regelmäßig anhand der InEK-Daten überprüft wird. Seit 2009 sind danach 20 Krankenhäuser in Berlin an der kardiologischen Notfallbehandlung beteiligt (inkl. DHZB). Sie erreichen in der Regel auch die pro Jahr geforderte PCI-Fallzahl am Wochenende.

Die Vorgaben des Krankenhausplans des Landes Berlin haben mit dazu beigetragen, die Versorgungsstrukturen bei akutem Herzinfarkt zu optimieren. Insgesamt wurden im Jahr 2013 rund 86 Prozent (7.330), 2018 rund 88 Prozent (7.262) aller stationären Behandlungen mit Hauptdiagnose Herzinfarkt in Krankenhäusern mit ausgewiesener Kardiologie behandelt. An den Wochenenden entfielen 2008 rund 80 Prozent der Aufnahmen mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt (ICD: I21) auf Krankenhäuser mit Möglichkeit zur PCI, 2018 waren es bereits 93 Prozent (23 Standorte) (Quelle: InEK-Daten, Veröffentlichung der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung 2008 bzw. 2018). Inzwischen verfügen in Berlin 29 Krankenhäuser über die Möglichkeit einer PCI, was bei relativ konstanter Anzahl der Herzinfarkte zu einer Abnahme der Herzinfarktversorgungen pro Standort führt.

Die externe Qualitätssicherung der Herzinfarkt-Versorgung wird u. a. im Rahmen des Berlin-Brandenburger Herzinfarkt-Registers (B2HIR) durchgeführt. Das Berliner Herzinfarktregister wurde 1998 als freiwillige Initiative von Kardiologen der Stadt von der Ärztekammer Berlin und der TU Berlin gegründet und hat daran mitgewirkt, die stationäre Versorgung von Infarktpatientinnen und -patienten in den letzten 20 Jahren deutlich zu verbessern. Das Register ist auch insofern eine Erfolgsgeschichte, weil mittlerweile fast alle Berliner Kliniken mit Herzkatheterlabor freiwillig am Register teilnehmen und auch Brandenburger Kliniken zunehmend am Register interessiert sind. Dies hat dazu geführt, dass sich das Berliner Herzinfarktregister 2017 in „Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister“ (B2HIR) umbenannt hat. Das B2HIR wird von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung in Berlin und dem für Gesundheit zuständigen Ministerium in Brandenburg aktiv unterstützt. Mit seinem Ansatz ist das B2HIR einmalig in Deutschland.

Die durch das Berliner Herzinfarktregister berichteten Zeiten zwischen Klinikaufnahme und Wiedereröffnung der Gefäße lagen 2017 im Median bei 69 Minuten, die bei rettungsdienstlicher Versorgung in den Leitlinien geforderten 90 Minuten von Erstkontakt bis zur Wiedereröffnung der Gefäße wurden in 44 Prozent der Fälle eingehalten²³. Nachts und am Wochenende dürften diese Zeiten aufgrund der Rufbereitschaft der ärztlichen und pflegerischen Teams nochmals länger sein.

Durch den landesweit verfügbaren elektronischen „interdisziplinären Versorgungsnachweis“ (IVENA) für den Rettungsdienst besteht die Möglichkeit, in Echtzeit einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erlangen. Dadurch ergeben sich neue Möglichkeiten auch für die Qualitätsverbesserung in der Herzinfarktversorgung. Berlin wird als erstes Bundesland eine freiwillige

²³ Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister, Vortrag im Rahmen des Fachausschusses am 23.05.2019 zur Vorbereitung des Krankenhausplanes 2020

Anzeige der Präsenz des Herzkatheterenteams mit dem „Interdisziplinären Versorgungsnachweis“ (IVENA) abbilden, wodurch der Rettungsdienst insbesondere nachts und am Wochenende gezielt Krankenhäuser mit besonders schneller Behandlung eines Herzinfarktes auswählen kann.

Modellprojekte in Berlin

Von 2017 bis 2020 wurde das QS-Notfall Projekt des Berlin-Brandenburger Herzinfarktregisters als länderübergreifendes Innovationsfondsprojekt zur Verbesserung der Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt in Berlin und Brandenburg durchgeführt²⁴. Um die Versorgungszeiten vom ersten medizinischen Kontakt des Herzinfarktpatienten bis zur Wiedereröffnung des verschlossenen Gefäßes zu verkürzen, wurden Online-Fortbildungen zum Erkennen eines „STEMI“ für die beteiligten Rettungsdienste (inkl. Notärztinnen und Notärzte) angeboten und die technische Möglichkeit geschaffen, aus den meisten Rettungsfahrzeugen der am Projekt beteiligten Rettungsdienste EKGs elektronisch in die kardiologischen Abteilungen der Kliniken zu übertragen. Damit konnte ein STEMI (ST-Hebungsinfarkt) auch in den Kliniken sofort diagnostiziert und das Herzkatheterenteam alarmiert werden. Für Berlin konnte in dem Projekt keine Verbesserung der Versorgungszeiten festgestellt werden, allerdings wurden auch nur in 21 Prozent der Fälle mit STEMI EKGs in die Zielkliniken übertragen. In der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit einer telemetrischen EKG-Übermittlung waren die Zeiten bis zur Reperfusion kürzer, weswegen eine flächendeckende Übertragungsmöglichkeit der EKGs aus dem Rettungsdienst in die Kliniken empfohlen wird.

Um auch in der Nacht und am Wochenende eine Verkürzung der Zeit vom Beginn der Symptome eines Herzinfarktes bis zur PCI zu erreichen, wurde im Fachausschuss ein Modell, bei dem in einem Bereich der Stadt (einer sogenannten Wabe) die dort vorhandenen kardiologischen Fachabteilungen kooperieren und so jederzeit in einem der Krankenhäuser der „Wabe“ eine erhöhte Aufnahmebereitschaft für Herzinfarkte besteht, von der Berliner Krankenhausgesellschaft vorgeschlagen und diskutiert. Im Fachausschuss bestand die Übereinkunft, das Potential zur Verbesserung der Versorgung und die Durchführung eines Modellprojektes zu prüfen.

11.4.2. Herzchirurgie

Therapeutische Leistungen der Herzchirurgie werden heute teilweise mit Hilfe schonender minimalinvasiver Methoden in der Kardiologie 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 beider Fachdisziplinen 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. Dabei ist wegen der vielfältigen innovativen Entwicklungen in der Herzchirurgie im Interesse von Qualität und Wirtschaftlichkeit notwendig, diesen uneingeschränkten herzmedizinischen Versorgungsauftrag auf wenige hochleistungsfähige Einrichtungen zu begrenzen. Im Land Berlin sind es bisher das DHZB und die Charité-Universitätsmedizin Berlin, die einen solchen uneingeschränkten Versorgungsauftrag besitzen. Beide Einrichtungen werden in enger räumlicher Nachbarschaft betrieben.

Nach jahrelangen Verhandlungen wurde die Rahmenvereinbarung über Grundlagen einer Zusammenführung beider Einrichtungen am Campus Virchow-Klinikum der Charité zu einem

²⁴ https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/43/2021-03-16_QS-Notfall_Ergebnisbericht.pdf

herzmedizinischen Zentrum „Deutsches Herzzentrum der Charité – DHZC“ als sogenanntes „Gemeinsames Zentrum der Charité“ mit besonderer Beteiligung des DHZB, durch das Land Berlin, die Charité-Universitätsmedizin Berlin und das DHZB unterzeichnet und am 04.05.2021 im Senat beschlossen. Eine Eingliederung des Krankenhausbetriebes des DHZB in die Charité – Universitätsmedizin Berlin ist zum 01.01.2022 geplant.

Bis zur abgeschlossenen Zentralisierung der herzchirurgischen Versorgung durch die Inbetriebnahme des Neubaus des Deutschen Herzzentrums erfolgt die herzchirurgische Versorgung weiterhin an den jetzigen Standorten (DHZB und Charité - Campus Virchow-Klinikum).

Die Herzchirurgie ist damit die einzige Subdisziplin, für die eine abschließende Planung mit quantitativem 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 zum einen eine Gleichrangigkeit mit der Kardiologie gewährleistet, zum anderen bleibt die gemäß Weiterbildungsordnung erst vor einigen Jahren erfolgte Einordnung der Herzchirurgie in das Gebiet der Chirurgie unberührt.

Trotz der demografischen Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung gehen Expertenkreise 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. Wegen des tendenziell sinkenden Bettenbedarfs für die herzchirurgische Versorgung wird keine neue herzchirurgische Abteilung in den Krankenhausplan aufgenommen.

Für das Land Berlin wurde ein Bedarf von rd. 142 herzchirurgischen Betten bis zum Jahr 2025 festgestellt (siehe Abschnitt 9.4.4.). Dieser wird mit den Kapazitäten des DHZB und der Charité - Universitätsmedizin Berlin gedeckt.

Gemäß der Rahmenerrichtungsvereinbarung ist darüber hinaus beabsichtigt, die bereits bestehende exzellente Kooperation im Bereich der interventionellen Kardiologie mit der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH durch Errichtung einer Betriebsstätte des DHZC in Höhe von mindestens drei Betten am Vivantes Standort Neukölln auszuweiten. Der Abschluss eines entsprechenden Kooperationsvertrags ist Bedingung für die dem Deutschen Herzzentrum im Rahmen der Anhörung zum Krankenhausplan zugestandenen Bettenausweitung. Die verlagerten Betten sind von der zugestandenen Bettenerhöhung zu leisten.

11.5. Neurologie

Das Gebiet der Neurologie hat sich aus der Inneren Medizin entwickelt und umfasst als eigenständiges Fachgebiet die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur (Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin, Fassung von 2019). Zu den häufigsten neurologischen Krankheitsbildern zählen neben dem Schlaganfall die Epilepsie, Polyneuropathien, multiple Sklerose u. a. entzündliche ZNS-Erkrankungen, Schwindel- und Kopfschmerzsyndrome sowie Bewegungsstörungen.

Die verbesserten Möglichkeiten einer Behandlung neurologischer Krankheitsbilder, aber auch der demografische Wandel führen u. a. zu einer bis 2017 moderaten Erhöhung der Fallzahlen in der Neurologie (siehe Tab.: 9.1.-2). Darüber hinaus hat sich von 2013 bis 2017 die durchschnittliche Verweildauer um 1,5 Prozent erhöht (siehe Tab: 9.1.-3). Verkürzungen der Verweildauern sind bei Zunahme von älteren und multimorbiden Patienten in diesem Fachgebiet nicht zu erwarten und

werden somit den Bettenmehrbedarf nicht kompensieren können. Der Krankenhausplan sieht eine Erhöhung um ca. 27 Betten in der Neurologie vor. Aufgrund der strukturell räumlich guten Verteilung der neurologischen Kliniken in Berlin wird ein weiterer Bettenzuwachs prinzipiell an den bestehenden Einrichtungen angestrebt. Zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung werden Krankenhäuser mit Stroke Units sowie Krankenhäuser mit Einheiten der neurologischen Frührehabilitation ausgewiesen. Diese Ausweisungen sind mit Qualitätsanforderungen verbunden, die im Folgenden aufgeführt werden.

11.5.1. Schlaganfallversorgung

In Berlin erleiden ca. 13.000 bis 14.000 Menschen pro Jahr einen Schlaganfall. Ursachen sind über 90 Prozent Hirninfarkte und transitorische ischämische Attacken (TIA). Die Fallzahlen stiegen von 2013 bis 2018 um etwa 5 Prozent (InEK Daten, siehe Abb. 11.5.1.–1), was einerseits auf eine bessere Erkennung von Schlaganfällen und eine höhere Krankenhausaufnahmequote, andererseits auf die zunehmende Erkrankungshäufigkeit zurückzuführen ist. Die Schlaganfallerkrankung stellt die häufigste Ursache für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter in Deutschland dar. Aufgrund der Bedeutung des Schlaganfalles und der Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen, sektorenübergreifenden Versorgung von der Präklinik über die Notaufnahme, die Stroke Unit bis zur Rehabilitation wurde der Schlaganfall als Modellerkrankung für die Verbesserung des Schnittstellenmanagements im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V thematisiert. Hierzu wurden in 2015 und 2016 Teilberichte „Bericht der AG Patientenpfade – Schnittstellenmanagement am Beispiel Schlaganfallversorgung zur Akutversorgung und Schnittstellenmanagement am Beispiel Schlaganfallversorgung bei der Überleitung in Rehabilitation“²⁵ veröffentlicht. Wesentliche Ergebnisse flossen bereits in den Krankenhausplan 2016 ein²⁶.

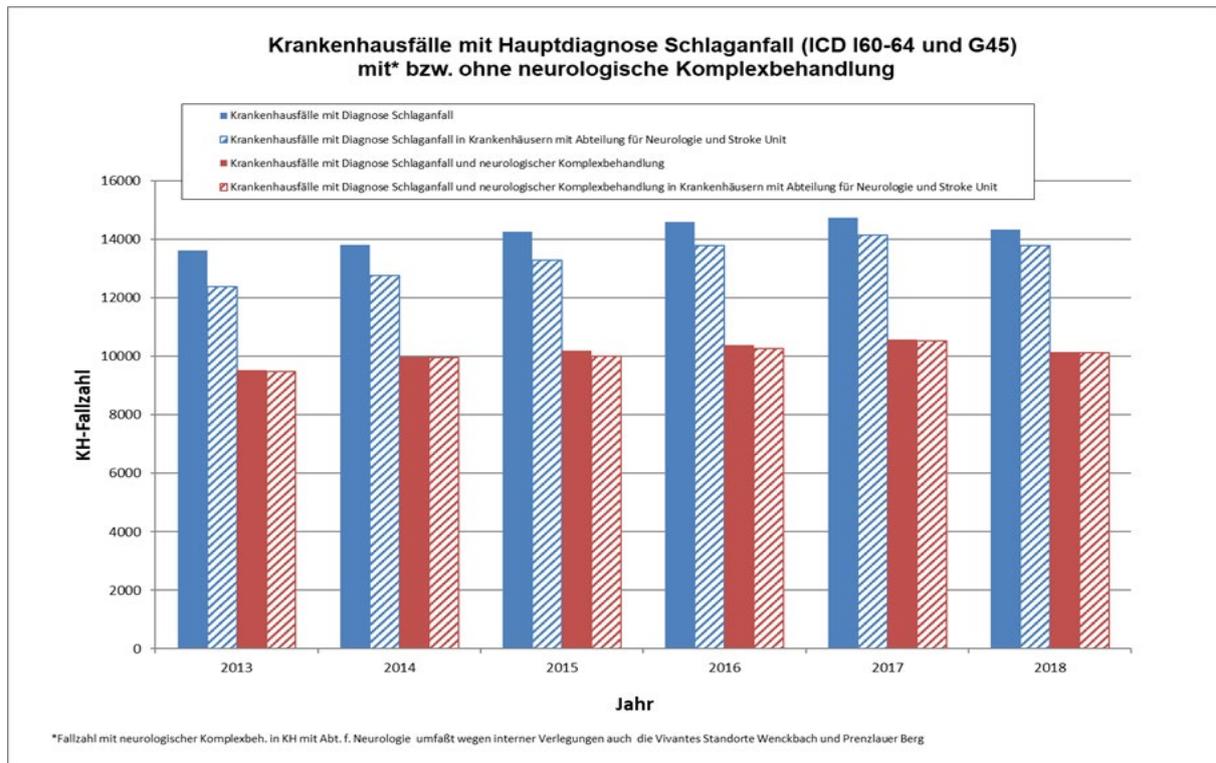
Ein entscheidendes Kriterium zur Verbesserung des medizinischen Behandlungserfolges beim Schlaganfall ist die Zeitspanne von Symptom- bis Therapiebeginn zu minimieren, die unter 90 Minuten liegen sollte. Hierzu sind eine gute Kooperation und organisatorische Absprache zwischen dem Rettungsdienst (vor allem Berliner Feuerwehr) und den Notaufnahmen der geeigneten Krankenhäuser notwendig. Ein früher Therapiebeginn beim Hirninfarkt ist insbesondere im Zusammenhang mit einer Thrombolysebehandlung und anderen rekanalisierenden Maßnahmen (Katheterintervention) entscheidend für den Therapieerfolg.

Um die Zeit bis zum Behandlungsbeginn zu minimieren, bedarf es – neben der Aufklärung der Bevölkerung über Symptome und Alarmierungsmöglichkeiten – einer optimalen Abstimmung in der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung. Darüber hinaus ist wissenschaftlich erwiesen, dass durch die Behandlung der Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall in Krankenhäusern, 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. In Berlin verfügen derzeit 14 Krankenhäuser über eine regionale oder überregionale Stroke Unit mit insgesamt ca. 120 Betten (siehe Abb. 11.5.1.–2). Im Jahr 2018 wurden ca. 96 Prozent der Schlaganfälle in Berlin in Krankenhäusern mit einer neurologischen Fachabteilung und Stroke Unit behandelt (InEK Daten, siehe Abb. 11.5.1.–1).

²⁵ <http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/ambulante-versorgung/landesgremium/>

²⁶ Im Bericht aufgeführte Handlungsempfehlungen wurden im Gemeinsamen Landesgremium mit allen Beteiligten abgestimmt und einvernehmlich im Juli 2016 beschlossen, diese Maßnahmen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich umzusetzen.

Abb. 11.5.1.-1: Schlaganfallbehandlung in Berliner Krankenhäusern, InEK-Daten, 2013 bis 2018



Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall(verdacht) zu gewährleisten. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Patientinnen und Patienten grundsätzlich in ein geeignetes Notfallkrankenhaus gebracht werden. Als geeignet gilt ein Krankenhaus, wenn es folgende Kriterien erfüllt:

- Das Krankenhaus hat eine im Krankenhausplan ausgewiesene Fachabteilung für Neurologie.
- Es führt eine zertifizierte oder eine im Zertifizierungsverfahren befindliche Stroke Unit (Zertifizierungsverfahren entsprechend der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe).
- Das Krankenhaus muss alle infrastrukturellen und prozessualen Voraussetzungen für reibungslose intrahospitale Abläufe in der Schlaganfallversorgung vorhalten.
- Darüber hinaus nimmt das Krankenhaus verpflichtend am Berliner Schlaganfallregister zur Qualitätssicherung teil.

Notfallkrankenhäuser, die die oben aufgeführten Kriterien erfüllen, werden im Krankenhausplan 2020 als an der Schlaganfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser qualitativ ausgewiesen. Krankenhäuser, die eine Zertifizierung beabsichtigen oder sich im Zertifizierungsverfahren befinden, werden im Feststellungsbescheid zur Umsetzung des Krankenhausplans 2020 erst bei Nachweis der Zertifizierung als geeignet ausgewiesen.

Wenn eine Patientin bzw. ein Patient mit Schlaganfall in einem nicht für die Schlaganfallversorgung ausgewiesenen Krankenhaus erstversorgt wird, muss in der Regel umgehend eine Verlegung in ein ausgewiesenes Notfallkrankenhaus zur Weiterbehandlung veranlasst werden, es sei denn, dies ist ausdrücklich nicht gewünscht.

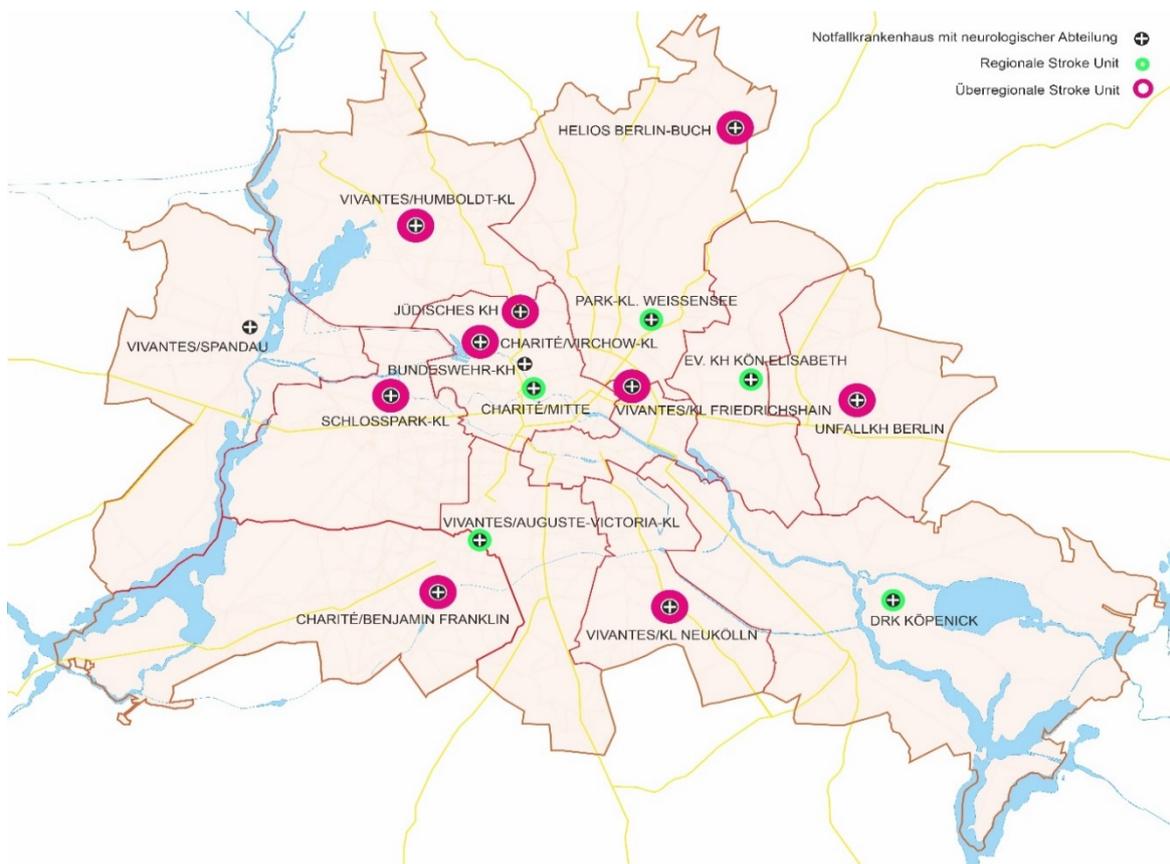
Weiterhin sollen durch ein verbessertes Zusammenwirken von Rettungsdienst, Notfallkrankenhaus und nachsorgenden Einrichtungen Verbesserungen bei der Schlaganfallversorgung erreicht werden:

- Standardisierte Vorankündigung aller dringlich behandlungsbedürftigen Schlaganfallpatientinnen und -patienten im Thrombolyse-Zeitfenster mit Übermittlung behandlungsrelevanter Daten

durch die Berliner Feuerwehr an eine zentrale Anlaufstelle (Notfallkoordination) in den Notfallkrankenhäusern, um die intrahospitalen Abläufe zu verbessern.

- Strukturierte Übergabe von Schlaganfallpatientinnen und -patienten durch den Rettungsdienst an geschultes Personal in den Notaufnahmen.
- Gewährleistung der raschen Identifizierung und des frühen Behandlungsbeginns aller Schlaganfallpatientinnen und -patienten einschließlich derer, die sich selbstständig vorstellen. Dazu muss eine sofortige strukturierte Ersteinschätzung aller Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme erfolgen (siehe Abschnitt 11.1.).
- Gewährleistung reibungsloser Übergänge zur Rehabilitation/Nachsorge bzw. ambulante Weiterversorgung. Hierzu muss der Sozialdienst bereits frühzeitig Kontakt zur Patientin bzw. zum Patienten und ggf. zu den Angehörigen aufnehmen und diese in die Entlassungs- bzw. Verlegungsplanung einbeziehen. Um dies zu gewährleisten, muss der Sozialdienst in den Krankenhäusern personell ausreichend besetzt sein.

Abb. 11.5.1.–2: Notfallkrankenhäuser mit zertifizierten Stroke Units in Berlin
(Stand: 01.01.2021, Quelle: Deutsche Schlaganfallgesellschaft)



11.5.2. Neurologische Frührehabilitation

Patientinnen und Patienten in der neurologischen Frührehabilitation sind in der Regel aufgrund von komplexen, meist kombinierten Funktionsstörungen schwer beeinträchtigt und bedürfen einer langfristig angelegten intensivmedizinischen Behandlung und umfangreicher Rehabilitations- und pflegerischer Maßnahmen. Die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen sollte abhängig vom Krankheitsverlauf frühzeitig und parallel zu den kurativen Maßnahmen erfolgen, um Rehabilitationschancen zu verbessern und den Rehabilitationsprozess nicht zu verzögern. Aus diesem

Grund ist es für die Patientinnen und Patienten wichtig, die entsprechende Rehabilitationsstufe zu dem frühestmöglichen Zeitpunkt zu beginnen.

Bei der Rehabilitation werden verschiedene Phasen (A bis F) unterschieden, die allerdings nicht alle von jeder Patientin bzw. jedem Patienten durchlaufen werden. Die Phasen A bis C erfordern eine stationäre Behandlung, wobei die Phase A die Akutbehandlung im Krankenhaus und Phase B und C die neurologische Frührehabilitation umfassen. Die Phase B ist durch den Bedarf einer intensivmedizinischen Überwachung/Behandlung mit hohem pflegerischem Aufwand gekennzeichnet, während die Phase C bereits größere Mitwirkungsmöglichkeiten der Patientin bzw. des Patienten erfordert. Die Phase D beschreibt die ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation im engeren Sinn, die Phase E Leistungen zur Sicherung des Erfolges der bisherigen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Gemeinschaft, und die Phase F die ggf. erforderliche Langzeitpflege. Auf Basis dieses Phasenmodells hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C entwickelt²⁷.

Die neurologische Frührehabilitation Phase B kombiniert – wie oben beschrieben – die akutmedizinische und rehabilitative Behandlung und stellt damit einen fließenden Übergang zwischen diesen Phasen her. Seit Jahren wird kontrovers diskutiert, in welchem Versorgungssetting die neurologische Frührehabilitation stattfinden soll. Seit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 und der Neuformulierung des § 39 Abs. 1 SGB V ist die neurologische Frührehabilitation leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung zugeordnet (verschlüsselt unter OPS 8-552; neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation). Dennoch wird diese in unterschiedlichen Versorgungssettings, z. B. in Akutkrankenhäusern oder in Krankenhausabteilungen, die an Rehabilitationseinrichtungen angegliedert sind, durchgeführt.

Nach den Berliner InEK-Daten von 2018 haben über 65 Prozent der Patientinnen und Patienten, die eine neurologische Frührehabilitation nach Phase B im Krankenhaus erhalten, einen Schlaganfall erlitten. Weitere häufige Krankheitsbilder in der neurologischen Frührehabilitation sind u. a. Schädel-Hirn-Trauma, hypoxische Hirnschädigung, Hirntumore und entzündliche Gehirnerkrankungen.

Insgesamt erhalten Berliner Patientinnen und Patienten eher selten eine Behandlung in stationären Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V im Land Berlin. Diese erfolgt meistens in Rehabilitationskliniken außerhalb Berlins, häufig im Land Brandenburg. Im Falle der neurologischen Rehabilitation bedeutet dies, dass viele Berliner Patienten nach der Behandlung in Phase A, teilweise auch Phase B, in Berliner Krankenhäusern zur Weiterbehandlung in das Land Brandenburg oder noch weiter entfernt verlegt wurden. 2013 waren nur fünf Berliner Krankenhäuser an der neurologischen Frührehabilitationsbehandlung maßgeblich beteiligt, über 60 Prozent der Fälle entfielen auf das Vivantes-Klinikum Spandau, in den anderen Kliniken waren nur noch einzelne Behandlungen nachweisbar. 2018 haben sich die Behandlungszahlen verdreifacht, rd. 50 Prozent entfallen auf Vivantes-Klinikum Spandau und die Charité-Universitätsmedizin Berlin (InEK-Daten).

Bereits 2018 war die Bettenauslastung in Brandenburger Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Bundesvergleich sehr hoch (94,3 Prozent gegenüber dem Bundesdurchschnitt von 85 Prozent). Es ist zu erwarten, dass es durch den demografischen Wandel und den Fortschritt in der Intensivmedizin zu einem weiter steigenden Bedarf an Behandlungsmöglichkeiten in der neurologischen Frührehabilitation kommen wird. Aufgrund der älter werdenden Bevölkerung, was auch die

²⁷ Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/Main– Ausgabe 1999 –

Angehörigen einschließt, wird die Notwendigkeit zur Aufrechterhaltung und Erweiterung von wohnortnahen Angeboten zur neurologischen Frührehabilitation gesehen. Gleichzeitig besteht ein Bedarf für Rehabilitationsangebote mit einer umfassenden Akutversorgung vor Ort für ausgewählte Patientinnen und Patienten, da in der Literatur von einer Rückverlegung von jeder oder jedem zehnten Patientin/-en in eine Akutklinik berichtet wird.

Ziel des Berliner Krankenhausplans 2020 ist es, ergänzend zu bereits bestehenden Angeboten im Land Brandenburg für Berliner Patientinnen und Patienten wohnortnahe Angebote an Berliner Krankenhausstandorten zu schaffen, die eine nahtlose Versorgungskette zwischen Akutbehandlung und neurologischer (Früh-)Rehabilitation gewährleisten. Aufgrund der besonderen Anforderungen an das Versorgungsgebiet der neurologischen Frührehabilitation muss sichergestellt sein, dass die Versorgung durch entsprechende leistungsfähige Einrichtungen erbracht wird. Aus diesem Grund wurden bereits im Berliner Krankenhausplan von 2016 Qualitätsanforderungen im Sinne von Mindestanforderungen an Struktur und Prozesse zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der neurologischen Frührehabilitation gestellt. Die Krankenhäuser, die sich an diesem Versorgungsauftrag beteiligen wollen, müssen in einem Versorgungskonzept ihre Leistungsfähigkeit und Kompetenz in der neurologischen Frührehabilitation darlegen und Wege aufzeigen, wie die Anforderungen umgesetzt werden sollen. Ziel ist eine Konzentration der Angebote und eine qualitativ hohe Versorgung in Berlin sicherzustellen. Grundlage zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit ist die Erfüllung der Mindestanforderungen, die im Krankenhausplan 2020 unverändert gelten. Das Land Brandenburg hat sich entsprechend der gemeinsamen Krankenhausplanung an diesen Mindestanforderungen orientiert. Grundsätzlich kann auch über neue Kooperationsformen zwischen Anbietern beider Bundesländer nachgedacht werden.

Wesentlicher Gesichtspunkt bleibt, dass die Kontinuität der Versorgung durch die Rehabilitationsphasen mit höchstens einer Verlegung einhergehen sollte, um „Brüche“ in der stationären rehabilitativen Versorgungskette zu vermeiden. Die neurologische Frührehabilitation in Berlin kommt insbesondere für solche Patientinnen und Patienten in Frage, deren medizinische Stabilität und wesentliche Begleiterkrankungen eine enge Anbindung an die Akutversorgung geboten erscheinen lässt, bei denen eine enge Angehörigenbetreuung unverzichtbar erscheint und bei denen der Patient selbst bzw. die Angehörigen eine wohnortnahe Versorgung wünschen.

Durch die Vielfalt der Angebote wird die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten bzw. der Angehörigen verbessert, und die sozialen Gesichtspunkte bei der Versorgung schwerkranker Menschen, die für den Rehabilitationserfolg von erheblicher Bedeutung sein können, können angemessen berücksichtigt werden.

In einigen Berliner Krankenhäusern mit neurologischer Abteilung gemäß Krankenhausplan können neben den strukturellen und personellen Anforderungen für eine Akutversorgung auch die Anforderungen für die neurologische Frührehabilitation der Phase B nach § 39 Abs.1 Satz 3 SGB V abgedeckt werden.

Qualitätssichernde Anforderungen an Einheiten für neurologische Frührehabilitation

Grundlage zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer neurologischen Einrichtung ist die Erfüllung der im nachfolgenden aufgeführten Mindestanforderungen, bei positivem Nachweis erfolgt eine quantitative Ausweisung einer Einheit der neurologischen Frührehabilitation innerhalb der Neurologie (Fußnote auf dem Datenblatt des Krankenhauses – siehe Anlage 1).

Die Anforderungen an die neurologische Frührehabilitation leiten sich durch den Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf der Patientinnen und Patienten ab, d. h. es müssen die kurativen Maßnahmen der Phase A fortgesetzt, und gleichzeitig rehabilitative Maßnahmen durchgeführt werden. Die Mindestanforderungen an die neurologische Frührehabilitation umfassen die BAR Empfehlungen, die Mindestanforderungen zur Durchführung der Prozedur neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-552) und basieren auf der Fachplanung zur neurologischen Frührehabilitation für Baden-Württemberg²⁸. Darüber hinaus gibt es Anforderungen an Struktur und Ausstattung der Krankenhäuser, um eine adäquate Diagnostik und Therapie bei akuten Änderungen des Zustandes der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, was insbesondere auch eine unmittelbare Verfügbarkeit von intensivmedizinischen Interventionsmöglichkeiten einschließt.

Diese Anforderungen sind:

Krankenhausstruktur und apparative sowie räumliche Ausstattung

- Neurologische Fachabteilung
- Neurologische Frührehabilitationseinheit mit mindestens 20 Betten und:
 - adäquate Anzahl und Ausstattung von Beatmungspätzen
 - Intensivüberwachungsmöglichkeiten (EKG, Blutdruck, Beatmung, Sauerstoffsättigung)
- Verfügbarkeit von Akutdiagnostik und -therapie:
 - unmittelbare intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeit
 - Notfall-Röntgendiagnostik muss mit jederzeitiger Bereitschaft (24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche [24/7]) innerhalb der Einrichtung selbst oder in einer räumlich angegliederten Einrichtung vorgehalten werden (Computertomographie [CT]: innerhalb 60 Minuten erreichbar)
 - Labor jederzeit (24/7) innerhalb 60 Minuten verfügbar: u. a. für Blutgasanalyse, Gerinnung, Blutbild, Elektrolyte, Blutzucker, CRP, Liquordiagnostik
 - mobile Verfügbarkeit von EKG, EEG, Ultraschall einschließlich Farbduplex
- Weitere diagnostische Verfahren:
 - Endoskopie einschließlich Anlage von Ernährungssonden
 - Spirometrie: innerhalb der Einrichtung selbst
 - Bronchoskopie
- Räumlichkeiten: behindertengerecht; individuelle Sicherungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit schwerem hirnorganischem Psychosyndrom und eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten.

Personelle Ausstattung

- ärztliches und pflegerisches Personal muss über tätigkeitsbezogene intensivmedizinische Erfahrungen oder über mehrjährige Erfahrungen in einer Einrichtung der Neurologischen Frührehabilitation verfügen
- intensivmedizinisch erfahrenes ärztliches Personal muss jederzeit (24/7) in der Einheit präsent sein
- bei dringlicher Indikation muss eine unmittelbare konsiliarärztliche Mitbetreuung (internistisch, chirurgisch, urologisch etc.) gewährleistet sein.

Prozessqualität

- standardisierte Diagnostik und medizinische Akuttherapie nach dem aktuellen Stand der medizinischen Kenntnis

²⁸ https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Neurologische_Fruherehabilitation_Phase_B.pdf

- Intensivpflege und -überwachung unter Einschluss von aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- Funktionstherapie insgesamt mindestens 300 Minuten am Tag, häufig durch mehrere Therapeuten gleichzeitig
- Gewährleistung der nahtlosen Weiterverlegung in die nächste indizierte Rehabilitationsstufe; ggf. Nachweis von verbindlichen Kooperationen
- Mitwirkung an Qualitätssicherungsmaßnahmen (intern und extern)
- es müssen Konzepte zur Notfallversorgung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten, zum Umgang mit beaufsichtigungspflichtig verhaltens- und orientierungsgestörten Patientinnen und Patienten und zum Umgang mit multiresistenten Erregern vorliegen.

Darüber hinaus müssen die Anforderungen nach OPS 8-552 erfüllt sein.

Einzelne Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation haben sich spezialisiert, z. B. auf dialysepflichtige Phase-B-Patientinnen und -Patienten. Die Versorgung dieser Patientengruppen erfordert das Vorhandensein zusätzlicher spezifischer Ausstattungs- und Leistungsmerkmale.

11.6. Orthopädie und Unfallchirurgie

Insbesondere wegen der Bedeutung für die Sicherstellung der Notfallversorgung erfolgt eine Ausweisung der chirurgischen Subdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie im Krankenhausplan.

Wie für alle Subdisziplinen mit Ausnahme der Herzchirurgie ist die Ausweisung nicht abschließend. Ausgewiesen werden alle ordnungsbehördlich genehmigten Abteilungen der Subdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie, die für die Sicherstellung der Notfallversorgung geeignet sind.

Als Kriterien werden zugrunde gelegt:

Notfallkrankenhaus oder Notfallzentrum gemäß Krankenhausplan

- ordnungsbehördlich genehmigte Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie
- ausreichende personelle Besetzung, die eine zeitlich uneingeschränkte Beteiligung an der Notfallversorgung gewährleistet
- erkennbare Beteiligung an der Notfallversorgung auch außerhalb der normalen Arbeitszeit und am Wochenende (siehe unten).

Abteilungen, bei denen das nicht zeitkritische elektive Aufgabenspektrum im Vordergrund steht, werden im Plan nicht mit einem qualitativen Ausweis dargestellt (kein „X“ in der dritten Datenspalte des Krankenhausdatenblattes). Das ist auch nicht erforderlich, da die Hauptdisziplin Chirurgie grundsätzlich auch die Leistungsbereiche der Subdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie umfasst. Sofern die spezifischen Anforderungen für die Leistungserbringung vom Krankenhaus erfüllt werden, besteht bei Bedarf die Möglichkeit, mit den Krankenkassen im Rahmen der Budgetvereinbarungen entsprechende Leistungen zu vereinbaren.

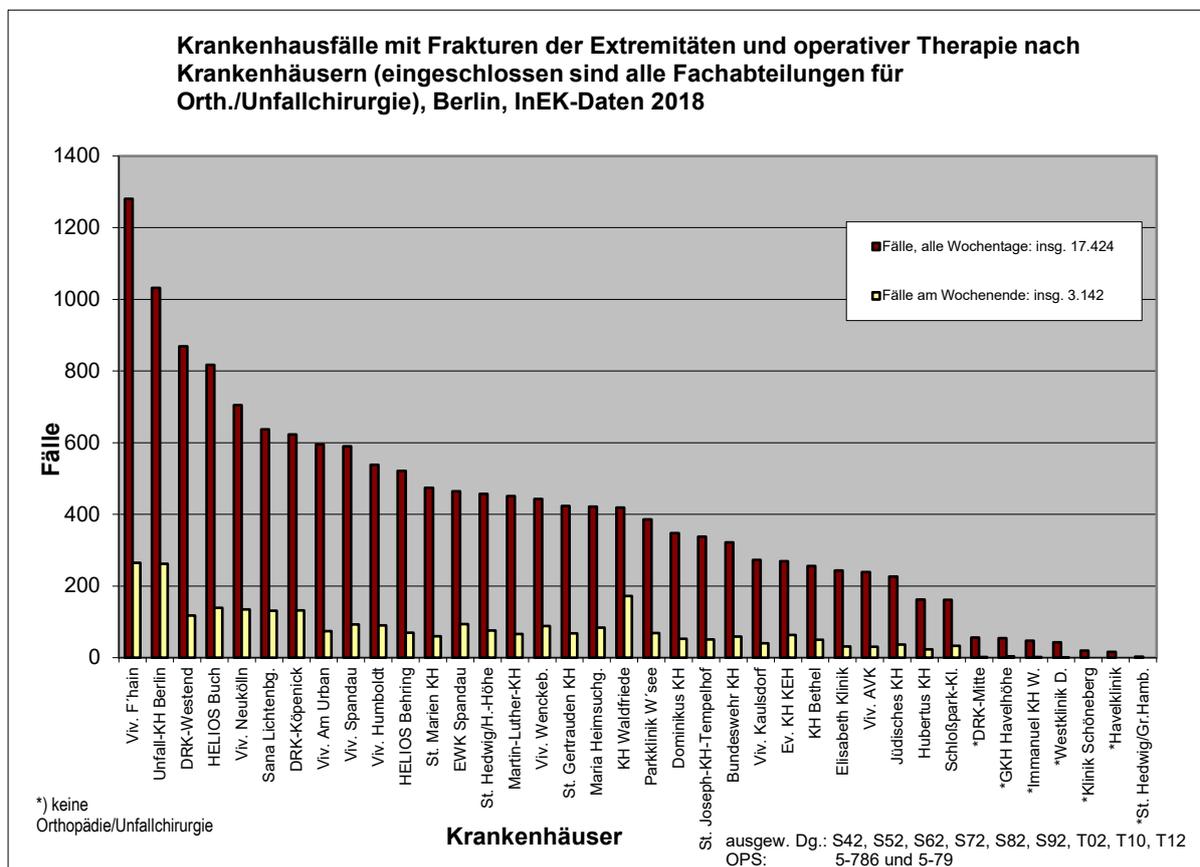
Gegenwärtig (Stand 01.10.2020) sind rund 2.301 orthopädisch/unfallchirurgische Betten in 34 Plankrankenhäusern ordnungsbehördlich genehmigt, darunter in 4 Krankenhäusern mit (rein) orthopädisch bzw. elektiv geprägtem Leistungsspektrum. Damit hat sich die Anzahl der Abteilungen seit 2015 um 4 verringert, die Bettenanzahl wurde hingegen um 51 erhöht.

Für die Prüfung, ob und inwieweit eine Beteiligung an der unfallchirurgischen Notfallversorgung erfolgt, werden als Indikator unverändert die Leistungszahlen bei operativer Behandlung von Frakturen der Extremitäten herangezogen. Die Leistungsbereitschaft auch außerhalb der normalen Dienstzeiten wird anhand der an Wochenenden aufgenommenen und operierten Patientinnen und Patienten mit Frakturen der Extremitäten geprüft (Maßstab: 25 Fälle).

31 Krankenhäuser mit mindestens 25 Fällen am Wochenende waren an der Behandlung beteiligt, ein Notfallkrankenhaus erfüllte 2018 das Kriterium nicht (Abb. 11.6.-1.). Für dieses Krankenhaus wird die Subdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie unter dem Vorbehalt des Nachweises der Erfüllung des Kriteriums bei Erlass des Feststellungsbescheides ausgewiesen. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin meldete auch 2018 nur summarisch über alle drei Standorte Fallzahlen an das InEK. Deshalb entfällt für die Charité – Universitätsmedizin Berlin die Darstellung von konkreten Behandlungszahlen in den Diagrammen, die Gesamtfallzahl für Berlin enthält dagegen auch die Behandlungsfälle in der Charité. Unabhängig davon besteht selbstverständlich eine hohe Fachkompetenz der Charité – Universitätsmedizin Berlin bei den ausgewählten Behandlungen.

Die vier Krankenhäuser mit orthopädisch geprägtem Leistungsspektrum (Havelklinik, Immanuel-Krankenhaus/Wannsee, West-Klinik Dahlem, Klinik Helle Mitte) sind keine Notfallkrankenhäuser. Für sie erfolgt kein qualitativer Ausweis der Subdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie im Krankenhausplan 2020.

Abb. 11.6.-1.:

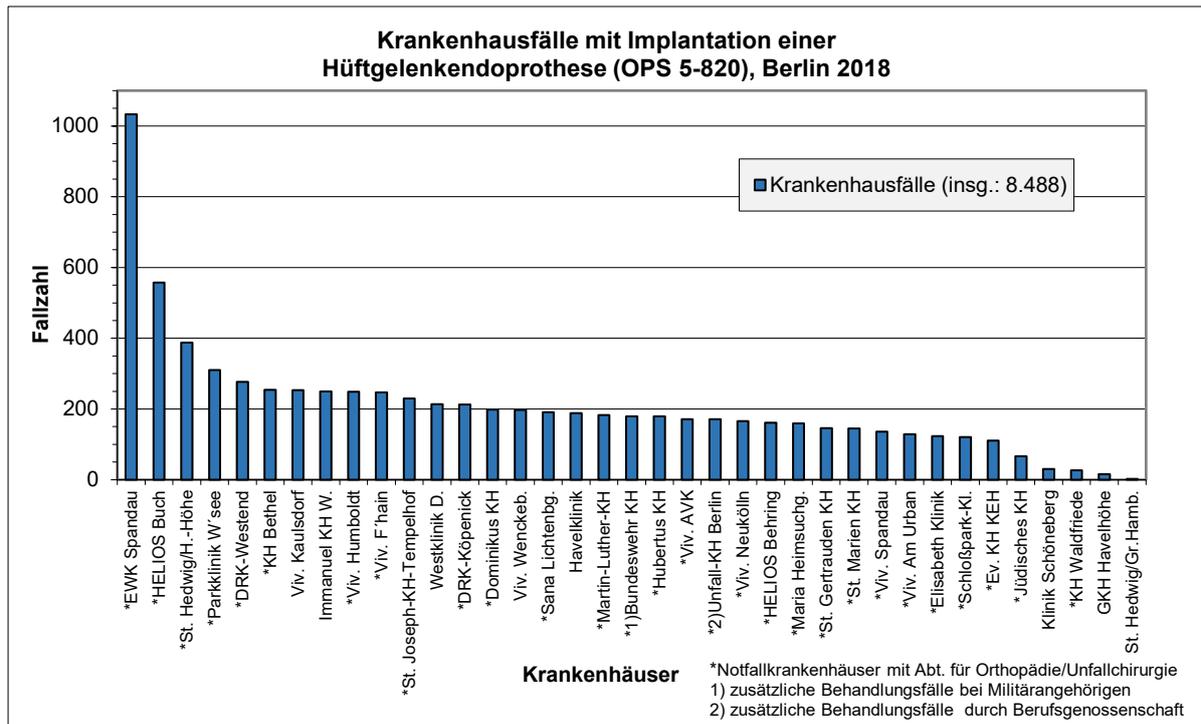


Zu den häufig durchgeführten elektiven Leistungen in Krankenhäusern mit orthopädisch/unfallchirurgischen Abteilungen gehören Implantationen von Hüft- und Kniegelenkendoprothesen.

Der Ersatz oder Teilersatz eines Hüftgelenkes ist längst ein chirurgischer Routineeingriff geworden, der in sehr vielen Krankenhäusern der Stadt (2018 insgesamt über 8.400 Behandlungen) erfolgt (Abb. 11.6.-2). Hüftprothesen werden aber auch häufig notfallmedizinisch nach Oberschenkelhalsfrakturen eingesetzt. Überwiegend erfolgt dies in Notfallkrankenhäusern mit Abteilungen für Orthopädie/Unfallchirurgie. Krankenhäuser, die 2018 über eine solche Abteilung verfügten, sind im

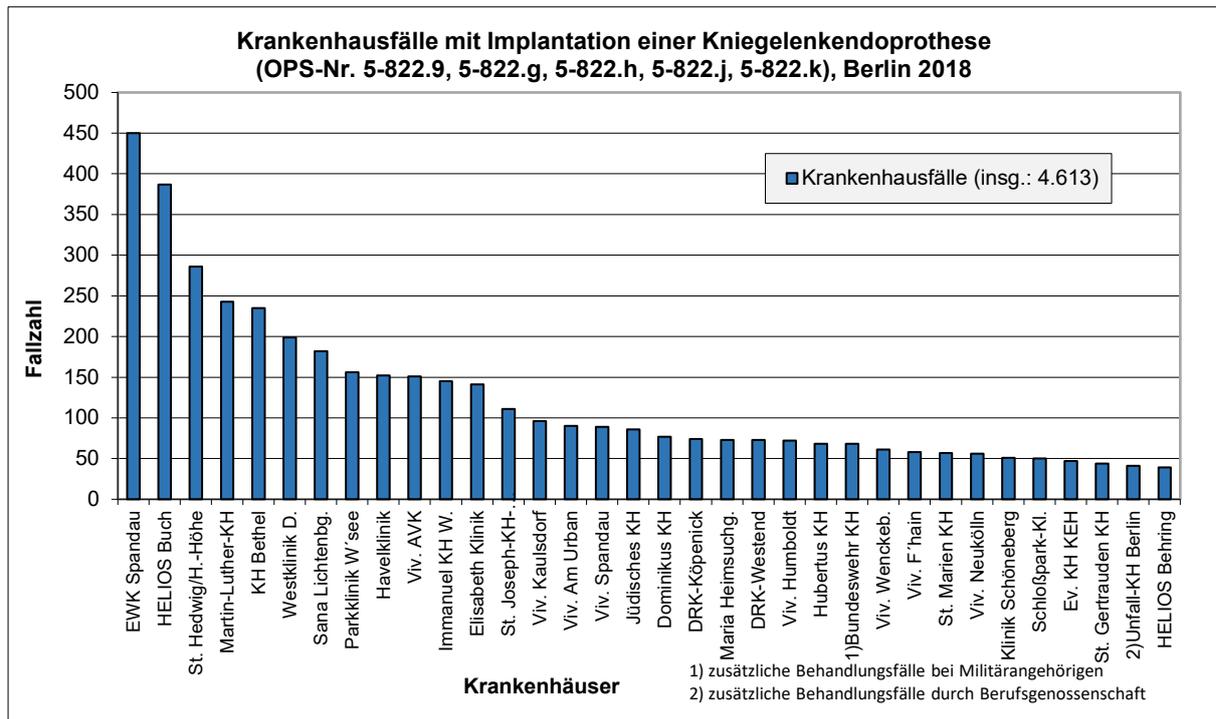
Diagramm mit einem Sternchen versehen. Im Diagramm wird nicht zwischen geplanten und Notfalleingriffen unterschieden.

Abb. 11.6.–2: Krankenhausesfälle mit Implantation einer Hüftgelenkendoprothese (OPS 5-820), Berlin 2018



Die Implantation künstlicher Teile am Kniegelenk erfolgt in der Regel nur geplant. Seit dem 1. Januar 2015 gilt für diese Operationen gemäß Beschluss des Bundessozialgerichtes wieder die Mindestmengenregelung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) von 50 Eingriffen pro Jahr, wenn die Operation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt.

Abb. 11.6.–3: Krankenhausfälle mit Implantation einer Kniegelenkendoprothese (OPS-Nr. 5-822.9, 5-822.g, 5-822.h, 5-822.j, 5-822.k), InEK-Daten Berlin 2018



11.7. Gefäßmedizin

Gefäßerkrankungen sind weit verbreitet und treten im Alter immer häufiger auf, da sie oft, besonders im arteriellen Bereich, die Folge anderer Grunderkrankungen (allen voran des Diabetes mellitus) oder schädigender Lebensgewohnheiten (Rauchen, Übergewicht) sind. Neben konservativen internistischen Therapieansätzen wurden in den letzten Jahrzehnten zunehmend Behandlungsverfahren weiterentwickelt, durch die operativ oder mit Hilfe von Katheterinterventionen verschlossene Gefäße wieder geöffnet werden. Auch in der Diagnostik von Gefäßerkrankungen gibt es immer wieder neue Fortschritte.

Zu den Aufgaben der Gefäßmedizin gehören jedoch nicht nur die Diagnostik und die Therapie von Gefäßleiden. Durch geeignete präventive und rehabilitative Maßnahmen muss das weitere Fortschreiten der arteriellen, venösen und lymphatischen Gefäßerkrankungen möglichst verhindert und der Therapieerfolg langfristig gesichert werden. Die Gefäßmedizin stellt deshalb ein komplexes medizinisches Versorgungsgebiet dar, das nicht nur ein hohes Maß an Wissen, Erfahrung und technischen Fertigkeiten voraussetzt, sondern auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der hauptsächlich beteiligten Fachdisziplinen, der Gefäßchirurgie, der Angiologie und der Radiologie, unbedingt erforderlich macht.

Die Fachgesellschaften der in der Gefäßmedizin maßgeblich beteiligten Fachdisziplinen, die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA) und die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG), haben jeweils Prüfverfahren erarbeitet, die die Strukturen und Prozessabläufe schwerpunktmäßig gefäßmedizinisch tätiger Krankenhäuser untersuchen. Krankenhäuser, die die geforderten Anforderungen erfüllen, werden dann von einer der drei Fachgesellschaften oder im Verbund dieser als „Interdisziplinäres Gefäßzentrum“ zertifiziert. Bereits der Krankenhausplan 2010 hat die Zertifizierung durch diese Fachgesellschaften zur Bedingung für die Ausweisung von gefäßmedizinischen Schwerpunkten gemacht. Dies wird im Krankenhausplan 2020 fortgesetzt, um Konzentrationsprozesse zu unterstützen, die fachlich

geprüfte Qualität gefäßmedizinischer Leistungen transparent zu machen und die Bedeutung des Angebotes bei der Sicherstellung der Notfallversorgung hervorzuheben.

Alle Krankenhäuser, die bei Erlass des Feststellungsbescheides eine aktuelle Zertifizierung der genannten Fachgesellschaften nachweisen können, werden als „gefäßmedizinischer Schwerpunkt“ gemäß Krankenhausplan 2020 anerkannt. Hier werden diese Leistungen spezialisiert und konzentriert erbracht.

Auf dem Gebiet der Gefäßmedizin erfolgt keine abschließende Planung. Über die Krankenhäuser mit Ausweisung eines gefäßmedizinischen Schwerpunktes hinaus können sich weitere Kliniken an der gefäßmedizinischen Versorgung beteiligen, wenn sie entsprechende Leistungen bei Bedarf und struktureller Eignung mit den Kostenträgern vereinbart haben.

11.8. Tumormedizin / Zentren

Die gute medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen bleibt eine der großen Herausforderungen in der Medizin und ist deshalb von gesundheitspolitischer Bedeutung. Bösartige Neubildungen sind nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Die Krebsbehandlung bindet einen gewaltigen Anteil der finanziellen Mittel der Krankenversicherungen und die medizinische Forschung steht unter einem hohen Erwartungsdruck.

Jährlich erkranken ca. 20.000 Menschen in Berlin neu an Krebs. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit hierfür. Deshalb ist die Tendenz der Zahl der Neuerkrankungen auf Grund der demografischen Entwicklung zunehmend. Nach dem Bericht des Robert-Koch-Institutes „Krebs in Deutschland 2009/2010) müssen jeder zweite Mann (51 Prozent) und 43 Prozent aller Frauen derzeit damit rechnen, im Laufe ihres Lebens an Krebs zu erkranken und jeder vierte Mann und jede fünfte Frau verstirbt an einer Krebserkrankung, oft viel zu früh.

Die Erkrankung Krebs belastet Betroffene und Angehörige schwer und stellt sie vor schwierigste Entscheidungen. Bei der Behandlung kommen, meist kombiniert, chirurgische, medikamentöse und strahlentherapeutische Verfahren zum Einsatz. Daraus wird deutlich, dass Krebsbehandlung immer auch interdisziplinär erfolgen muss. Durch Weiterentwicklungen in der Therapie erfordert die Erkrankung darüber hinaus zunehmend spezialisiertes Fachwissen.

Die große gesundheitspolitische Bedeutung, die Krebserkrankungen haben, kommt auch im Nationalen Krebsplan der Bundesregierung zum Ausdruck. Ein Handlungsfeld dieses Plans umfasst deswegen auch weiterhin Maßnahmen zur Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung.

Mit dem Konzept zur Ausweisung von onkologischen Zentren und Schwerpunkten (Ziffer 11.2) setzt die Landesregierung den im Jahr 2018 entwickelten und vom Gemeinsamen Bundesausschuss zum 01.01.2020 zwischenzeitlich ebenfalls beschrittenen Weg der Strukturvorgaben für die Behandlung von Menschen mit Krebserkrankungen konsequent fort.

Im Hinblick auf die Neuordnung der Bestimmung onkologischer Schwerpunkte werden die noch im Krankenhausplan 2016 enthaltenen Vorgaben zur Ausweisung von Krankenhäusern mit tumormedizinischem Schwerpunkt aufgegeben.

Fußnoten erhalten fortan nur diejenigen Kliniken, die die in Ziffer 11.2 ausgewiesenen Strukturvoraussetzungen erfüllen.

Spezialisierte Angebote

Darüber hinaus gibt es Behandlungsaufgaben bei Krebserkrankungen, bei denen die Zentralisierung in nur wenigen Krankenhäusern besonders wünschenswert ist. Hierzu gehören insbesondere die Stammzelltransplantationen, die Krebsbehandlung bei Kindern und die Behandlung von Augentumoren.

Folgende Krebsbehandlungen erfolgen in Berlin bereits an besonders spezialisierten Krankenhäusern:

Stammzelltransplantation

Allogene Stammzelltransplantationen (Spender/-in und Empfänger/-in sind nicht identisch; es muss ein immunologisch passende/-r Spender/-in ermittelt werden; rund drei Viertel der Patientinnen und Patienten, die so behandelt werden, haben Leukämie) werden nur am Campus Virchow-Klinikum der Charité sowie im HELIOS Klinikum Berlin-Buch durchgeführt.

Autologe Stammzelltransplantationen (Spender/-in und Empfänger/-in sind identisch; rund 90 Prozent der Patientinnen und Patienten, die so behandelt werden, haben ein Plasmozytom oder Lymphom) werden an allen drei Standorten der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dem HELIOS Klinikum Berlin-Buch und in geringem Umfang am Vivantes Klinikum Neukölln durchgeführt.

Bei der Stammzelltransplantation wird die vorhandene Schwerpunktbildung im universitären Bereich krankenhauplanerisch besonders befürwortet.

Die beteiligten Krankenhäuser besitzen entsprechende Fußnoten zu allogenen und/oder autologen Stammzelltransplantationen auf den Datenblättern (siehe Anlage 1) und sind zur Leistungserbringung berechtigt, soweit sie die Mindestmengenvorgabe des G-BA von 25 Behandlungen pro Jahr erreichen.

Kinderonkologie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten beschlossen, durch die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gesichert und verbessert werden sollen. Zu diesem Zweck definiert diese Vereinbarung Zentren für die pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung und regelt die Anforderungen an diese Zentren.

Die Behandlung onkologisch erkrankter Kinder erfolgt zentralisiert in der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Campus Virchow-Klinikum) bzw. im HELIOS Klinikum Berlin-Buch.

Operationen von Augentumoren:

Operationen von Augentumoren erfolgen nahezu ausschließlich in der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Campus Benjamin Franklin).

11.9. Erkrankungen der Atmungsorgane

Erkrankungen der Atmungsorgane gehören zu den häufigsten Gesundheitsbeeinträchtigungen in der Bevölkerung. Überwiegend können diese Erkrankungen ohne Behandlung oder ausschließlich mit ambulanter Behandlung überwunden werden. Es treten jedoch auch schwere, lebensbedrohende Krankheiten auf, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen.

Konservative Krankenhausbehandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen der Atmungsorgane findet in internistischen Abteilungen statt. In sechs Krankenhäusern gibt es spezialisierte Abteilungen für Pneumologie als Subdisziplin der Inneren Medizin. Diese Abteilungen werden weiterhin im Krankenhausplan ausgewiesen. Voraussetzung ist die personelle Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung (Abteilung unter fachärztlicher Leitung, insgesamt mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie).

Es handelt sich um die folgenden Krankenhäuser:

- Charité - Campus Charité Mitte
- DRK Kliniken Berlin | Mitte
- Evangelische Lungenklinik Berlin
- Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
- HELIOS Klinikum Emil von Behring
- Vivantes Klinikum Neukölln.

In vergleichsweise geringerem Umfang müssen Erkrankungen der Atmungsorgane operativ behandelt werden. Insbesondere komplexe Eingriffe bei schwerwiegenden Diagnosen, wie sie die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie auch im Rahmen der Zertifizierung von Thoraxzentren untersucht (<https://dgt-online.de/fuer-patienten/zertifizierung-thoraxzentrum-dgt/>), sollten in Krankenhäusern mit Abteilungen für Thoraxchirurgie konzentriert werden und durch Fachärztinnen oder -ärzte für Thoraxchirurgie erfolgen. Deshalb werden Abteilungen für Thoraxchirurgie auch im Krankenhausplan 2020 nur an Krankenhäusern ausgewiesen, die eine ordnungsbehördlich genehmigte, fachärztlich geleitete Abteilung mit mindestens zwei in Vollzeit tätigen Fachärztinnen oder -ärzten für Thoraxchirurgie führen und den Orientierungswert von 300 Operationen bei schwerwiegenden Diagnosen (insbesondere bei bösartigen Neubildungen der Lunge, Pyothorax und Pneumothorax) im Jahr erreichen.

Diese Voraussetzungen erfüllten bisher vier nichtuniversitäre Krankenhäuser. Es handelt sich um folgende Krankenhäuser:

- DRK Kliniken Berlin | Mitte
- Evangelische Lungenklinik Berlin
- HELIOS Klinikum Emil von Behring
- Vivantes Klinikum Neukölln.

Die Überprüfung der Erfüllung der Kriterien zum Ausweis der Subdisziplin Thoraxchirurgie erfolgt im Rahmen der Umsetzung des Krankenhausplanes durch die Feststellungsbescheide.

99 Prozent aller Lungenoperationen bei der Diagnose Lungenkrebs erfolgten in diesen vier Krankenhäusern und der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

11.10. Beatmungsentwöhnung/Weaning

Die Beatmungstherapie stellt einen wesentlichen Bestandteil der Intensivmedizin dar. Dabei wird der Prozess des Übergangs von der andauernden oder teilweisen Abhängigkeit einer Patientin bzw. eines Patienten von der maschinellen Beatmung hin zu einer dauerhaften Spontanatmung mit Beendigung der Beatmungstherapie als Entwöhnung oder Weaning bezeichnet.

Bei der invasiven Beatmung über Tubus oder Trachealkanüle werden drei Kategorien des Weanings unterschieden: einfaches Weaning, schwieriges Weaning und prolongiertes Weaning. Der überwiegende Anteil beatmeter Patientinnen und Patienten hat eine kurzzeitige Beatmungstherapie von unter drei Tagen und das Weaning ist in der Regel einfach, wenn nicht bereits primär eine Atmungsschwäche zugrunde lag. Problematisch ist insbesondere die dritte Kategorie mit solchen Patienten, die mehr als drei Spontanatmungsversuche oder mehr als sieben Tage ab dem ersten Spontanatmungsversuch zum erfolgreichen Weaning benötigen. Diese Patientinnen und Patienten stellen eine Herausforderung an personelle Ressourcen und Qualifikation einer Intensivstation dar, da sie meist viele Wochen im Weaningprozess sind.

In den letzten Jahren steigt die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit invasiver Langzeitbeatmung in der Akutintensivbehandlung. Die Ursachen für diesen Anstieg sind multifaktoriell, liegen aber im Wesentlichen an der Zunahme alter und multimorbider Patientinnen und Patienten und einer verbesserten intensivmedizinischen Versorgung. Die Diagnosen, die darüber hinaus den Weaningprozess prolongieren, sind chronische Lungenerkrankungen, schwere Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz insbesondere mit Dialyse, Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems (z. B. nach Schlaganfall, Reanimation, Unfällen oder einer langdauernden intensivpflichtigen Erkrankung).

Entsprechend dem Anstieg der Langzeitbeatmeten stieg in den letzten Jahren die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die wegen Weaningversagens invasiv beatmet in die Häuslichkeit entlassen werden, wenngleich keine exakten Zahlen für Deutschland vorliegen. Zudem sind, u. a. aus ökonomischen Gründen, Entlassungen von invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten mit noch nicht abgeschlossenem Weaningprozess von Intensivstationen direkt in die Häuslichkeit zu beobachten. Die Nachfrage nach außerklinischer Beatmungspflege hat die Anzahl sogenannter Intensivpflegedienste stark ansteigen lassen, hierdurch wiederum wird die Entlassung beatmeter Patientinnen und Patienten mit noch nicht abgeschlossenem Weaningprozess begünstigt.

Um zu gewährleisten, dass alle Möglichkeiten einer Entwöhnung von der invasiven Beatmung ausgeschöpft wurden, bevor die Patientinnen und Patienten in die Häuslichkeit oder eine Pflegeeinrichtung entlassen werden, müssen daher im Akutkrankenhaus adäquate Versuche der Entwöhnung von der invasiven Beatmung nach den Qualitätsstandards der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) durchgeführt worden sein. Wenn trotz aller Bemühungen der Akut-Intensivstation weiterhin die Notwendigkeit einer kontinuierlichen oder intermittierenden invasiven Beatmung besteht bzw. keine weiteren Fortschritte im Weaningprozess gemacht werden, muss vor Entlassung der Patientinnen und Patienten in den außerklinischen Bereich (Wohngemeinschaft, Häuslichkeit, oder stationäre Pflege) das Weaningversagen von einer auf prolongiertes Weaning spezialisierten Einheit attestiert werden und die Entlassung in Abstimmung mit dieser erfolgen. Eine Entlassung in die außerklinische Beatmungspflege zum Ziel der dortigen Entwöhnung stellt keine sinnvolle Alternative dar.

An Kliniken mit spezieller Expertise in prolongiertem Weaning, die letztlich auch ein Weaning-Versagen feststellen und eine außerklinische Beatmung nicht nur einleiten, sondern auch langfristig mitbetreuen müssen, bestehen besondere Anforderungen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Zwei Fachgesellschaften²⁹ haben daher die Notwendigkeit von Qualitätsvorgaben für die Beatmungsentwöhnung erkannt und im Rahmen von Zertifizierungen Kriterien erstellt, die sowohl für das Weaning unmittelbar nach der Akut-Beatmungsphase als auch für eine komplexe prolongierte Entwöhnung von der Beatmung gelten. Das Weaning nach der Akutphase erfordert z. B. eine stringente, möglichst protokollbasierte Vorgehensweise, während bei prolongiertem Weaning vor allem die Verfügbarkeit von speziell ausgebildetem Personal einschließlich Atmungstherapeuten und die Gewährleistung des Tag-Nacht-Rhythmus für Patientinnen und Patienten erforderlich sind.

Der Krankenhausplan weist Einheiten für prolongiertes Weaning mit dem Ziel aus, qualifizierte Einheiten zu schaffen, welche die Kriterien beider Fachgesellschaften erfüllen und die ein Netzwerk mit den Intensivstationen der Akutkrankenhäuser und den Einrichtungen für außerklinische Beatmung bilden (Fußnote „Weaningeinheit“ auf dem Krankenhausdatenblatt an der SOLL-Bettzahl der fachlich verantwortlichen Abteilung).

Die Ausweisung von Weaningeinheiten im Krankenhausplan erfolgt qualitativ, d. h. nicht abschließend, wenn die im Folgenden aufgeführten Qualitätsanforderungen erfüllt werden:

Personelle Ausstattung:

- Das ärztliche und nichtärztliche Personal der Einheiten für prolongiertes Weaning muss intensivmedizinische Erfahrung, Erfahrung in der Entwöhnung von der invasiven Beatmung, aber auch Expertise in der nicht invasiven und außerklinischen Beatmung haben.
- Da pneumologische Erkrankungen in etwa 50 Prozent der Fälle für eine Langzeitbeatmung ursächlich sind, jedoch auch viele andere Erkrankungen vorliegen können, ist sowohl eine Interdisziplinarität des Behandlungsteams als auch eine unmittelbare Verfügbarkeit verschiedener akutmedizinisch relevanter Fachgebiete wichtig.
- Eine Präsenz von intensiv- und beatmungsmedizinisch erfahrenem Personal in den Einheiten für prolongiertes Weaning muss rund um die Uhr gegeben sein.

Die ärztliche Leitung der Einheit für prolongiertes Weaning muss eine mehrjährige Erfahrung im prolongierten Weaning, in der nichtinvasiven Beatmung und Erfahrung in der außerklinischen Beatmung besitzen, und entweder Facharzt/-ärztin mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ oder Facharzt/-ärztin für „Innere Medizin und Pneumologie“ sein³⁰.

Krankenhausstruktur und räumliche sowie technische Ausstattung:

- Die spezialisierte Einheit für prolongiertes Weaning kann sich entweder in einem separaten Bereich auf einer Intensivstation befinden, oder auf einer räumlich getrennten speziellen Weaningstation. Die Einheit für prolongiertes Weaning muss mindestens 10 Betten umfassen.
- Unabhängig von der räumlichen Struktur muss die jeweils notwendige spezielle intensivmedizinische und beatmungstherapeutische Kompetenz, sowie die personelle und technische Mindestausstattung vorgehalten werden. Insbesondere ist zu beachten, dass die baulichen Gegebenheiten eine Anpassung an den Tag-/Nacht-Rhythmus der Patientinnen und Patienten und den Lärmschutz im Patientenzimmer gewährleisten.

²⁹ Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.: Erhebungsbogen zur Zertifizierung von Weaningzentren; Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin: Zertifizierung anästhesiologische Intensivmedizin: Entwöhnung von der Beatmung

³⁰ In der Zertifizierung der DGAI wird die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin, in der Zertifizierung der DGP die Pneumologie als Qualifikation für die Leitung der Weaning-Einheiten gefordert. Im Krankenhausplan erfolgt auch unter der Perspektive der sehr unterschiedlichen Erkrankungen, die zur Beatmung geführt haben können, keine weitere fachspezifische Festlegung.

Prozessqualität:

- Es müssen mindestens 40 Weaningpatientinnen und -patienten der Gruppe 3 (prolongiertes Weaning) pro Kalenderjahr behandelt werden.
- Eine Überleitung von invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten in die Häuslichkeit kann erst erfolgen, wenn alle Möglichkeiten der Entwöhnung ausgeschöpft wurden, inklusive der Prüfung einer Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung, es sich um einen stabilen Krankheitszustand handelt, und alle organisatorischen Voraussetzungen für eine Überleitung sichergestellt wurden.
- Da Patientinnen und Patienten sowohl mit invasiver als auch mit nichtinvasiver außerklinischer Beatmung regelmäßig Kontrolluntersuchungen zur Überprüfung der Therapieziele und des gegebenenfalls langfristigen Weaningpotentials durchführen lassen müssen, sollten Kliniken mit Einheiten für prolongiertes Weaning auch Behandlungskapazitäten für diese Patienten haben. Zudem gibt es derzeit für Patientinnen und Patienten mit invasiver außerklinischer Beatmung in den meisten Fällen keine strukturierte ambulante ärztliche Versorgung mit entsprechender Beatmungskompetenz. Darüber hinaus ist die ausreichende Vergütung dieser komplexen Behandlungsfälle nicht durchgängig gewährleistet. Die Expertenzentren für prolongiertes Weaning sollten daher mit ihrer Expertise in außerklinischer Beatmung im Sinne eines sektorenübergreifenden Betreuungsnetzwerks Ansprechpartner für Einrichtungen der außerklinischen Beatmungspflege und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ein.

Konzeption:

Weiterhin muss ein Konzept zum Betreiben einer Einheit für prolongiertes Weaning vorliegen, welches im Wesentlichen die bereits vorhandenen Kriterien der Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin) zur räumlichen, technischen und personellen Ausstattung sowie zur Prozessqualität erfüllen sollte. Darüber hinaus sollen dem Konzept die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zum Thema prolongiertes Weaning und außerklinische Beatmung zugrunde liegen.

11.11. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe wird in der Weiterbildungsordnung als gemeinsames Fachgebiet geführt. Während sich die Frauenheilkunde mit den Erkrankungen im Bereich des Fortpflanzungssystems bei nichtschwangeren Frauen befasst, bezieht sich die Geburtshilfe auf schwangere Frauen, Gebärende und Wöchnerinnen. In der Frauenheilkunde werden hauptsächlich Patientinnen in fortgeschrittenem Lebensalter behandelt, während geburtshilfliche Abteilungen naturgemäß vor allem von jüngeren Frauen aufgesucht werden. In allen Lebensphasen und Altersklassen benötigen Frauen somit das Angebot einer qualitativ hochwertigen klinischen Versorgung im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Entsprechend der Weiterbildungsordnung wird das Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe gemeinsam geplant. Die Verteilung der Kapazitäten zwischen dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe obliegt dem Krankenhaus und kann, je nach aktuellem Bedarf, flexibel innerhalb der Fachabteilung genutzt werden. Dies ist insbesondere durch den Bereich der Geburtshilfe notwendig, in dem starke Belegungsschwankungen bestehen.

In Berlin gibt es 21 über die Stadt verteilte Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Zwei Abteilungen (MIC Klinik und Park-Klinik Weißensee) nehmen ausschließlich einen Versorgungsauftrag in der Frauenheilkunde wahr.

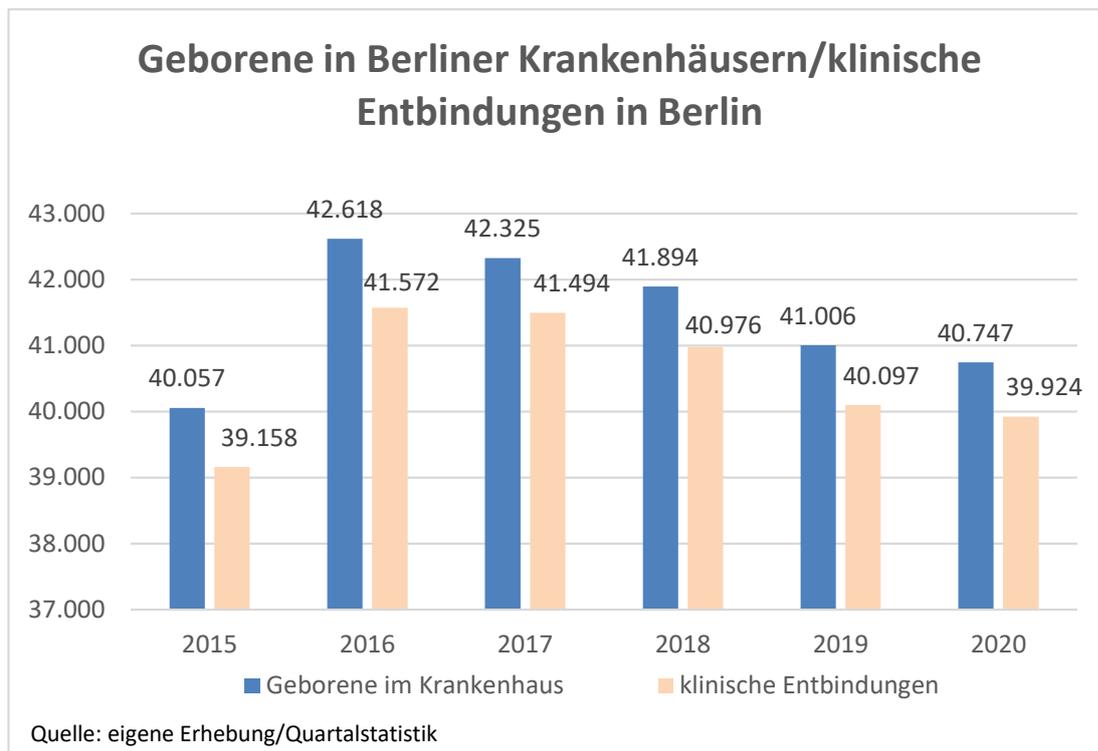
11.11.1. Geburtshilfe

Die Geburtshilfe ist ein sehr wichtiger medizinischer Bereich, in dem Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen sowie ungeborene und neugeborene Kinder versorgt werden. Es werden sowohl gesunde Schwangere mit einem regelrechten Schwangerschafts- und Geburtsverlauf behandelt, als auch Frauen mit Vorerkrankungen, schwangerschaftsassozierten Erkrankungen und Schwangerschaftskomplikationen. 19 Berliner Klinikstandorte erfüllen einen geburtshilflichen Versorgungsauftrag. Die Geburtshilfe ist insgesamt sektorenübergreifend angelegt. So wird die klinische Versorgung durch ambulante Angebote ergänzt. Diese umfassen insbesondere die Tätigkeit selbstständig tätiger Hebammen, Hebammenhäuser und Geburtshäuser.

Die Organisation der klinischen Geburtshilfe erfolgt in Berlin entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Demnach ist eine Strukturierung mit 4 Versorgungsstufen vorhanden. Die Stufung erfolgt anhand der Versorgungsmöglichkeiten von Früh- und Neugeborenen. Es existieren 8 Standorte der höchsten Versorgungsstufe (Perinatalzentrum Level 1) und ein Perinatalzentrum Level 2. Eine weitere geburtshilfliche Klinik hat einen perinatalmedizinischen Schwerpunkt, während die restlichen 9 geburtshilflich tätigen Standorte nach der G-BA-Richtlinie Geburtskliniken sind. Die geburtshilflichen Abteilungen sind gleichmäßig über das Stadtgebiet verteilt. In jedem der 12 Bezirke existiert mindestens eine Klinik mit Geburtshilfe, in jeder Versorgungsregion mindestens ein Perinatalzentrum (vgl. Tab. 11.12.2.-1)

Runder Tisch Geburtshilfe

Der Fachbereich Geburtshilfe stand in den letzten Jahren vor einer besonders großen Herausforderung. Im Jahr 2016 gab es in Berlin einen regelrechten Babyboom. Die Geburtenrate stieg von 40.057 im Jahr 2015 sprunghaft auf 42.618 im Jahr 2016 an. In den Folgejahren bis 2020 sank die Rate zwar wieder, befindet sich aber noch immer auf einem deutlich höheren Niveau als vor 2016.

Abb. 11.11.1-1:

Mit den Geburten stiegen auch die Anforderungen an die Geburtshilfe. Aus diesem Grund wurde unter der Leitung der Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung der „Runde Tisch Geburtshilfe“ eingeführt. Hierbei tagten in mehreren Treffen rund 50 Experten zur Situation der Berliner Geburtshilfe. Darunter waren Vertreterinnen und Vertreter aller Geburtskliniken, Hebammen, Krankenkassen, Ausbildungsstätten, der Berufsverband der Frauenärzte, die involvierten Senatsverwaltungen sowie Eltern- und Patientenforsprecher. Um die Qualität und Sicherheit von Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt sicherzustellen, entstand das „Berliner Aktionsprogramm für eine sichere und gute Geburt“³¹. Ziel dieses im Februar 2018 veröffentlichten Plans war die Sicherstellung und maßgebliche Verbesserung der Geburtshilfe.

Das Aktionsprogramm für eine sichere und gute Geburt besteht aus den folgenden 10 Punkten:

1. Ausbau der Ausbildungs- und Studienplätze für Hebammen
2. Ausbau der Kreißsäle durch Landeszuschüsse
3. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Hebammen
4. Vorantreiben der Akademisierung des Hebammenberufs
5. Unterstützung der Anerkennungsverfahren für Hebammen aus EU- und Drittstaaten
6. Einführung einer digitalen Plattform zur Hebammenvermittlung
7. Schaffung einer Transparenz über Kreißsaalkapazitäten
8. Erhöhung der geburtshilflichen und neonatologischen Planbetten
9. Sicherstellung einer sensiblen, situationsgerechten Kommunikation mit den Schwangeren
10. Verpflichtung der Teilnehmer des Runden Tisches Geburtshilfe, das Aktionsprogramm aktiv umzusetzen.

³¹ Berliner Aktionsprogramm für eine sichere und gute Geburt, Beschluss „Runder Tisch Geburtshilfe“ vom 01.02.2018

Die krankenhauplanerischen Aufgaben lagen hauptsächlich im Bereich des Kreißsaalausbaus und dem Aufwuchs der Planbetten in der Geburtshilfe und Pädiatrie.

An insgesamt sechs Geburtskliniken werden bis voraussichtlich Ende 2023 die Kreißsaalkapazitäten erhöht. Die Umsetzung erfolgt durch Umbaumaßnahmen, aber auch durch Neubauprojekte. Im Zuge dessen erfolgt auch eine bedarfsgerechte Anpassung der Kapazitäten anderer geburtshilflicher Räumlichkeiten. Hierzu zählen insbesondere Vorwehenräume und Sectio-OPs. Funktionale Mängel an bereits bestehenden Strukturen werden ebenfalls beseitigt. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen stellt das Land Berlin 27,542 Mio. Euro (Stand September 2020) zur Verfügung. Diese entstammen aus dem „Sondervermögen Infrastruktur der Wachsenden Stadt“ (kurz: SIWANA).

Zur Sicherstellung ausreichender Bettenkapazitäten im Bereich der Geburtshilfe werden zwei Wege verfolgt. Die Geburtshilfe wird planerisch als gemeinsamer Fachbereich mit der Gynäkologie betrachtet. Hierfür liegt die Gesamtauslastung in den letzten Jahren durchschnittlich im Normbereich. Bei einer isolierten Betrachtung der geburtshilflichen Stationen, zeigt sich die Auslastung jedoch meist wesentlich höher. Im Gegenzug weist die Gynäkologie geringere Werte auf. Somit erfolgt eine Anpassung an den erhöhten Bettenbedarf in der Geburtshilfe vornehmlich durch eine Flexibilisierung der Bettennutzung. Dies geschieht sowohl fachgebietssintern, als auch zwischen den verschiedenen Fachabteilungen. Zusätzlich erfolgte eine dauerhafte Aufstockung der geburtshilflichen Stationen. Letzteres gilt auch für die neonatologischen Stationen, die dem Fachbereich der Kinder- und Jugendheilkunde zugeordnet sind. Im Rahmen dieses Krankenhausplans wird eine weitere Bettenerhöhung in diesen Bereichen erfolgen.

Auch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Hebammen war Teil der krankenhauplanerischen Arbeit. Hierzu wurde anhand einer Umfrage der Berliner Krankenhausgesellschaft e. V. ein Papier mit Best-Practice-Beispielen erstellt. Dies sind mögliche Maßnahmen, über die eine Verbesserung der Arbeitssituationen der Hebammen an Kliniken herbeigeführt werden kann. Sie umfassen sowohl entgeltliche, als auch strukturelle Aspekte. Alle Geburtskliniken wurden angehalten, intern „kleine runde Tische“ zum Thema Geburtshilfe zur Besprechung des Best-Practice-Papiers einzuführen. Einer Umfrage der BKG aus dem September 2020 zufolge, haben alle teilnehmenden Kliniken kleine runde Tische etabliert. Hierbei wurden unterschiedliche Best-Practice-Maßnahmen beschlossen und teilweise bereits umgesetzt. Dazu gehört u. a. eine Arbeitsentlastung der Hebammen durch personelle Umgestaltung, Stellenaufbau und einer Umverlagerung fachfremder Tätigkeiten.

11.12. Versorgung von Kindern und Jugendlichen

11.12.1. Somatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendheilkunde (Pädiatrie) befasst sich mit der Behandlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Heranwachsenden bis zum jungen Erwachsenenalter. Sie deckt die Erkrankungen aller Organsysteme ab und stellt somit eines der umfangreichsten Fachgebiete in der Medizin dar. Lediglich die Kinderchirurgie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind laut der Berliner Weiterbildungsordnung gesonderte Fachgebiete. Darüber hinaus gibt es in der Behandlung der jungen Heranwachsenden Überschneidungen mit anderen Fachgebieten. Insbesondere die Chirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Innere Medizin sind an der Versorgung von Patienten im Kindes- und Jugendalter beteiligt.

Dank des medizinischen Fortschritts sind auch für diese Patientinnen und Patienten immer mehr Behandlungen ambulant möglich. Kinder und Jugendliche, die dennoch eine stationäre Therapie

benötigen, sind zumeist schwer- oder gar lebensbedrohlich erkrankt. Ein Krankenhausaufenthalt von Kindern und Jugendlichen stellt für die Familien immer eine Ausnahmesituation mit einer hohen psychischen Belastung dar. Aus diesem Grund ist der klinische Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ganz besonders gefordert, nicht nur medizinisch, sondern auch sozial und strukturell eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Zur Sicherung der Qualität der stationären Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher wird auf das Siegel „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ verwiesen. Kliniken, die dieses Siegel tragen, erfüllen Qualitätskriterien, die unter www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de einzusehen sind. Die Berliner Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde nehmen regelmäßig am Zertifizierungsprozess teil.

Tab. 11.12.1. - 1: Als "Ausgezeichnet. FÜR KINDER" zertifizierte Kinderkliniken in Berlin

Lfd. Nr.	Krankenhausstandort	Fachabteilung	als "Ausgezeichnet. FÜR KINDER" zertifiziert		
			2016 - 2017	2018 - 2019	2020 - 2021
1	Charité – Campus Virchow-Klinikum	Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie	x	x	
2	Charité – Campus Virchow-Klinikum	Otto-Heubner-Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	x	x	x
3	Ev. Waldkrankenhaus Spandau	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
4	Helios Klinikum Buch	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
5	Helios Klinikum Emil von Behring	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin			x
5	St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof	"Josephinchen": Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
7	Vivantes – Klinikum im Friedrichshain	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
8	Vivantes – Klinikum Neukölln	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
9	DRK Kliniken Berlin Westend	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin			
10	Sana Klinikum Lichtenberg	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x

Quelle: GKinD e.V. (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.); www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de

Stand: 01.10.2020

Laut ordnungsbehördlicher Genehmigung vom 01.10.2020 haben 10 Berliner Krankenhausstandorte einen allgemeinen kinderheilkundlichen Versorgungsauftrag. Insgesamt werden 735 Betten, darunter 50 teilstationär, hierfür vorgehalten. Eine Sonderstellung nimmt das Deutsche Herzzentrum Berlin mit 36 pädiatrischen Betten ein. Hier erfolgt die hoch spezialisierte Behandlung kinderkardiologischer Patienten. Kinder mit angeborenen Herzfehlern aus ganz Europa werden am Deutschen Herzzentrum Berlin kardiologisch und herzchirurgisch versorgt.

Die Bevölkerungsentwicklung, nicht zuletzt durch die sehr geburtenstarken Jahrgänge von 2016 bis 2020, sowie die aktuelle Bevölkerungsprognose lassen auf einen steigenden Bedarf an kinderheilkundlichen Betten schließen. Der Krankenhausplan 2020 sieht einen Zuwachs um 80 pädiatrische Betten vor.

Seit geraumer Zeit stellt die Finanzierung über DRG-Fallpauschalen pädiatrische Abteilungen vor eine große Herausforderung. Kinder im Allgemeinen, aber insbesondere durch die hohe Rate an komplex oder chronisch Erkrankten, führen zu einem besonders hohen Personalaufwand. Außerdem ist die Notfallquote in dieser Fachabteilung besonders hoch. Bundesweit wird aus diesem Grund aktuell eine Anpassung der Vergütung in diesem Fachbereich diskutiert.

11.12.2. Perinatal- und Neonatalversorgung

Der pädiatrische Schwerpunkt „Perinatalmedizin und Neonatologie“ versorgt die Allerkleinsten. Die Patienten sind Neu- und Frühgeborene, die meist sehr komplexe Behandlungen benötigen. Entsprechend hoch sind die Personal- und Qualitätsanforderungen. Die qualitativen Vorgaben an

Perinatale Schwerpunkte und Zentren richten sich nach der Richtlinie des G-BA. Die „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ stellt einen verbindlichen Maßstab für alle deutschen perinatalmedizinischen Einrichtungen dar.

Die G-BA-Vereinbarung (www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/) unterscheidet zwischen folgenden vier Versorgungsstufen:

Perinatalzentrum Level 1	(uneingeschränkte Versorgung von Früh- und Neugeborenen)
Perinatalzentrum Level 2	(Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen: 1.250 Gramm)
Perinataler Schwerpunkt	(Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen: 1.500 Gramm)
Geburtsklinik	(Entbindung ab 36+0 Schwangerschaftswochen ohne vorhersehbare Komplikationen).

Je nach Versorgungsstufe sind laut der Richtlinie unterschiedliche Anforderungen an die personelle Ausstattung zu erfüllen

In Berlin gibt es insgesamt 19 Krankenhausstandorte, die an der Versorgung von Früh- und/oder Neugeborenen beteiligt sind. Die Anerkennung in der jeweiligen Versorgungsstufe erfolgt im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen.

Tab.11.12.2. -1: Von den Kostenträgern anerkannte Versorgungsstufen bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen (Stand November 2020)

Lfd. Nr.	Versorgungsstufe	Krankenhausstandort
1	Perinatalzentrum Level 1	Charité - Campus Charité Mitte
2		Charité - Campus Virchow-Klinikum
3		Ev. Waldkrankenhaus Spandau
4		Helios Klinikum Berlin-Buch
5		St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof
6		Vivantes - Klinikum im Friedrichshain
7		Vivantes - Klinikum Neukölln
8		DRK Kliniken Berlin Westend
9	Perinatalzentrum Level 2	Sana Klinikum Lichtenberg
10	Perinataler Schwerpunkt	Martin-Luther-Krankenhaus
11	Geburtsklinik	DRK Kliniken Berlin Köpenick
12		Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
13		Krankenhaus Waldfriede
14		Maria Heimsuchung - Caritas Klinik Pankow
15		St. Gertrauden Krankenhaus
16		Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
17		Vivantes Humboldt-Klinikum
18		Vivantes Klinikum Am Urban
19		Vivantes Klinikum Hellersdorf

Laut Berliner Weiterbildungsordnung ist die Neonatologie ein Schwerpunkt der Kinder- und Jugendheilkunde. Aus diesem Grund ist sie nicht in der Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2020 enthalten. Des Weiteren wird vor dem Hintergrund der G-BA-Vereinbarung auf krankenhauplanerische Festlegungen zu den Standorten der Perinatalzentren und Perinatalen Schwerpunkte verzichtet.

11.12.3. Kinderchirurgie

Die Kinderchirurgie ist nach der Weiterbildungsordnung ein gesondertes Fachgebiet für Patientinnen und Patienten im Kindes- und Jugendalter. Sie bildet ein Verbindungsglied zwischen der Kinder- und

Jugendheilkunde und der Chirurgie. Die Ausweisung im Krankenhausplan erfolgt rein qualitativ unter dem Bereich der Chirurgie.

Sechs Berliner Klinken beinhalten eine Abteilung für Kinderchirurgie. Insgesamt stehen hier 106 Betten zur Verfügung (Stand ordnungsbehördliche Genehmigung 01.10.2020).

Tab.11.12.3. Kinderchirurgische Abteilungen in Berlin

Lfd. Nr.	Klinik mit Fachabteilung für Kinderchirurgie
1	DRK Klinikum Westend
2	Sana Klinikum Lichtenberg
3	St. Joseph Tempelhof
4	Vivantes Klinikum Neukölln
5	Helios Klinikum Berlin Buch
6	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum

Viele kinderchirurgische Patienten sind jünger als 1 Jahr. Operative Eingriffe erfolgen hier hauptsächlich aufgrund angeborener Erkrankungen oder Fehlbildungen. Besonders häufig betrifft dies den Magen-Darm-Trakt, aber auch das muskulo-skelettale System. Eine Sonderstellung nimmt in Berlin die Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten ein. Dieser Komplex angeborener Fehlbildungen wird in einem interdisziplinären Kompetenzzentrum der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie der Charité - Campus Virchow-Klinikum betreut.

11.12.4. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat eine Arbeitsgruppe des Landesbeirats für psychische Gesundheit ein Fachgutachten erstellt, das mit seinen strukturellen und quantitativen Aussagen die Grundlage für den vorliegenden Krankenhausplan 2020 bildet. Alle maßgeblichen Akteure des Fachgebietes einschließlich Angehörigenvertreter/-in und Psychiatrieerfahrene waren in der Arbeitsgruppe vertreten. In sechs Sitzungen wurden die vorhandenen Informationen diskutiert, ausgewertet und in Abstimmung mit dem Landesbeauftragten für Psychiatrie in Berlin und dem Referat für Grundsatzangelegenheiten der klinisch-psychiatrischen Versorgung in einem Fachgutachten zusammengefasst.

Die Empfehlungen dienen der fortlaufenden Versorgungsverbesserung für Kinder und Jugendliche in Berlin, die wegen psychischer Erkrankung einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Eine Krankenhausbehandlung, insbesondere die stationäre Behandlung, stellt die intensivste Form der Krankenbehandlung dar. Sie steht an der Spitze eines komplexen und differenzierten Versorgungssystems, das abgestuft über Prävention, Beratung und Unterstützung, ambulante, teilstationäre, stationäre und, seit 01.01.2018 im SGB V eingeführt, stationsäquivalente Behandlung den jeweiligen Notwendigkeiten der Betroffenen differenziert Rechnung tragen soll.

Ein deutlicher Aufwuchs an stationären und teilstationären Behandlungskapazitäten der regionalen/bezirklichen Grundversorgung im Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychosomatik und - psychotherapie ist vor diesem Hintergrund vorzunehmen.

Aufgrund der erwarteten weiteren Bevölkerungszunahme bis 2025 im Bereich der unter 18-Jährigen zeichnet sich im Vergleich zu den im Zuge der Überprüfung des Krankenhausplanes 2016 festgestellten Bedarfen zur regionalisierten Versorgung ein Erweiterungsbedarf um zusätzliche 110 Behandlungsplätze/-betten ab. Dies führt zu einer Gesamtzahl an 523 Kapazitäten zur

regionalisierten Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie in Berlin. Darüber hinaus werden die 78 Kapazitäten zur überregionalen Versorgung unverändert ausgewiesen.

Neben der Erweiterung des Angebots der Grundversorgung für alle Altersgruppen von Kindern und Jugendlichen soll besonders die Behandlung von kleinen Kindern unter Einbeziehung ihrer Eltern und Familien entwickelt und gestärkt werden, bei psychisch erkrankten Eltern gemeinsam mit dem Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie.

Beim Ausbau der psychosomatischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Kooperation mit der Pädiatrie sollen entsprechende Behandlungsplätze als kinder- und jugendpsychiatrische Plätze angestrebt werden.

Bei Projekten zur Verbesserung der Transition beim Übergang des Jugend- und Erwachsenenalters ist aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht die Verbesserung der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung der Heranwachsenden von vorrangiger Bedeutung. Es darf zu keiner Verschlechterung der Versorgung der unter 18-Jährigen durch etwaige Mischfinanzierungen von Kooperationsprojekten kommen. Die kinder- und jugendpsychiatrische Expertise, die im ambulanten Bereich seinen Niederschlag in der Zulassung für die Behandlung von 18- bis 21-Jährigen findet, ist hier gleichermaßen zu berücksichtigen und einzubeziehen. Eine Kooperation mit dem im Bereich der Hochschulmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin geplanten Projekt zur Erforschung des Übergangs vom Jugend- zum Erwachsenenalter bei schweren psychischen Erkrankungen ist zu begrüßen.

Bei der Etablierung von Transitionsprojekten soll die Behandlung junger Erwachsener in der entsprechenden Institutsambulanz Bestandteil des jeweiligen Angebots sein.

Die Verzahnung von universitärer Medizin und klinischer Versorgung ist insgesamt zu fördern.

Zur Verbesserung der gemeindenahen Versorgung sind insbesondere in den Randgebieten der Stadt bzw. in den Bezirken, in denen die Kliniken bisher nicht angesiedelt sind, neue teilstationäre und nach Notwendigkeit stationäre Behandlungsstandorte zu errichten. In diesem Zuge sind auch Konzepte zu fordern und zu fördern, die eine enge Verzahnung aus einerseits ambulanten psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungs- und außerklinischen Beratungsangeboten und andererseits teilstationären und stationären Interventionsmöglichkeiten anbieten.

Erheblicher Erweiterungs- und Unterstützungsbedarf wird im Bereich der kultursensiblen Versorgung von jungen Menschen mit ihren Familien aus verschiedensten Ethnien gesehen. Am drängendsten für die Versorgung stellt sich der Bereich der Sprach- und Kulturmittler dar, deren Bereitstellung einerseits und Finanzierung andererseits den Leistungserbringern überwiegend überlassen ist.

Zur Verbesserung der vorhandenen bzw. zur Bereitstellung fehlender Angebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche in Schule und Kinder- und Jugendhilfe sollen mit der Kinder- und Jugendhilfe Einrichtungen und Angebote für besondere Patientengruppen gemeinsam konzipiert werden.

Als besondere stationäre und teilstationäre Angebote sind folgende Einrichtungen weiter zu entwickeln bzw. aufzubauen:

Das schon bestehende Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen des Kindes- und Jugendalters am Klinikum im Friedrichshain mit stationären und teilstationären Plätzen und einer Diagnostik- und Behandlungskette über ambulante Motivationsbehandlung bis hin zur ambulanten und stationären Nachsorge in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe: Gemeinsam mit den Versorgungskliniken und der Kinder- und Jugendhilfe sollen die Behandlungsangebote für

Jugendliche mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen ausgebaut, weiterentwickelt und abgestimmt werden. Angebote bei nicht stoffgebundenen Süchten sollen etabliert werden.

Das in Entstehung begriffene klinische Zentrum für die Behandlung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher mit schweren psychischen Störungen am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge mit 20 stationären und teilstationären Plätzen und Ambulanz: Das klinische Zentrum soll, wie in der für den letzten Planungszeitraum erarbeiteten Vorlage dargestellt, von ambulanten Kompetenzzentren flankiert und regional vernetzt werden, sowie eng mit den Versorgungskliniken kooperieren.

In Zusammenarbeit mit den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sollen flexible regionale Versorgungsangebote für Kinder mit psychisch erkrankten Eltern, für psychisch erkrankte Eltern mit ihren Kindern und für Familien, bei denen sowohl Eltern als auch Kinder psychisch erkrankt sind, geschaffen werden.

In Bezirken mit geringem ambulanten Versorgungsgrad sollen nach Möglichkeit die Behandlungsangebote der PIAs erweitert werden.

Dabei ist zu betonen, dass die Krankenhausbehandlung nicht zur Kompensation unzureichender außerklinischer Versorgungsstrukturen dienen soll. Zur angemessenen und bedarfsgerechten Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher bedarf es dringend der Verbesserung der Personalsituation in der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Ausbaus der ambulanten Versorgung in unterversorgten Bezirken.

In Umsetzung dieser Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates ergibt sich auf Grundlage der im Jahr 2020 neu veröffentlichten Bevölkerungsprognose für das Jahr 2025 und unter Berücksichtigung der Sozialindizes der einzelnen Bezirke für den Krankenhausplan 2020 die nachfolgend dargestellte Bettenaufteilung:

Tab. 11.12.4.: Geplantes Bettenangebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gemäß Krankenhausplan 2020, regionale Pflichtversorgung und überregionale Angebote

Versorgungsregion (Bezirke)	SOLL-Betten KHP 2016 nach Überprüfung	SOLL-Betten KHP 2020	Versorgendes Krankenhaus
Regionale Pflichtversorgung			
Mitte (Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte)	69*	95	Vivantes Klinikum im Friedrichshain
Nord (Pankow, Reinickendorf)	77	98	HELIOS-Klinikum Berlin- Buch
Ost (Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg)	66	88	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)
Süd-Ost (Neukölln, Treptow-Köpenick)	51*	88	Vivantes Klinikum Neukölln (Versorgung der Region zusammen mit Vivantes Klinikum im Friedrichshain)
Süd-West (Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg)	66	78	St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof)
West (Charlottenburg- Wilmersdorf, Spandau)	60	76**	DRK Kliniken Berlin Westend
Summe regionale Pflichtversorgung	389	523	
Überregionale Versorgung			
	20	20	Vivantes Klinikum im Friedrichshain
	20	20	KEH
	38	38	Charité – Campus Virchow-Klinikum
Gesamtsumme Land Berlin	467	601	

* Nach Überprüfung des Krankenhausplans 2016 wären für die Versorgungsregionen Mitte und Süd-Ost zusätzlich 24 KJPP-Kapazitäten auszuweisen. Da der Klinikträger jedoch bislang kein Umsetzungskonzept vorgelegt hat, wurde noch kein entsprechender Feststellungsbescheid erstellt.

** Rechnerisch wären nur 73 KJPP-Kapazitäten zu stellen. Die zusätzlichen Kapazitäten werden für das Modellprojekt „Familienhaus Spandau“ ausgewiesen.

11.13. Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die Planungsgrundsätze für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beruhen auf den fachlichen Empfehlungen des Landesbeirats für psychische Gesundheit vom April 2019. Die Arbeitsgruppe „Klinische Versorgung Erwachsener“ analysierte in Vorbereitung der Erarbeitung des vorliegenden Krankenhausplans die aktuelle Versorgungssituation von psychisch erkrankten Erwachsenen im klinischen Bereich und bewertete diese im Gesamtzusammenhang des vorhandenen Versorgungssystems. Die Arbeitsgruppe legte die von ihr entworfenen Empfehlungen dem Landesbeirat für psychische Gesundheit vor, der sie nach eingehender Erörterung angenommen hat. Im Anschluss daran wurden die fachlichen Empfehlungen in die Gremien zur Krankenhausplanung eingebracht. Die vom Landesbeirat für psychische Gesundheit beschlossenen fachlichen Empfehlungen sind für diesen Teil des Krankenhausplans 2020 handlungsleitend.

Die Krankenhausplanung für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie orientiert sich am gemeindepsychiatrischen Paradigma eines regional verankerten, integrierten Versorgungssystems, das für alle psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger eine verlässliche und aufeinander abgestimmte Behandlung und Betreuung ermöglicht.

Die regionalisierte Pflichtversorgung umfasst psychiatrische, psychotherapeutische, sowie Leistungen der psychosomatischen Medizin. Eine weitere Differenzierung nach Schwerpunkten (z. B. Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht) oder Krankheitsbildern erfolgt seitens der Krankenhausplanung nicht. Diese Differenzierungen sind, abgestimmt auf die Besonderheiten der jeweiligen Pflichtversorgungsregion, durch den Krankenhausträger unter Einbeziehung der Kostenträger und der Bezirke vorzunehmen.

Die erfolgreiche Reform der Versorgung psychisch Erkrankter im Land Berlin beruht auf der konsequenten Anwendung des Strukturgrundsatzes der regionalisierten Pflichtversorgung. Die Krankenhausplanung 2016, die auf die Integration des psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungssystems abgestimmt war, hatte das Ziel einer besseren Kooperation der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik und Psychotherapie.

Die Hauptaufgabe besteht heute vor allem in der Behandlung von Menschen mit mehreren gleichzeitig bestehenden und oft chronisch anhaltenden Erkrankungen. Dies gilt in besonderem Maße auch für Menschen mit primär oder überwiegend psychischen Erkrankungen bzw. mit primär somatischen Erkrankungen mit bedeutsamen psychischen Begleitsymptomen.

Damit steigt der Bedarf an integrierten Behandlungskonzepten, die wiederum Anforderungen an interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation innerhalb der benachbarten Disziplinen nach sich ziehen. Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, sind Zentren zu gründen, die die tradierten Fächergrenzen zwischen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie und den somatischen Disziplinen überwinden, und eine gemeinsame problemzentrierte Versorgung anbieten.

Zur Grundausrüstung der Zentren für Psychische Gesundheit mit Pflichtversorgung zählt eine Institutsambulanz, die das Leistungsspektrum entsprechend der Institutsambulanzvereinbarung nach § 118 Abs. 2 SGB V abdeckt. Die psychiatrischen Institutsambulanzen sind an der Schnittstelle zwischen der stationären und teilstationären Behandlung zum ambulanten Versorgungssystem und zu den Einrichtungen der Teilhabe im Sinne der Vernetzung besonders herausgehoben.

Der Beirat fordert die Krankenhausträger, Kostenträger sowie sektor- und berufsübergreifenden Versorgungsnetze auf, sich für die Etablierung der genannten innovativen Versorgungsprojekte unter Beteiligung aller Krankenkassen einzusetzen. Der Beirat misst diesen Strukturen die Kompetenz zu, ein schweregrad-gestuftes, regionales Versorgungsnetz, welches verbindliche Regeln zur Koordination und Steuerung der Hilfsangebote vorsieht, zu bilden.

Ergänzend werden für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie folgende Qualitätsempfehlungen festgelegt:

- PsychPV bzw. Mindestvorgaben des G-BA sind einzuhalten.
- Therapien orientieren sich an den jeweils aktuellsten wissenschaftlichen Richt- und Leitlinien.
- Gemeindepsychiatrischen Leitlinien folgend, unter Einbezug psychosomatischer Behandlungsangebote im Rahmen der Pflichtversorgung.
- Abbau von 4-Bett-Zimmern wird angestrebt; 2-Bett-Zimmer sind erwünscht.
- Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern ist erwünscht.
- Behandlungskonzepte sollen Recovery- und Ressourcenorientierung enthalten.
- Trialogische Besetzung in Gremien für klinikinterne Belange ist erwünscht.

Im Vergleich zum Krankenhausplan 2016 nach Überprüfung im Jahr 2018 sind gemäß KHP 2020 weitere 314 zusätzliche Kapazitäten für die regionalisierte Pflichtversorgung in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik zu schaffen.

Die überregionale Versorgung wird um 133 zusätzliche Kapazitäten, insbesondere für Forschung und Lehre sowie zur Etablierung von Modellprojekten erweitert.

Tab. 11.13.–1: Geplantes Bettenangebot nach dem Berliner Krankenhausplan 2016 (nach Überprüfung/Fortschreibung 2018) sowie nach dem Krankenhausplan 2020 in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung						
Versorgungs-region	KHP 2016 SOLL PSY Betten/ Plätze	KHP 2016 SOLL PSO Plätze	KHP 2020 SOLL PSY Betten/ StäB/ Plätze	KHP 2020 SOLL PSO Plätze	Versorgendes Krankenhaus	Betten/ StäB/ Plätze KHP 2020
Mitte	308	21	355	27	St. Hedwig-Kliniken, Standort: St. Hedwig-KH	244
					Charité (CCM)	56
					Jüdisches KH	82
Friedrichshain-Kreuzberg	232	18	246	20	Vivantes Klinikum am Urban	219
					Vivantes Klinikum im Friedrichshain	45
					Count Down - Entgiftungseinrichtung des Drogentherapie Zentrums	2
Pankow	292	20	320	26	St. Joseph-KH Weißensee	346
Charlottenburg-Wilmersdorf	231	27	263	27	F. v. Bodelschwingh-Klinik	178
					Schlosspark-Klinik	97
					DRK Wiegmann-Klinik	15
Spandau	192	15	213	17	Vivantes Klinikum Spandau	213
					GKH Havelhöhe	17
Steglitz-Zehlendorf	227	17	234	18	Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk (TWW)	252
Tempelhof-Schöneberg	253	20	271	22	Vivantes Wenckebach-Klinikum	173
					Vivantes Auguste-Viktoria Klinikum	120
Neukölln	281	22	289	23	Vivantes Klinikum Neukölln	312
Treptow-Köpenick	192	15	222	18	St. Hedwig Kliniken, Standort: KH Hedwigshöhe	240
Marzahn-Hellersdorf	209	16	233	19	Vivantes Klinikum Kaulsdorf	252
Lichtenberg	226	17	251	20	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)	271
Reinickendorf	204	15	234	17	Vivantes Humboldt-Klinikum	236
					Alpin – Gemeinde-psychiatrische Tagesklinik	15
Summe Regionale Pflichtversorgung	2.847	223	3.131	254		3.385

Tab. 11.13.–2: Geplantes Bettenangebot nach dem Berliner Krankenhausplan 2016 (nach Überprüfung/Fortschreibung 2018) sowie nach dem Krankenhausplan 2020 in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Überregionale spezialisierte Versorgungsaufträge im Rahmen der Pflichtversorgung in der Psychiatrie

Überregionale spezialisierte Versorgungsaufträge im Rahmen der Pflichtversorgung (Psychiatrie):				
Versorgungsregion	KHP 2016 SOLL Betten/Plätze	KHP 2020 SOLL PSY Betten/StäB/ Plätze	Versorgendes Krankenhaus	Betten/StäB/ Plätze KHP 2020
Berlin	250	315	Charité (CCM)	37
			Charité (CCM) Zentrum Überleben (früher bzfo)	24
			Charité (CBF) universitärer Teil	107
			Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)	43
			Jüdisches KH (Suchtbehandlung)	23
			Bundeswehr KH	5
			Schlosspark-Klinik	36
			St. Joseph-KH Weißensee (Traumanetz)	15
			Vivantes Klinikum Neukölln (Traumanetz)	15
			Count Down - Entgiftungseinrichtung des Drogentherapie Zentrums	10

Tab. 11.13.–3: Geplantes Bettenangebot nach dem Berliner Krankenhausplan 2016 (nach Überprüfung/Fortschreibung 2018) sowie nach dem Krankenhausplan 2020 in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Überregionale spezialisierte Versorgungsaufträge im Rahmen der Pflichtversorgung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie:

Überregionale spezialisierte Versorgungsaufträge im Rahmen der Pflichtversorgung (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):				
Versorgungsregion	KHP 2016 SOLL PSO Betten/Plätze	KHP 2020 SOLL PSO Betten/ Plätze	Versorgendes Krankenhaus	Betten/Plätze KHP 2020
Berlin	198	260	Charité (CCM)	8
			Charité (CBF)	32
			Charité (CVK)	22
			DRK Wiegmann-Kl.	44
			GKH Havelhöhe (inkl. Traumanetz)	45
			TWW	65
			Park-Klinik Weißensee	14
			Heiligenfeld Klinik	30
Summe (regionale und überregionale Versorgung)	421	514		(PSY + PSO=) 3.899

12. Transplantationsmedizin

Zulassung von Transplantationszentren

Nach § 10 Abs. 1 Transplantationsgesetz (TPG) müssen Transplantationszentren für die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie für die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender durch Feststellungsbescheid zum Krankenhausplan zugelassen werden. Hierfür kommen nur Krankenhäuser in Betracht, die nach § 108 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Organübertragung zugelassen sind. Die damit nicht nur für die Plankrankenhäuser, sondern auch für die Hochschulkliniken erforderliche Zulassung erfolgt durch Feststellungsbescheid gegenüber dem Krankenhausträger nach § 7 LKG, der seinerseits auf dem Krankenhausplan basiert.

Schwerpunktbildung

Gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 TPG sind bei der Zulassung nach § 108 SGB V Schwerpunkte für die Übertragung dieser Organe zu bilden, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern. Durch die danach erforderliche Schwerpunktbildung soll auch eine Konkurrenzsituation, die zu Fehlanreizen und damit zu richtlinienwidrigen Verhaltensweisen führen kann, vermieden werden.

Auflagen

Ferner hat die zuständige Behörde (die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung) zu prüfen, ob gewährleistet ist, dass das Transplantationszentrum die Pflichten nach § 10 Abs. 2 S. 1 TPG und § 10 Abs. 2 S. 2 TPG erfüllt. Um die Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen nach dem TPG abzusichern wird der jeweilige Feststellungsbescheid neben der Zulassungsentscheidung – die auf die Übertragung bestimmter Organe bezogen ist – auch Auflagen enthalten, deren Erfüllung regelmäßig überprüft werden kann. Die Einhaltung der Auflagen dient der Qualitätssicherung und der Vermeidung von Manipulationen.

Zu den Auflagen gehören u. a. die Einrichtung einer interdisziplinären, organspezifischen Transplantationskonferenz und die Gewährleistung eines Sechsaugenprinzips für alle Entscheidungen zur Aufnahme in die Wartelisten und deren Führung sowie Dokumentations- und Berichtspflichten. In den interdisziplinären Teams soll außer den direkt beteiligten chirurgischen und konservativen Disziplinen mindestens eine weitere medizinische Disziplin vertreten sein, die nicht unmittelbar in das Transplantationsgeschehen eingebunden ist. Die Mitglieder der Transplantationskonferenz sind für alle vermittlungsrelevanten Meldungen und Entscheidungen verantwortlich und werden der Vermittlungsstelle Eurotransplant namentlich bekannt gegeben.

Im Einzelnen ergibt sich für das Land Berlin folgende Festlegung:

Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB) – Übertragung von Lunge und Herz

Das DHZB wird unverändert im Krankenhausplan 2020 für die Übertragung von Lungen und Herzen verstorbener Spender als Transplantationszentrum ausgewiesen. Der Feststellungsbescheid ist mit Auflagen zur Einhaltung der transplantationsgesetzlichen Verpflichtungen verbunden.

Charité – Universitätsmedizin Berlin – Übertragung von Niere, Leber, Pankreas und Darm

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin transplantiert nach dem Krankenhausplan 2016 an den zwei Standorten Campus Charité Mitte und Campus Virchow-Klinikum Nieren verstorbener und lebender Spender. Die Transplantationsprogramme werden an beiden Standorten beibehalten.

Die Transplantationsprogramme für die Übertragungen von Leber, Pankreas und Dünndarm am Campus Virchow-Klinikum werden aufrechterhalten.

13. Universitätsmedizin

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin (Charité) ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und gleichzeitig Gliedkörperschaft der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin. Sie besteht aus der Medizinischen Fakultät, dem Universitätsklinikum und dem Berliner Institut für Gesundheitsforschung in der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Seit jeher trägt diese Institution besondere Verantwortung für Forschung, Translation sowie Vermittlung von Wissen und medizinischer Kompetenz. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin ist zudem verantwortlich für die Hochschulausbildung des human- und zahnmedizinischen Nachwuchses, sowie in ausgewählten Gesundheitsfachberufen. In der Gesundheitsversorgung besteht die universitätsmedizinische Aufgabe in der Entwicklung und Evaluation neuer Versorgungsstrukturen, beispielhaft des „SAVE Berlin@COVID-19“-Konzepts.

Bei der Aufstellung des Krankenhausplans ist die Universitätsmedizin unter angemessener Berücksichtigung von Forschung und Lehre einzubeziehen.

Unter Berücksichtigung der Versorgungsbedarfe und der Belange von Forschung und Lehre wurde die Bettenkapazität der drei bettenführenden Standorte im Krankenhausplan 2016 mit insgesamt 3.001 Betten zuzüglich 15 Plätzen für das Behandlungszentrum für Folteropfer festgelegt. Zur Realisierung ihrer besonderen Aufgaben in Netzwerkstrukturen und zur Kapazitätsanpassung ist mit der aktuellen Krankenhausplanung ein Zugewinn von intensivmedizinischen Betten und von teilstationären Behandlungsplätzen vorgesehen. Die Stärkung des Anteils der teilstationären Behandlungsplätze an der Gesamtkapazität der stationären Gesundheitsversorgung kennzeichnet die strukturelle Fortentwicklung der Charité – Universitätsmedizin Berlin wie gleichermaßen die der gesamten Berliner Krankenhauslandschaft.

MSB Medical School Berlin

Am 2. November 2020 wurde der Staatsexamensstudiengang Humanmedizin an der MSB Medical School Berlin an der Rüdeshheimer Straße 50, 14197 Berlin, gemäß § 123 Berliner Hochschulgesetz staatlich anerkannt. Die MSB startete den Studienbetrieb im Sommersemester 2021 mit 90 Studierenden. Zum Wintersemester 2021/2022 ist laut MSB geplant, nochmals 150 Studierende aufzunehmen.

Klinischer Partner der Schule ist das HELIOS Klinikum Berlin-Buch.

14. Geplantes Bettenangebot

In den Krankenhausplan 2020 werden 23.536 Betten/Plätze aufgenommen. Im Vergleich zur gegenwärtig in Plankrankenhäusern betriebenen Bettenzahl (Stand 01.10.2020) bedeutet dies eine Erhöhung um 789 Betten. In Bezug auf den derzeit in den Berliner Krankenhausplan aufgenommenen Kapazitäten wird die Planbettenzahl um rund 1.373 Betten/Plätze erhöht.

Teilstationäre Angebote profitieren weitaus stärker von der Erhöhung als vollstationäre. Knapp 42 Prozent des Gesamtzuwachses entfallen auf den teilstationären Bereich. Damit erhöhen sich diese Kapazitäten um rund 31,5 Prozent, während der vollstationäre Bereich nur um rund 4 Prozent wächst.

Das geplante Bettenangebot gemäß Krankenhausplan 2020 liegt mit rund 200 Betten über dem für 2025 prognostizierten Versorgungsbedarf von rund 23.330 Betten und lässt somit ausreichend Spielraum, um auch einen unvorhersehbaren Zuwachs des Bedarfs im Planungszeitraum abzudecken. Sollten, anders als angenommen, darüber hinaus Veränderungen des tatsächlichen Versorgungsbedarfs eintreten, werden Anpassungen notwendig sein. Ein entscheidendes Kriterium für die Notwendigkeit einer Einzelanpassung ist ein wesentlich veränderter Bedarf im Einzugsgebiet eines Krankenhauses, der nicht nur vorübergehender Natur ist.

Auch im Planungszeitraum bis 2025 bleibt der Fachausschuss Krankenhausplanung bestehen. Er gewährleistet die Einbeziehung der unmittelbar Beteiligten in alle Fragen notwendiger Einzelanpassungen. Der Fachausschuss wird darüber hinaus wesentliche Einzelthemen erörtern, die aus Sicht seiner Beteiligten für die Krankenhausplanung bzw. für die Umsetzung des Krankenhausplans 2020 von Bedeutung sind. Die für Finanzen zuständige Senatsverwaltung wirkt dabei mit.

Einen Überblick zu den Veränderungen, differenziert nach Fachdisziplinen vermittelt die nachfolgende Tabelle 14.–1.

Tab. 14.–1: Gegenwärtiges Bettenangebot sowie bisher gemäß Krankenhausplan 2016 (Umsetzung durch Feststellungsbescheide) und neu geplantes Bettenangebot gemäß Krankenhausplan 2020 in Plankrankenhäusern, Berlin insgesamt nach Fachabteilungen

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016 (Stand: 23.06.2021)	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	226	204	198
Chirurgie	5.089	4.868	4.800
darunter: Gefäßchirurgie	345	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Herzchirurgie	156	164	198
Kinderchirurgie	106	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	2.301	X	X
Plastische Chirurgie	161		
Thoraxchirurgie	158	X	X
Visceralchirurgie	431		
Allgemeine Chirurgie	1.431		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.096	1.116	1.096
Geriatric	2.135	2.152	2.604
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	360	342	334
Haut- und Geschlechtskrankheiten	271	255	303
Innere Medizin	6.606	6.250	6.509
darunter: Innere Medizin und Angiologie	69	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Innere Medizin und Endokrinologie	19		
Innere Medizin und Gastroenterologie	1.044		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	662		
Innere Medizin und Kardiologie	1.582	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	393	X	X
Innere Medizin und Pneumologie	514	X	X
Innere Medizin und Rheumatologie	312	X	X
Allgemeine Innere Medizin	2.011		
Kinder- und Jugendheilkunde	771	765	845
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	452	467	601
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	78	72	90
Neurochirurgie	399	398	397
Neurologie	1.044	1.117	1.143
Nuklearmedizin	30	32	24
Physikalische und Rehabilitative Medizin	0	27	28
Psychiatrie und Psychotherapie	3.193	3.257	3.614
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	351	227	316
Strahlentherapie	99	91	85
Urologie	547	523	549
Betten / Plätze insgesamt	22.747	22.163	23.536
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11	11	11
Geriatric	284	309	453
Haut- und Geschlechtskrankheiten	64	64	79
Innere Medizin	169	193	272
Kinder- und Jugendheilkunde	50	56	70
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	218	211	304
Neurochirurgie	0	0	5
Neurologie	25	24	34
Psychiatrie und Psychotherapie	886	938	1.118
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	103	57	104
Strahlentherapie	3	3	3
teilstationäre Plätze insgesamt	1.813	1.866	2.453

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl
gefäßmed. SP - gefäßmedizinischer Schwerpunkt

Trägervielfalt

Im Ergebnis der Aufstellung des Krankenhausplans 2020 verändert sich die Verteilung des Versorgungsangebotes auf die einzelnen Trägerbereiche in geringem Maße. Die Planungen führen – im Vergleich zum Krankenhausplan 2016 – zu leichten Zunahmen im Versorgungsanteil für den freigemeinnützigen und privaten Bereich sowie zu Abnahmen im universitären und öffentlichen Trägerbereich.

Einen Überblick zum derzeitigen, sowie zu dem bisher und neu geplanten Bettenangebot in Plankrankenhäusern (einschließlich der Charité – Universitätsmedizin Berlin) vermittelt nachfolgende Tabelle.

Tab. 14.–2: Gegenwärtiges Bettenangebot sowie bisher gemäß Krankenhausplan 2016 und neu geplantes Bettenangebot gemäß Krankenhausplan 2020 in Plankrankenhäusern, Berlin insgesamt nach Trägerbereichen

Trägerbereich	Betten in Plankrankenhäusern gemäß ordnungsbeh. Genehmigung Stand 01.10.2020		Bettenangebot gemäß Krankenhausplan 2016		Geplantes Bettenangebot gemäß Krankenhausplan 2020	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
freigemeinnützig	9.450	41,5	9.127	41,5	9.868	41,9
öffentlich	6.710	29,5	6.606	30,1	6.969	29,6
privat	3.529	15,5	3.243	14,8	3.600	15,3
universitär	3.058	13,5	3.001	13,7	3.099	13,2
Berlin insgesamt	22.747	100,0	21.977	100,0	23.536	100,0

15. Ausbildungsstätten

Ausbildungsstätten an Krankenhäusern, die für die in § 2 Abs. 1a KHG genannten Berufe ausbilden (Ergotherapeut/-in, Diätassistent/-in, Hebamme/Entbindungspfleger, Physiotherapeut/-in, Pflegefachfrau/-mann, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Krankenpflegehelfer/-in, medizinisch-technische Assistenzberufe in der Labormedizin, der Radiologie und der Funktionsdiagnostik, Logopäde/-in, Orthoptist/-in) werden in den Krankenhausplan aufgenommen und haben einen Anspruch auf Förderung der Investitionskosten gemäß den Vorschriften des KHG in Verbindung mit dem LKG. In Anlage 3 sind die förderfähigen Berliner Ausbildungsstätten an Krankenhäusern mit Adresse und Fachrichtung aufgeführt. Ab 01. Januar 2022 unterliegen die Ausbildungen zur Anästhesie- und Operationstechnischen Assistenz aufgrund neu geschaffener bundesgesetzlicher Regelungen ebenfalls der staatlichen Reglementierung und werden in § 2 Abs. 1a KHG aufgeführt. Die Ausbildungsstätten an Krankenhäusern werden dementsprechend dann ebenso förderfähig sein.

Die Ausbildungsstätten, die für die bundes- oder landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe ausbilden, müssen vom Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin genehmigt werden. Die Platzzahl der Ausbildungsstätten wird in der beantragten Höhe genehmigt, sofern die gesetzlich vorgeschriebenen räumlichen, personellen und curricularen Anforderungen erfüllt und die erforderlichen praktischen Ausbildungsmöglichkeiten vorhanden sind.

Die in § 2 Abs. 1a des KHG genannten Ausbildungsstätten und die mit einem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten für den Beruf der Kardiotechnikerinnen und -techniker werden gefördert, soweit und solange diese in den Krankenhausplan aufgenommen sind. Grundlage der Förderung ist innerhalb der Höchstgrenze der staatlich genehmigten Ausbildungsplätze die Zahl der Ausbildungsplätze, die zum Stichtag 1. November des Vorjahres tatsächlich betrieben wurden (§ 11 LKG). Damit soll gesichert werden, dass nur aktuell besetzte Ausbildungsplätze in die Förderung einbezogen werden. Diese Zahl kann von der Anzahl der staatlich genehmigten Plätze abweichen.

Zur Finanzierung der pflegesatzfähigen Kosten der Ausbildung vereinbaren die Träger von ausbildenden Krankenhäusern mit den Krankenkassenverbänden jährlich ein individuelles Ausbildungsbudget. Damit Krankenhäuser durch ihre Ausbildungstätigkeit nicht benachteiligt sind, werden die Kosten der Ausbildung auf alle Krankenhäuser umgelegt. Die Umlage erfolgt mittels eines Fonds, dem die Zuschläge zu den Fallpauschalen zugeführt werden, die alle Krankenhäuser in gleicher Höhe zu diesem Zweck erheben müssen. Der landeseinheitliche Ausbildungszuschlag im Jahr 2015 pro Fall beträgt 61,64 Euro. Das Volumen des Ausbildungsfonds in Berlin beträgt im Jahr 2015 ca. 52,4 Mio. Euro. Krankenhäuser, die ausbilden, erhalten Ausgleichszahlungen aus dem Fonds. Der Ausbildungsfonds wurde in Berlin erstmals 2007 eingerichtet. Er wird von der Berliner Krankenhausgesellschaft verwaltet.

Die in § 2 Abs. 1a Buchstabe e) KHG genannte Ausbildung für den Beruf Pflegefachfrau/-mann wird über einen auf Landesebene geschaffenen Ausgleichsfonds nach den Vorgaben des Pflegeberufgesetzes finanziert. Alle Ausbildungsbetriebe, die nach dem Pflegeberufgesetz ausbilden, erhalten Ausgleichszuweisungen aus dem Fonds. Die Finanzierung des Ausgleichsfonds erfolgt über ein landesweites Umlageverfahren. Die Ausbildungsbudgets zur Finanzierung der Ausbildungskosten werden pauschal vereinbart, außer das Land Berlin oder die beteiligten Parteien vereinbaren Individualbudgets. Das für die Jahre 2020 und 2021 vereinbarte Pauschalbudget beträgt - in Abhängigkeit der Kosten für die Praxisanleitung - mindestens 7.946,00 Euro und höchstens 9.998,00 Euro je Auszubildender/Auszubildendem pro Jahr. Der im Jahr 2020 erstmals geschaffene Ausgleichsfonds hat ein Volumen von 55.833.872,59 Euro. Für das Jahr 2021 beträgt der Umfang des Fonds aufgrund des Einstiegs des 2. Ausbildungsjahrgangs 104.538.827,61 Euro. Der Ausgleichsfonds wird von der zuständigen Stelle des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin organisiert und verwaltet.

Die Regelungen zur Ausbildung im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Pflegeberufgesetz bieten keine ausreichenden Mechanismen zur Durchsetzung einer bedarfsorientierten Planung der Ausbildungsplatzzahl durch das Land. Es liegt in der Verantwortung der Berliner Krankenhäuser, genügend Nachwuchskräfte heranzubilden. Angesichts der demografischen Entwicklung kommt dieser Aufgabe besondere Bedeutung zu. Für die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und für Hebammen und Entbindungspfleger kann die Ausbildung aufgrund bundesgesetzlicher Vorgaben ausschließlich von Krankenhäusern angeboten werden. Die generalistische Pflegefachkraftausbildung kann sowohl von Krankenhäusern als auch von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen angeboten werden.

Mit der Umstellung der fachschulischen Hebammenausbildung auf Hochschulniveau (in Form eines dualen Studienganges) ab dem 01. Januar 2020 können weiterhin fachschulische Ausbildungen zur Hebamme oder zum Entbindungspfleger, die vor dem 31. Dezember 2022 begonnen werden, bis zum 31. Dezember 2027 auf Grundlage des bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Hebammengesetzes abgeschlossen werden. Dasselbe gilt für die Ausbildung von Hebammen oder Entbindungspfleger, die vor dem 31. Dezember 2022 in Form von Modellvorhaben/-studiengängen begonnen wurde. Die Hebammenschulen werden weiterhin gemäß § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz finanziert. Ab dem Jahr 2023 wird die Ausbildung von Hebammen nur noch an Hochschulen angeboten. Die Senatskanzlei (Abteilung V – Wissenschaft) ist zuständig für die Ausgestaltung der akademischen Ausbildung (Planung, Einrichtung, Unterhaltung und Finanzierung der Studienplätze). Die Kosten des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums (klinisch wie ambulant, einschl. Zahlung einer

angemessenen Ausbildungsvergütung für die Studierenden) werden weiterhin von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen, siehe § 17 a Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzungen der Fachabteilungen in den Tabellen

Aug.	Augenheilkunde
Chi.	Chirurgie
Der.	Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dermatologie)
Ger.	Geriatrie
GuG	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie und Geburtshilfe)
HChi.	Herzchirurgie
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Inn.	Innere Medizin
Insg.	Insgesamt
KChi.	Kinderchirurgie
Kin.	Kinder- und Jugendmedizin
KPsy.	Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
NChi.	Neurochirurgie
Nrl.	Neurologie
Nuk.	Nuklearmedizin (Therapie)
Ort.	Orthopädie
PChi.	Plastische Chirurgie
Psy.	Psychiatrie und Psychotherapie
PSO.	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Son.	Sonstige Fachabteilungen
Str.	Strahlentherapie
Uro.	Urologie
Abt.	Abteilung

Abkürzungen für Krankenhäuser

AVK	Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
CBF	Charité – Campus Benjamin Franklin
CCM	Charité – Campus Charité Mitte
CVK	Charité – Campus Virchow-Klinikum
Charité	Charité – Universitätsmedizin Berlin
DHZB	Deutsches Herzzentrum Berlin
EGZB	Evangelisches Geriatriezentrum Berlin
EWK	Evangelisches Waldkrankenhaus
GKH	Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
HUK	Vivantes Humboldt-Klinikum
KAU	Vivantes Klinikum Am Urban
KEH	Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
KFH	Vivantes Klinikum im Friedrichshain
KHD	Vivantes Klinikum Kaulsdorf (Hellersdorf)
KMV	Krankenhaus des Maßregelvollzuges
KNK	Vivantes Klinikum Neukölln
KSP	Vivantes Klinikum Spandau
TWW	Theodor-Wenzel-Werk
UKB	Unfallkrankenhaus Berlin
VIV	Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
WBK	Vivantes Wenckebach-Klinikum

Sonstige Abkürzungen

Abb.	Abbildung
------	-----------

ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.
AfS	Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BAnz.	Bundesanzeiger
BKG	Berliner Krankenhausgesellschaft
B2HIR	Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister
CBRN-Gefahrenlagen	Chemische, biologische, radiologische oder nukleare Gefahrenlagen
CMI	Abkürzung von: engl.: Case Mix Index deutsch: Fallschweregrad
CRP	C-Reaktives Protein (Blutwert/Hinweis auf Entzündungsgeschehen)
CT	Computertomograph
COPD	Abkürzung von: engl.: chronic obstructiv pulmonary disease deutsch: chronisch obstruktive Lungenerkrankung
COVID-19	Abkürzung von: engl.: coronavirus disease 2019 deutsch: Coronavirus-Krankheit-2019;
DRG	Abkürzung von: engl.: Diagnosis Related Groupsqa
DKH	Deutsche Krebshilfe
DMP	Disease-Management-Programm
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EEG	Elektroenzephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
EU	Europäische Union
EW	Einwohner
FA	Fachabteilung
FS	Fortschreibung
FU	Freie Universität
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKR	Gemeinsames Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlins
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GTDS	Giessener Tumordokumentationssystem
HU	Humboldt-Universität
ICD 10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
InEK-Daten	Daten gem. § 21 KHEntgG, aufbereitet vom InEK
IT	Informationstechnik
ITH	Intensivtransporthubschrauber
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KH	Krankenhaus, Krankenhäuser
KHP, KHPL	Krankenhausplan
KJPP, KJPsych	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie
Kl.	Klinik
KMZ	Kapazitätsmessziffer
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LHKM	Linksherzkathetermessplatz
MR	Melderegister
MTAF	Medizinisch-technische/-r Assistent/-in für Funktionsdiagnostik
MTLA	Medizinisch-technische/-r Laboratoriumsassistent/-in
MTRA	Medizinisch-technische/-r Radiologieassistent/-in
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
ö. B.	Örtlicher Bereich

OP	Operationen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
P-Fächer	Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
PCI	perkutane transluminale coronare Angioplastie (auch PTCA genannt)
PDF	auch pdf = Portable Document Format
Psych	Psychiatrie
PTA	perkutane transluminale Angioplastie
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie (auch PCI genannt)
QS	Qualitätssicherung
RTH	Rettungstransporthubschrauber
SARS-CoV-2	Abkürzung von: engl.: severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 deutsch: schweres akutes respiratorisches Syndrom Coronavirus-2
Schl.-Nr.	Schlüsselnummer
SenGPG	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
SenStadtWohn	Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen
sonst.	Sonstige
SP	Schwerpunkt
StäB	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
StaBA	Statistisches Bundesamt
STEMI	ST-Hebungsinfarkt
Tab.	Tabelle
TK	Tagesklinik
TZB	Tumorzentrum Berlin
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
VHF	Virales Hämorrhagisches Fieber
Weaning	Entwöhnungsprozess zur Herbeiführung der dauerhaften Spontanatmung mit Beendigung der Beatmungstherapie
WBO	Weiterbildungsordnung der Ärztekammer
ziv.	Zivil

Zitierte Rechtsgrundlagen

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKRG	Bundeskrebsregisterdatengesetz
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
JGG	Jugendgerichtsgesetz
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHStatV	Krankenhausstatistik-Verordnung
LKG	Landeskrankenhausgesetz
LuftVG	Luftverkehrsgesetz
PsychKG	Gesetz für psychisch Kranke
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
RDG	Rettungsdienstgesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch V
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
TPG	Transplantationsgesetz

Anlagen:

Anlage 1: Datenblätter

Erläuterungen zu den Datenblättern des Krankenhausplan 2020

Das Datenblatt ist in Kopf-, Tabellen- sowie Fußnoten- und Anmerkungsteil gegliedert.

1. Im Kopfteil des Datenblattes ist zutreffendenfalls die Beteiligung an der Unfall- und Notfallversorgung festgelegt (Notfallkrankenhaus, Notfallzentrum). Durch Fußnoten am Namen des Krankenhauses bzw. Krankenhausstandortes wird außerdem festgestellt, welche Organe im Sinne des Transplantationsgesetzes transplantiert bzw. ob allogene/autologe Stammzelltransplantationen durchgeführt werden dürfen. In gleicher Weise wird dargestellt, ob es sich um ein Krankenhaus handelt, das ausschließlich Belegbetten führt (Belegklinik).
 2. Im Tabellenteil des Datenblattes sind Umfang und Fachabteilungsstruktur der Bettenkapazität dargestellt, mit der das Krankenhaus bzw. der Krankenhausstandort in den Krankenhausplan 2020 aufgenommen ist. In der Tabellenvorspalte „Fachabteilungen“ sind die Disziplinen aufgelistet, in denen das Krankenhaus ordnungsbehördlich genehmigte bzw. konzessionierte Abteilungen betreibt bzw. für die der Plan die Neuaufnahme einer entsprechenden Abteilung vorsieht. Der Gliederung nach Fachabteilungen liegt die Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2020 zu Grunde. Diese Gliederung ist identisch mit der des Krankenhausplans 2016.
 3. Die ersten beiden Datenspalten der Tabelle sind nachrichtlicher Natur. Die erste Spalte gibt die Zahl der ordnungsbehördlich genehmigten bzw. konzessionierten Betten wieder (soweit es sich bereits bisher um ein Plankrankenhaus handelt), die zweite Datenspalte bildet die gemäß bestandskräftigem Feststellungsbescheid bisher in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten ab.
 4. Die dritte Datenspalte beinhaltet die neuen bettenbezogenen Festlegungen des Krankenhausplan 2020 (Zahl der vorzuhaltenden ordnungsbehördlich genehmigten Betten bzw. Plätze), aus denen sich der Versorgungsauftrag gemäß § 8 Abs. 1 des KHEntgG bzw. § 4 Abs. 1 der BPfIV (in Verbindung mit weiteren Festlegungen im Kopf- und Fußnotenteil) ableitet. Der Vergleich der zweiten und dritten Datenspalte zeigt somit die vorgesehene Veränderung im Umfang der Aufnahme in den Krankenhausplan 2020.
 5. Im unteren Teil der Tabelle „darunter teilstationär“ sind gesondert die teilstationären Kapazitäten dargestellt. Die teilstationären Plätze sind lediglich nach Hauptdisziplinen aufgegliedert. Es handelt sich um „Darunter-Positionen“ der im oberen Tabellenteil ausgewiesenen Gesamtkapazität der entsprechenden Hauptdisziplinen.
 6. Der untere Teil des Datenblattes (Fußnoten- und Anmerkungsteil) enthält gegebenenfalls die Fußnoten, die sich auf den Kopfteil des Datenblattes sowie auf die erste und dritte Datenspalte der Tabelle beziehen können sowie ergänzende Informationen zu den betriebenen medizinisch-technischen Großgeräten und Feststellungen zu mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten, für die das Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1a KHG in Verbindung mit § 11 LKG Anspruch auf Investitionsförderung hat. Die Fußnoten, die sich auf die erste Datenspalte beziehen, und die Informationen zu den medizinisch-technischen Großgeräten haben nachrichtlichen Charakter.
-

7. Soweit in der zweiten und dritten Datenspalte schraffierte Tabellenfelder auftreten, wird im unteren Teil des Datenblattes erklärt, dass für diese Subdisziplinen keine planerischen Festlegungen getroffen werden. Soweit Tabellenfelder mit einem „X“ vorhanden sind, wird erklärt, dass es sich um eine Subdisziplin handelt, für die eine qualitative Planausweisung erfolgt. Sind im Einzelfall die Voraussetzungen für den „X“-Ausweis noch nicht vollständig nachgewiesen, wird das „X“ in Klammern gesetzt („(X)“) und als Fußnote wird angemerkt, welche Nachweise noch ausstehen. Der „X“-Ausweis steht somit unter einer Bedingung mit aufschiebender Wirkung. Für Krankenhäuser mit einem anerkannten gefäßmedizinischen Schwerpunkt ist bei den Subdisziplinen Angiologie und Gefäßchirurgie jeweils „gefäßmed. SP“ im entsprechenden Tabellenfeld vermerkt (zweite bzw. dritte Datenspalte). Die Herzchirurgie ist die einzige Subdisziplin, für die eine abschließende Planung erfolgt, sie wird deshalb bei allen Krankenhäusern mit Betten im Fachgebiet Chirurgie ausgewiesen, gegebenenfalls auch mit 0 Betten.
8. Folgende Versorgungsangebote/Sachverhalte werden in Ergänzung zu den Soll-Vorgaben gemäß Datenspalte 3 in Fußnotenform nach einheitlichen Kriterien ausgewiesen
- Stroke Unit
 - neurologische Frührehabilitation, Phase B
 - Weaningeinheit
 - psychiatrische/psychosomatische und kinder- und jugendpsychiatrische Pflichtversorgungsregion
 - psychosomatische Tagesklinik als Teil der regionalen psychiatrischen/psychosomatischen Pflichtversorgung
-

Inhaltsverzeichnis:**Standortbezogene Festlegungen der im Krankenhausplan 2020 aufgenommenen bzw. aus diesem ausscheidenden Krankenhäuser und Krankenhausstandorte**

Lfd. Nr. Khs	Lfd. Nr. Standorte	Krankenhaus / Krankenhausstandort	Seite
1		Alexianer St. Hedwig-Kliniken Berlin	161
	1	Standort St. Hedwig Krankenhaus	162
	2	Standort Krankenhaus Hedwigshöhe	163
2	3	Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee	164
3	4	Alpin – Gemeindepsychiatrische Tagesklinik	165
4	5	ARONA Klinik für Altersmedizin Berlin-Marzahn	166
5	6	Augenklinik Berlin-Marzahn	167
6	7	Augenklinik im Ring-Center	168
7	8	BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin (UKB)	169
8	9	Bundeswehrkrankenhaus (ziviler Bereich)	170
9	10	Caritas-Klinik Dominikus-Krankenhaus Berlin-Reinickendorf	171
10	11	Caritas-Klinik Maria Heimsuchung Berlin-Pankow	172
11		Charité – Universitätsmedizin Berlin	173
	12	Campus Benjamin Franklin (CBF)	175
	13	Campus Charité Mitte (CCM)	176
	14	Campus Virchow-Klinikum (CVK)	178
12	15	Count Down – Entgiftungseinrichtung des Drogentherapie Zentrums e.V.	180
13	16	Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB)	181
14	17	DRK Kliniken Berlin Köpenick	182
15	18	DRK Kliniken Berlin Mitte	183
16	19	DRK Kliniken Berlin Westend	184
17	20	DRK Kliniken Berlin Wiegmann-Klinik	185
18	21	Evangelische Elisabeth Klinik	186
19	22	Evangelisches Geriatriezentrum Berlin (EGZB)	187
20	23	Evangelisches Johannesstift Wichernkrankenhaus	188
21	24	Evangelisches Krankenhaus Hubertus	189
22	25	Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)	190
23	26	Evangelische Lungenklinik Berlin	191
24	27	Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau	192
25	28	Franziskus-Krankenhaus	193
26	29	Friedrich-von-Bodenschwingh Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	194

Lfd. Nr. Khs.	Lfd. Nr. Standort	Krankenhaus / Krankenhausstandort	Seite
27	30	Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (GKH)	195
28	31	Havelklinik	196
29	32	Heiligenfeld Kliniken Berlin	197
30	33	HELIOS Klinikum Berlin-Buch	298
31	34	HELIOS Klinikum Emil von Behring	200
32		Immanuel-Krankenhaus Berlin	201
	35	Standort Rheumaklinik Wannsee	202
	36	Standort Rheumaklinik Buch	203
33	37	Jüdisches Krankenhaus Berlin	204
34	38	Klinik für MIC am Ev. Krankenhaus Hubertus	205
35	39	Klinik Helle Mitte	206
36	40	Klinik Schöneberg	207
37	41	Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	208
38	42	Krankenhaus Bethel Berlin	209
39	43	Krankenhaus Waldfriede	210
40	44	Malteser-Krankenhaus	211
41	45	Martin-Luther-Krankenhaus	212
42	46	MEDIAN Klinik Berlin-Kladow	213
43	47	Park-Klinik Weißensee	214
44	48	Paulinenkrankenhaus	215
45	49	Sana Kliniken Lichtenberg	216
46	50	Schlosspark-Klinik	217
47	51	St. Gertrauden-Krankenhaus	218
48	52	St. Joseph-Krankenhaus Berlin Tempelhof	219
49	53	St. Marien Krankenhaus Berlin	220
50	54	Vitanas Klinik für Geriatrie	221
51	55	Vivantes Ida Wolff Krankenhaus	222
52		Vivantes – Netzwerk für Gesundheit	223
	56	Standort Klinikum im Friedrichshain (KFH)	225
	57	Standort Klinikum Am Urban (KAU)	227
	58	Standort Klinikum Kaulsdorf (KHD)	228
	59	Standort Klinikum Neukölln (KNK)	229
	60	Standort August-Viktoria-Klinikum (AVK)	231
	61	Standort Wenckebach-Klinikum (WBK)	232
	62	Standort Humboldt-Klinikum (HUK)	233
	63	Standort Klinikum Spandau (KSP)	234
53	64	Westklinik Dahlem	235

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte Trägerbereich: freigemeinnützig
Region: Mitte

ALEXIANER ST. HEDWIG-KLINIKEN BERLIN

Träger:

GROSSE HAMBURGER STRASSE 5/11
10115 BERLIN

Alexianer St. Hedwig-Kliniken Berlin
GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	108	105	105
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	45	X	X ¹⁾
Allgemeine Chirurgie	63		
Geriatric	126	120	185
Innere Medizin	174	169	189
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	15		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	20		
Innere Medizin und Kardiologie	27	X	(X)
Innere Medizin und Nephrologie	10	X	X ²⁾
Allgemeine Innere Medizin	102		
Psychiatrie und Psychotherapie	441	429	484
Urologie	61	60	60
Betten / Plätze insgesamt	910	883	1.023
darunter teilstationär			
Geriatric	15	15	40
Psychiatrie und Psychotherapie	146	126	164
teilstationäre Plätze insgesamt	161	141	204

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ nur am Krankenhaus Hedwigshöhe

²⁾ nur am St. Hedwig-Krankenhaus

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

2 Computertomographen (CT)

2 Magnetresonanztomographen (MRT)

1 Linksherzkathetermessplatz

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

Alexianer Akademie für Gesundheitsberufe Berlin

Große Hamburger Straße 5-11, 10115 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: freigemeinnützig

ALEXIANER ST. HEDWIG-KLINIKEN BERLIN

Standort: ST. HEDWIG-KH
GROSSE HAMBURGER STRASSE 5/11
10115 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	32	30	25
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Allgemeine Chirurgie	32		
Geriatric	30	30	55
Innere Medizin	88	85	85
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	15		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	20		
Innere Medizin und Nephrologie	10	X	X
Allgemeine Innere Medizin	43		
Psychiatrie und Psychotherapie	222	222	244 ^{1) 2)}
Urologie	61	60	60
Betten / Plätze insgesamt	433	427	469 ³⁾
darunter teilstationär			
Geriatric			15
Psychiatrie und Psychotherapie	73	66	81 ⁴⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	73	66	96

■ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Mitte zusammen mit der Charité/CCM und dem Jüdischen Krankenhaus

²⁾ davon werden 7 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht

³⁾ bis zu 15 Belegbetten in den vorgehaltenen Disziplinen innere Medizin, Chirurgie und Urologie

⁴⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 27 Plätzen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung schwerpunktmäßig für den Bezirk Mitte

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Treptow-Köpenick
Region: Südost

Trägerbereich: freigemeinnützig

ALEXIANER ST. HEDWIG-KLINIKEN BERLIN

Standort: KH HEDWIGSHÖHE
HÖHENSTEIG 1
12526 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	76	75	80
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	45	X	X
Allgemeine Chirurgie	31		
Geriatric	96	90	130
Innere Medizin	86	84	104
darunter: Innere Medizin und Kardiologie	27	X	(X)
Allgemeine Innere Medizin	59		
Psychiatrie und Psychotherapie	219	207	240 ^{1) 2)}
Betten / Plätze insgesamt	477	456	554 ³⁾
darunter teilstationär			
Geriatric	15	15	25
Psychiatrie und Psychotherapie	73	60	83 ⁴⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	88	75	108

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Treptow-Köpenick

²⁾ davon werden 10 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht

³⁾ bis zu 15 Belegbetten in den vorgehaltenen Disziplinen innere Medizin und Chirurgie

⁴⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 18 Plätzen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung mit Schwerpunkt auf dem Bezirk Treptow-Köpenick

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

1 Linksherzkathetermessplatz

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Reinickendorf
Region: Nord

Trägerbereich: freigemeinnützig

ALPIN – GEMEINDEPSYCHIATRISCHE TAGESKLINIK

Träger:

Berliner Straße 13
13507 Berlin

Alpin – Gemeindepsychiatrische
Tagesklinik gGmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Psychiatrie und Psychotherapie			15 ¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	0	0	15
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie			15
teilstationäre Plätze insgesamt	0	0	15

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Reinickendorf zusammen mit dem Vivantes Humboldt-Klinikum.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf	Trägerbereich: privat
Region: Ost	
ARONA KLINIK FÜR ALTERSMEDIZIN BERLIN-MARZAHN	<u>Träger:</u>
Blumberger Damm 2 G 12683 Berlin	DZG Berlin Betriebs GmbH & Co. KG

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Geriatric	65	65	90
Betten / Plätze insgesamt	65	65	90
darunter teilstationär			
Geriatric	5	5	20
teilstationäre Plätze insgesamt	5	5	20

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf
 Region: Ost

Trägerbereich: privat

AUGENKLINIK BERLIN-MARZAHN ¹⁾

Träger:

BREBACHER WEG 15
 12683 BERLIN

Augenklinik Berlin-Marzahn GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	51	40	35
Betten / Plätze insgesamt	51	40	35

¹⁾ Beteiligung an der fachspezifischen Notfallversorgung

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Friedrichshain-Kreuzberg
 Region: Mitte

Trägerbereich: privat

AUGENKLINIK IM RING-CENTER

Träger:

FRANKFURTER ALLEE 111
 10247 BERLIN

Augenklinik im Ring-Center GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	15	10	10
Betten / Plätze insgesamt	15	10	10

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf
Region: Ost

Trägerbereich: öffentlich

BG KLINIKUM UNFALLKRANKENHAUS BERLIN (UKB)

Träger:

WARENER STR. 7
12683 BERLIN

BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin
gGmbH

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	256	245	245 ¹⁾
darunter: Orthopädie/Unfallchirurgie	135	X	X
Plastische Chirurgie	51		
Allgemeine Chirurgie	70		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	29	27	27
Innere Medizin	85	93	93
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	20		
Innere Medizin und Kardiologie	47	X	(X)
Allgemeine Innere Medizin	18		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	27	26	26
Neurochirurgie	96	94	94 ²⁾
Neurologie	73	102	102 ³⁾
Urologie	22	21	21
Betten / Plätze insgesamt	588	608	608

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 12 Betten für Schwerbrandverletzte

²⁾ darunter 62 Betten für Querschnittsgelähmte

³⁾ darunter Stroke Unit sowie 40 Betten für neurologische Frührehabilitation, Phase B

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

2 Computertomographen (CT)

2 Magnetresonanztomographen (MRT)

3 Linksherzkathetermessplätze

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

Medizinische Akademie am ukb, Warener Str. 7, 12683 Berlin.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte Trägerbereich: öffentlich
 Region: Mitte

BUNDESWEHRKRANKENHAUS (ZIVILER BEREICH)

Träger:

SCHARNHORSTSTRASSE 13
 10115 BERLIN

Bundesministerium der Verteidigung

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	75	75	75
darunter: Gefäßchirurgie	8		
Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	31	X	X
Allgemeine Chirurgie	36		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15	15	15
Haut- und Geschlechtskrankheiten	10	10	10
Innere Medizin	50¹⁾	50	50¹⁾
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	13		
Innere Medizin und Kardiologie	9		
Innere Medizin und Pneumologie	9		
Allgemeine Innere Medizin	19		
Neurochirurgie	10	10	10
Neurologie	10	10	10²⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	5	5	5³⁾
Urologie	15	15	15
Betten / Plätze insgesamt	190	190	190⁴⁾

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 8 Betten Sonderisolerstation (6 Betten S2, 2 Betten S3)

²⁾ darunter Stroke Unit, vorbehaltlich der Zertifizierung

³⁾ Teil eines Schwerpunktes zur Versorgung nichtziviler Patientinnen und Patienten

⁴⁾ nur Betten für Zivilbevölkerung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

2 Computertomographen (CT)

2 Magnetresonanztomographen (MRT)

1 Linksherzkathetermessplatz

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
 Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Reinickendorf
Region: Nord

Trägerbereich: freigemeinnützig

CARITAS-KLINIK DOMINIKUS BERLIN-REINICKENDORF

Träger:

KURHAUSSTR. 30
13467 BERLIN

Dominikus-Krankenhaus
Berlin-Hermsdorf GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	67	67	52
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	22	X	X
Allgemeine Chirurgie	45		
Geriatric	103	103	128
Innere Medizin	83	83	60
darunter: Allgemeine Innere Medizin	83		
Betten / Plätze insgesamt	253	253	240
darunter teilstationär			
Geriatric	15	15	17
teilstationäre Plätze insgesamt	15	15	17

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

Das Krankenhaus ist der St. Hildegard-Akademie gGmbH, Tübinger Str. 5, 10715 Berlin angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte	Trägerbereich: universitär
Region: Mitte	
CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN 1)2)	<u>Träger:</u>
CHARITÉPLATZ 1 10117 BERLIN	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Köperschaft des öffentl. Rechts

Fachabteilungen	Krankenhausbetten (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	77	71	70
Chirurgie	609	595	591
darunter: Gefäßchirurgie	18	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ³⁾
Herzchirurgie	20		20
Kinderchirurgie	34	X	X ³⁾
Orthopädie/Unfallchirurgie	230	X	X ³⁾
Thoraxchirurgie	5	X	X ³⁾
Allgemeine Chirurgie	302		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	152	186	146
Geriatric	31	45	30
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	76	72	72
Haut- und Geschlechtskrankheiten	87	75	92
Innere Medizin	1.044	984	1.064
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ³⁾
Innere Medizin und Endokrinologie	19		
Innere Medizin und Gastroenterologie	145		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	229		
Innere Medizin und Kardiologie	237	X	X ³⁾
Innere Medizin und Nephrologie	150	X	X ³⁾
Innere Medizin und Pneumologie		X	X ³⁾
Innere Medizin und Rheumatologie	40	X	X ³⁾
Allgemeine Innere Medizin	224		
Kinder- und Jugendheilkunde	235	232	245
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	38	38	38
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	46	46	44
Neurochirurgie	109	109	102
Neurologie	175	169	180
Nuklearmedizin	15	17	9
Physikalische und Rehabilitative Medizin		17	18
Psychiatrie und Psychotherapie	185	185	200
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30	30	62
Strahlentherapie	58	46	44
Urologie	91	84	92
Betten / Plätze insgesamt	3.058	3.001	3.099
darunter teilstationär			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	19	19	24
Innere Medizin	61	61	71
Kinder- und Jugendheilkunde	21	21	31
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	13	13	13
Neurochirurgie			5
Neurologie	5	5	5
Psychiatrie und Psychotherapie	40	40	50
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			18
Strahlentherapie	3	3	3
teilstationäre Plätze insgesamt	162	162	220

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- 1) 3099 Betten/Plätze zzgl. 24 Betten/Plätze für das Zentrum Überleben
 - 2) gemäß der vom Senat am 4.5.2021 beschlossenen Rahmenvereinbarung ist die Eingliederung des Krankenhausbetriebes des DHZB in die Charité-Universitätsmedizin zum 1.1.2022 geplant
 - 3) nur an ausgewählten Standorten, siehe standortbezogene Datenblätter
-

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

24 Computertomographen (CT)
14 Magnetresonanztomographen (MRT)
14 Linksherzkathetermessplätze
7 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen
3 Positronen-Emissions-Tomographen (PET)

Das Krankenhaus ist der
BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH,
Waldstr. 86 - 90, 13403 Berlin,
angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: universitär

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Standort: CAMP. BENJ. FRANKLIN ¹⁾

HINDENBURGDAMM 30
12203 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Krankenhausbetten (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	26	23	22
Chirurgie	146	163	138
darunter: Gefäßchirurgie	18		
Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	56	X	X
Allgemeine Chirurgie	72		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		28	
Geriatric	31	45	30
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	25	25	23
Haut- und Geschlechtskrankheiten	10		10
Innere Medizin	342	291	329
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	41		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	75		
Innere Medizin und Kardiologie	89	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	39	X	X
Allgemeine Innere Medizin	98		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	14	16	14
Neurochirurgie	31	29	31
Neurologie	68	74	66 ²⁾
Physikalische und Rehabilitative Medizin		17	18
Psychiatrie und Psychotherapie	102	102	107 ³⁾
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30	30	32
Strahlentherapie	18	18	14
Urologie	47	40	48
Betten / Plätze insgesamt	890	901	882 ⁴⁾⁵⁾
darunter teilstationär			
Innere Medizin	5	5	5
Psychiatrie und Psychotherapie	22	22	27
teilstationäre Plätze insgesamt	27	27	32

■ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ autologe Stammzelltransplantation bzw. -transfusion bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen

²⁾ darunter Stroke Unit sowie 20 Betten für neurologische Frührehabilitation, Phase B

³⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Steglitz-Zehlendorf mit 5 vollstationären Betten zusammen mit den Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk

⁴⁾ Zentrum für seltene Erkrankungen (NAMSE)

⁵⁾ Onkologisches Zentrum

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

6 Computertomographen (CT)

3 Magnetresonanztomographen (MRT)

4 Linksherzkathetermessplätze

3 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: universitär

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Standort: CAMP. CHARITÉ MITTE ¹⁾

CHARITÉPLATZ 1

10117 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Krankenhausbetten (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	151	164	149
darunter: Gefäßchirurgie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Orthopädie/Unfallchirurgie	78	X	X
Allgemeine Chirurgie	73		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	44	50	44
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	28	47	28
Haut- und Geschlechtskrankheiten	77	75	82
Innere Medizin	315	278	348 ²⁾
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Innere Medizin und Endokrinologie	19		
Innere Medizin und Gastroenterologie	36		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	55		
Innere Medizin und Kardiologie	54	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	33	X	X
Innere Medizin und Pneumologie		X	X
Innere Medizin und Rheumatologie	40	X	X
Allgemeine Innere Medizin	78		
Kinder- und Jugendheilkunde	20	20	20
Neurochirurgie	66	70	61
Neurologie	64	46	61 ³⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	83	83	93 ⁴⁾⁵⁾⁶⁾
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			8
Urologie	44	40	44
Betten / Plätze insgesamt	892	873	938 ⁷⁾⁸⁾
darunter teilstationär			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	19	19	24
Innere Medizin	40	40	40
Neurochirurgie			5
Neurologie	5	5	5
Psychiatrie und Psychotherapie	18	18	23
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			8
teilstationäre Plätze insgesamt	82	82	105

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- 1) Transplantationszentrum für Nieren;
autologe Stammzelltransplantation bzw. -transfusion bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen
- 2) darunter Weaningeinheit
- 3) darunter Stroke Unit
- 4) Psychiatrische Vollversorgung für Mitte zusammen mit St. Hedwig-Kliniken Berlin und Jüdischem Krankenhaus
- 5) davon werden 5 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht
- 6) zuzüglich 24 teilstationäre Betten/Plätze für das Zentrum Überleben, Standort Turmstraße
- 7) Zentrum für seltene Erkrankungen (NAMSE)
- 8) Onkologisches Zentrum

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 7 Computertomographen (CT)
 - 6 Magnetresonanztomographen (MRT)
 - 5 Linksherzkathetermessplätze
-

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: universitär

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Standort: CAMP. VIRCHOW-KL. ¹⁾

AUGUSTENBURGER PLATZ 1

13353 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Krankenhausbetten (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	51	48	48
Chirurgie	312	268	304
darunter: Herzchirurgie	20	0	20
Kinderchirurgie	34	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	96	X	X
Thoraxchirurgie	5		
Allgemeine Chirurgie	157		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	108	108	102
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	23		21
Innere Medizin	387	415	387 ²⁾
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	68		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	99		
Innere Medizin und Kardiologie	94	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	78	X	X
Allgemeine Innere Medizin	48		
Kinder- und Jugendheilkunde	215	212	225
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	38	38	38 ³⁾
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	32	30	30
Neurochirurgie	12	10	10
Neurologie	43	49	53 ⁴⁾
Nuklearmedizin	15	17	9
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			22
Strahlentherapie	40	28	30
Urologie		4	
Betten / Plätze insgesamt	1.276	1.227	1.279 ⁵⁾⁶⁾⁷⁾
darunter teilstationär			
Innere Medizin	16	16	26
Kinder- und Jugendheilkunde	21	21	31
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	13	13	13
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			10
Strahlentherapie	3	3	3
teilstationäre Plätze insgesamt	53	53	83

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- 1) Transplantationszentrum für Nieren, Leber, Pankreas und Darm;
Stammzelltransplantation bzw. -transfusion bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen
- 2) darunter 20 Betten Sonderisolierstation
- 3) Die Betten werden überregional, außerhalb der Vollversorgung für eine Region, betrieben
- 4) darunter Stroke Unit
- 5) Zentrum für seltene Erkrankungen (NAMSE)
- 6) Onkologisches Zentrum
- 7) Zentrum in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentrum)

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 11 Computertomographen (CT)
 - 5 Magnetresonanztomographen (MRT)
 - 5 Linksherzkathetermessplätze
 - 4 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen
 - 3 Positronen-Emissions-Tomographen (PET)
-

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Friedrichshain-Kreuzberg
 Region: Mitte

Trägerbereich: freigemeinnützig

Count Down

- Entgiftungseinrichtung des Drogentherapie Zentrums Berlin e.V.

Träger:

Frankfurter Allee 40
 10247 BERLIN

Drogentherapie Zentrum Berlin e.V.

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Psychiatrie und Psychotherapie	12		12
Betten / Plätze insgesamt	12	0	12 ^{1) 2)}

¹⁾ 2 Betten für die psychiatrische Vollversorgung für Friedrichshain-Kreuzberg zusammen mit dem Vivantes Klinikum Am Urban

²⁾ 10 Betten zur Akutaufnahme von suchterkrankten Personen bei Rückfällen in einer Rehabilitationseinrichtung als spezifischer überregionaler Versorgungsauftrag

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: freigemeinnützig

DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN ¹⁾

Träger:

AUGUSTENBURGER PLATZ 1
13353 BERLIN

Stiftung Deutsches Herzzentrum Berlin

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	136 ²⁾³⁾	164	178 ³⁾⁴⁾
darunter: Herzchirurgie	136	164	178
Innere Medizin	24		
darunter: Innere Medizin und Kardiologie	24 ⁵⁾		
Kinder- und Jugendheilkunde	36 ⁵⁾⁶⁾	34	34 ⁵⁾⁶⁾
Betten / Plätze insgesamt	196	198	212 ⁷⁾

X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Transplantationszentrum für Herz und Lunge;
Beteiligung an der fachspezifischen Notfallversorgung;
Kooperation mit dem Paulinenkrankenhaus
(insbesondere Weiterbehandlung von herzchirurgischen Patientinnen und Patienten)

²⁾ darunter 15 Betten außerhalb des Krankenhausplans in der Dependence Dickensweg 25/39 (Station H8)

³⁾ darunter 2 Betten am Standort Dickensweg 25/39 (nicht Bestandteil der Station H8)

⁴⁾ Bettenweiterung vorbehaltlich des Abschlusses eines Kooperationsvertrages mit Vivantes-Netzwerk für Gesundheit GmbH zum Betrieb einer Dependence des zu gründenden DHZC von mindestens 3 Betten am Standort Vivantes Klinikum Neukölln

⁵⁾ einschließlich der Behandlung von Erwachsenen mit angeborenen Fehlbildungen des Herzens

⁶⁾ Angeborene Herzfehler-Kinderkardiologie und Chirurgie Angeborener Herzfehler-Kinderherzchirurgie

⁷⁾ Herzzentrum

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 1 Computertomograph (CT)
- 2 Magnetresonanztomographen (MRT)
- 3 Linksherzkathetermessplätze

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätten:

- Deutsches Herzzentrum Berlin,
-Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätte-
Staatlich anerkannte Pflegeschule
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
- Akademie für Kardiotechnik am Deutschen Herzzentrum Berlin,
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Treptow-Köpenick Trägerbereich: freigemeinnützig
Region: Südost

DRK KLINIKEN BERLIN | KÖPENICK

Träger:

SALVADOR-ALLENDE-STRASSE 2/8
12559 BERLIN

Zweite Gemeinnützige Krankenhaus
GmbH DRK Schwesternschaft Berlin

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	160	160	160 ¹⁾
darunter: Gefäßchirurgie	34	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	56	X	X
Allgemeine Chirurgie	70		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	41	45	45
Geriatric	60	80	80
Innere Medizin	220	215	215
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Innere Medizin und Gastroenterologie	90		
Innere Medizin und Kardiologie	110	X	(X)
Innere Medizin und Nephrologie	20	X	X
Neurologie	44	45	45 ²⁾
Urologie			19
Betten / Plätze insgesamt	525	545	564
darunter teilstationär			
Geriatric	15	15	15
teilstationäre Plätze insgesamt	15	15	15

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter bis zu 20 Belegbetten in den Fachrichtungen Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Innere Medizin

²⁾ darunter Stroke Unit

Das Krankenhaus ist dem Bildungszentrum für Pflegeberufe der DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Spandauer Damm 130, 14050 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: freigemeinnützig

DRK KLINIKEN BERLIN | MITTE

Träger:

DRONTHEIMER STR. 39
13359 BERLIN

DRK Schwesternschaft Berlin
Gemeinnützige Krankenhaus GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	98	98	98
darunter: Gefäßchirurgie	38	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ¹⁾
Thoraxchirurgie	23	X	X
Allgemeine Chirurgie	37		
Innere Medizin	162	162	162
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ¹⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	39		
Innere Medizin und Pneumologie	84	X	X
Allgemeine Innere Medizin	39		
Betten / Plätze insgesamt	260	260	260

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ vorbehaltlich der Rezertifizierung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

Das Krankenhaus ist dem Bildungszentrum für Pflegeberufe der DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Spandauer Damm 130; 14050 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

DRK KLINIKEN BERLIN | WESTEND

Träger:

SPANDAUER DAMM 130
14050 BERLIN

DRK Schwesternschaft Berlin
Gemeinnützige Krankenhaus GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	10	10	10
Chirurgie	150	155	155
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Kinderchirurgie	11	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	73	X	X ¹⁾
Visceralchirurgie	20		
Allgemeine Chirurgie	46		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	68	75	75 ²⁾
Geriatric	25	25	55
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15	15	15 ³⁾
Innere Medizin	139	135	135
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	69		
Innere Medizin und Kardiologie	70	X	(X)
Kinder- und Jugendheilkunde	50	50	64
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	70	60	76 ⁴⁾⁵⁾⁶⁾
Strahlentherapie		5	5
Betten / Plätze insgesamt	527	530	590
darunter teilstationär			
Geriatric			15
Kinder- und Jugendheilkunde			4
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	24	25	31
teilstationäre Plätze insgesamt	24	25	50

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 15 Belegbetten

²⁾ darunter 3 Belegbetten

³⁾ Belegbetten

⁴⁾ Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Region West

⁵⁾ davon werden 5 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent sowie weitere 10 Plätze im Rahmen des Modellprojektes "Familienhaus Spandau" erbracht

⁶⁾ darunter Therapieeinheit in Kooperation mit den DRK Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik mit insgesamt 6 Betten/Plätzen für sozio-affektive Regulationsstörungen der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 1 Computertomograph (CT)
- 1 Magnetresonanztomograph (MRT)
- 2 Linksherzkathetermessplätze
- 2 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

- DRK-Schwernerschaft Berlin e.V., Bildungszentrum für Pflegeberufe
- Staatlich anerkannte Pflegeschule
- Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

DRK KLINIKEN BERLIN | WIEGMANN-KLINIK

Träger:

SPANDAUER DAMM 130
14050 BERLIN

Dritte Gemeinnützige Krankenhaus GmbH
DRK Schwesternschaft Berlin

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	65	65	59 ¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	65	65	59
darunter teilstationär			
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	25	25	24 ²⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	25	25	24

¹⁾ darunter Therapieeinheit im Verbund mit den DRK Kliniken Berlin | Westend (Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie) mit insgesamt 6 Betten für sozio-affektive Regulationsstörungen der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

²⁾ Beteiligung an der psychosomatischen Versorgung schwerpunktmäßig für Charlottenburg-Wilmersdorf zusammen mit der F.v. Bodelschwingh-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit 15 tagesklinischen Plätzen

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte Trägerbereich: freigemeinnützig
 Region: Mitte

EVANGELISCHE ELISABETH KLINIK

Träger:

LÜTZOWSTRASSE 24-26
 10785 BERLIN

Evangelische Elisabeth Klinik
 Krankenhausbetriebs gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	105	75	75
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	27	X	X
Plastische Chirurgie	32		
Allgemeine Chirurgie	46		
Innere Medizin	64	70	70
darunter: Allgemeine Innere Medizin	64		
Betten / Plätze insgesamt	169	145	145

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
 Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

EVANGELISCHES JOHANNESSTIFT WICHERNKRANKENHAUS

Träger:

SCHÖNWALDER ALLEE 26
13587 BERLIN

Evangelisches Johannesstift
Wicherkrankenhaus gGmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Geriatric	119	116	131
Betten / Plätze insgesamt	119	116	131
darunter teilstationär			
Geriatric	20	20	20
teilstationäre Plätze insgesamt	20	20	20

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

EVANGELISCHES KRANKENHAUS HUBERTUS

Träger:

SPANISCHE ALLEE 10-14
14129 BERLIN

Ev. Krankenhaus Hubertus
Krankenhausbetriebs gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörtl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	55	55	65
darunter: Gefäßchirurgie	25	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Orthopädie/Unfallchirurgie	15	X	X
Allgemeine Chirurgie	15		
Geriatric	72	72	90
Innere Medizin	73	73	52
darunter: Innere Medizin und Angiologie	10	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Innere Medizin und Kardiologie	10		
Allgemeine Innere Medizin	53		
Betten / Plätze insgesamt	200	200	207
darunter teilstationär			
Geriatric	8	8	10
teilstationäre Plätze insgesamt	8	8	10

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl
Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 1 Computertomograph (CT)
- 1 Magnetresonanztomograph (MRT)
- 1 Linksherzkathetermessplatz

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Pankow
Region: Nord

Trägerbereich: freigemeinnützig

EVANGELISCHE LUNGENKLINIK BERLIN ¹⁾

Träger:

LINDENBERGER WEG 27, HAUS 205
13125 BERLIN

Evangelische Lungenklinik Berlin
Krankenhausbetriebs gGmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	40	40	35
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Thoraxchirurgie	40	X	X
Innere Medizin	112	112	126 ²⁾
darunter: Innere Medizin und Pneumologie	112	X	X
Betten / Plätze insgesamt	152	152	161 ³⁾

X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Beteiligung an der fachspezifischen Notfallversorgung

²⁾ darunter Weaningeinheit

³⁾ Lungenzentrum

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

2 Computertomographen (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

Das Krankenhaus ist der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Buch, Schwanebecker Chaussee 4 E-H, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

EVANGELISCHES WALDKRANKENHAUS SPANDAU

Träger:

STADTRANDSTR. 555-561
13589 BERLIN

Ev. Waldkrankenhaus Spandau
Krankenhausbetriebs gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	181	170	170
darunter: Gefäßchirurgie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	131	X	X
Allgemeine Chirurgie	50		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	70	68	73
Geriatrie	110	110	135
Innere Medizin	95	85	85
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Innere Medizin und Kardiologie	14		(X)
Allgemeine Innere Medizin	81		
Kinder- und Jugendheilkunde	53	42	53
Betten / Plätze insgesamt	509	475	516
darunter teilstationär			
Geriatrie	10	10	20
teilstationäre Plätze insgesamt	10	10	20

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätten:

- Ev. Waldkrankenhaus Spandau, Schule für Ergotherapie
Stadtrandstr. 555 - 561, 13589 Berlin

- Reha-Akademie, staatlich anerkannte Schule für Physiotherapie
Axel-Springer-Str. 42, 10969 Berlin

und gemeinsam mit dem Martin-Luther-Krankenhaus

- Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Ev. Waldkrankenhauses Spandau und des Martin Luther-Krankenhauses
Hohenzollerndamm 150, 14199 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: freigemeinnützig

FRANZISKUS-KRANKENHAUS ¹⁾

Träger:

BUDAPESTER STR. 15-19
10787 BERLIN

Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur
Heiligen Elisabeth GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	55	55	55
darunter: Gefäßchirurgie	55	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ²⁾
Herzchirurgie	0	0	0
Innere Medizin	75	75	75
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ²⁾
Allgemeine Innere Medizin	75		
Urologie	55	55	55
Betten / Plätze insgesamt	185	185	185

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ Vollintegration des Franziskus-Krankenhauses im Rahmen der Reorganisation des St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Tempelhof am Standort des St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Tempelhof im Rahmen des 1. Bauabschnittes

²⁾ vorbehaltlich der Rezertifizierung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

F.V.-BODELSCHWINGH KLINIK F. PSYCHIATRIE U. PSYCHOTH.

Träger:

LANDHAUSSTR. 33-35
10717 BERLIN

Friedrich von Bodelschwingh Klinik
gGmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Psychiatrie und Psychotherapie	149	163	178 ¹⁾²⁾
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	14		
Betten / Plätze insgesamt	163	163	178
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie	38	52	60 ³⁾
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	14		
teilstationäre Plätze insgesamt	52	52	60

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Charlottenburg-Wilmersdorf zusammen mit der Schloßpark-Klinik

²⁾ davon werden 7 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht

³⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 12 Plätzen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung in Zusammenarbeit mit den DRK Kliniken Berlin | Wiegman-Klinik schwerpunktmäßig für Charlottenburg-Wilmersdorf

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HAVELHÖHE

Träger:

KLADOWER DAMM 221
14089 BERLIN

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	36	36	31
darunter: Visceralchirurgie	22		
Allgemeine Chirurgie	14		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	40	40	40
Geriatric	44	40	55
Innere Medizin	230	207	236¹⁾
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	34		
Innere Medizin und Kardiologie	34	X	(X)
Innere Medizin und Pneumologie	35	X	X
Allgemeine Innere Medizin	127		
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	50	50	62²⁾
Betten / Plätze insgesamt	400	373	424
darunter teilstationär			
Geriatric	16	0	15
Innere Medizin		0	24
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	15	15	22 ³⁾⁴⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	31	15	61

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 10 Betten für die Entgiftung Drogenabhängiger

²⁾ darunter 10 Betten und 5 Plätze zur Behandlung traumatisierter Frauen im Rahmen des Modellprojektes "Traumanetz"

³⁾ Beteiligung an der psychosomatischen Versorgung schwerpunktmäßig für Spandau mit 17 tagesklinischen Plätzen

⁴⁾ darunter 5 teilstationäre Plätze zur Behandlung traumatisierter Frauen im Rahmen des Modellprojektes "Traumanetz"

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

3 Linksherzkathetermessplätze

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: privat

HAVELKLINIK

Träger:

GATOWER STR. 191-193
13595 BERLIN

Havelklinik GmbH & Co.KG

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	81	58	52 ¹⁾
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	51		
Allgemeine Chirurgie	30		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	7	7	4 ²⁾
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3		
Betten / Plätze insgesamt	91	65	56

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ darunter 5 Belegbetten

²⁾ Belegbetten

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf
 Region: Ost

Trägerbereich: privat

HEILIGENFELD KLINIKEN BERLIN

Träger:

Brebacher Weg 15
 12683 Berlin

Heiligenfeld Kliniken GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	60		36 ¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	60	0	36
darunter teilstationär			
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0	0	12 ¹⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	0	0	12

¹⁾ zur psychosomatischen Versorgung schwerpunktmäßig für die Bezirke Treptow-Köpenick, Hohenschönhausen-Lichtenberg und Marzahn-Hellersorf und in Kooperation für den somatischen Bereich mit dem BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Pankow
Region: Nord

Trägerbereich: privat

HELIOS KLINIKUM BERLIN - BUCH ¹⁾

Träger:

Schwanebecker Chaussee 50
13125 BERLIN

HELIOS Klinikum Berlin-Buch GmbH

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	20	20	20
Chirurgie	227	232	227
darunter: Gefäßchirurgie	32	(gefäßmed. SP)	gefäßmed. SP ²⁾
Herzchirurgie	0	0	0
Kinderchirurgie	25	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	119	X	X
Plastische Chirurgie	8		
Visceralchirurgie	43		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	73	80	83
Geriatric	140	96	140
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	40	36	40
Haut- und Geschlechtskrankheiten	22	17	22
Innere Medizin	292	232	290
darunter: Innere Medizin und Angiologie	8	(gefäßmed. SP)	gefäßmed. SP ²⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	54		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	100 ¹⁾		
Innere Medizin und Kardiologie	90	X	(X)
Innere Medizin und Nephrologie	30	X	X
Allgemeine Innere Medizin	10		
Kinder- und Jugendheilkunde	80	80	95
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	77	77	98 ³⁾
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie			20
Neurochirurgie	45	51	45
Neurologie	41	41	41 ⁴⁾
Nuklearmedizin	15	15	15
Physikalische und Rehabilitative Medizin		10	10
Strahlentherapie	32	36	32
Urologie	45	52	45
Betten / Plätze insgesamt	1.149	1.075	1.223
darunter teilstationär			
Geriatric	12	15	15
Innere Medizin	20	4	4
Kinder- und Jugendheilkunde	4	4	4
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	30	30	51
teilstationäre Plätze insgesamt	66	53	74

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- 1) Stammzelltransplantation bzw. –transfusion bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen
 - 2) vorbehaltlich der Rezertifizierung
 - 3) Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Region Nord
 - 4) darunter Stroke Unit, vorbehaltlich der Rezertifizierung; sowie 20 Betten für neurologische Frührehabilitation, Phase B
-

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 4 Computertomographen (CT)
 - 4 Magnetresonanztomographen (MRT)
 - 4 Linksherzkathetermessplätze
 - 6 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen
 - 1 Positronen-Emissions-Tomograph (PET)
-

Das Krankenhaus ist dem Helios Bildungszentrum Berlin GmbH, Pflegeschule nach Pflegeberufegesetz, Leipziger Platz 10, 10117 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: privat

HELIOS KLINIKUM EMIL VON BEHRING

Träger:

WALTERHÖFERSTR. 11
14165 BERLIN

HELIOS Klinikum Emil von Behring GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	225	205	205
darunter: Gefäßchirurgie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ¹⁾
Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	117	X	X
Plastische Chirurgie	11		
Thoraxchirurgie	49	X	X
Allgemeine Chirurgie	48		
Geriatric		20	50
Innere Medizin	234	234	234
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ¹⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	38		
Innere Medizin und Kardiologie	47	X	(X)
Innere Medizin und Pneumologie	149	X	X ²⁾
Kinder- und Jugendheilkunde	20	20	25
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	28		
Betten / Plätze insgesamt	507	479	514
darunter teilstationär			
Geriatric			10
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	15		
teilstationäre Plätze insgesamt	15		10

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ vorbehaltlich der Rezertifizierung

²⁾ darunter Weaningeinheit

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 2 Computertomographen (CT)
- 2 Magnetresonanztomographen (MRT)
- 2 Linksherzkathetermessplätze
- 2 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen
- 1 Positronen-Emissions-Tomograph (PET)

Das Krankenhaus ist dem Helios Bildungszentrum Berlin GmbH, Pflegeschule nach Pflegeberufegesetz, Leipziger Platz 10, 10117 Berlin, und der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe, Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
 Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

IMMANUEL KRANKENHAUS BERLIN

Träger:

KÖNIGSTRASSE 63
 14109 BERLIN

Immanuel-Krankenhaus GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	100	80	80
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	100		
Innere Medizin	190	195	195
darunter: Innere Medizin und Rheumatologie	190	X	X
Betten / Plätze insgesamt	290	275	275
darunter teilstationär			
Innere Medizin	30	30	30
teilstationäre Plätze insgesamt	30	30	30

X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe, Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin und der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Buch, Schwanebecker Chaussee 4, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
 Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

IMMANUEL KRANKENHAUS BERLIN

Standort: BERLIN-WANNSEE
 KÖNIGSTRASSE 63
 14109 BERLIN

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	100	80	80
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	100		
Innere Medizin	105	110	110
darunter: Innere Medizin und Rheumatologie	105	X	X
Betten / Plätze insgesamt	205	190	190
darunter teilstationär			
Innere Medizin	25	25	25
teilstationäre Plätze insgesamt	25	25	25

X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Pankow
 Region: Nord

Trägerbereich: freigemeinnützig

IMMANUEL KRANKENHAUS BERLIN

Standort: BERLIN-BUCH
 LINDENBERGER WEG 15
 13125 BERLIN

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Innere Medizin	85	85	85
darunter: Innere Medizin und Rheumatologie	85	X	X
Betten / Plätze insgesamt	85	85	85
darunter teilstationär			
Innere Medizin	5	5	5
teilstationäre Plätze insgesamt	5	5	5

X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Mitte Trägerbereich: freigemeinnützig
 Region: Mitte

JÜDISCHES KRANKENHAUS BERLIN

Träger:

HEINZ-GALINSKI-STR. 1
 13347 BERLIN

Stiftung Jüdisches Krankenhaus Berlin

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	65	70	70 ¹⁾
darunter: Gefäßchirurgie	8	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ²⁾
Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	29	X	X
Allgemeine Chirurgie	28		
Innere Medizin	133	135	135
darunter: Innere Medizin und Angiologie	15	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ²⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	42		
Innere Medizin und Kardiologie	76	X	(X)
Neurologie	55	69	74 ³⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	78	78	105 ⁴⁾⁵⁾
Betten / Plätze insgesamt	331	352	384
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie	18	18	38
teilstationäre Plätze insgesamt	18	18	38

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter bis zu 15 Belegbetten

²⁾ vorbehaltlich der Rezertifizierung

³⁾ darunter Stroke Unit sowie 20 Betten für neurologische Frührehabilitation, Phase B

⁴⁾ mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen; Beteiligung an der psychiatrischen Vollversorgung für Mitte zusammen mit der Charité/ CCM und den St. Hedwig Kliniken Berlin (Mitte)

⁵⁾ davon werden 7 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

2 Magnetresonanztomographen (MRT)

3 Linksherzkathetermessplätze

Das Krankenhaus ist der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Berlin-Buch, Schwanebecker Chaussee 4 E-H, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
 Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

KLINIK FÜR MINIMALINVASIVE CHIRURGIE (MIC)

Träger:

KURSTR. 11
 14129 BERLIN

S+A-Klinik für MIC-GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	37	34	38
darunter: Allgemeine Chirurgie	37		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27	18	22
Betten / Plätze insgesamt	64	52	60

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
 Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf
 Region: Ost

Trägerbereich: privat

KLINIK HELLE MITTE

Träger:

ALICE-SALOMON-PLATZ 2
 12627 BERLIN

Klinik "Helle Mitte" GmbH Berlin

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Neurochirurgie	8	8	10
Betten / Plätze insgesamt	8	8	10

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 1 Computertomograph (CT)
- 2 Magnetresonanztomographen (MRT)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Tempelhof-Schöneberg
Region: Südwest

Trägerbereich: privat

KLINIK SCHÖNEBERG ¹⁾

Träger:

FUGGERSTR. 23
10777 BERLIN

Klinik Schöneberg GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde		1	1
Chirurgie	30	20	19
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	6		
Allgemeine Chirurgie	24		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	9	5	5
Innere Medizin	2		
darunter: Innere Medizin und Kardiologie	2		
Neurochirurgie	1		
Urologie	9	2	3
Betten / Plätze insgesamt	52	28	28

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ Belegklinik

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf Trägerbereich: freigemeinnützig
 Region: Südwest

KLINIKEN IM THEODOR-WENZEL-WERK

Träger:

POTSDAMER CHAUSSEE 69
 14129 BERLIN

Theodor-Wenzel-Werk e.V.

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Neurologie	40	38	38
Psychiatrie und Psychotherapie	243	227	234 ¹⁾²⁾³⁾
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	87	82	83
Betten / Plätze insgesamt	370	347	355
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie	49	49	49
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	17	17	18 ⁴⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	66	66	67

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Steglitz-Zehlendorf zusammen mit der Charité Campus Benjamin Franklin

²⁾ davon werden 7 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht

³⁾ mindestens 25% der psychiatrischen Kapazitäten sind teilstationär vorzuhalten; eine Umwandlung von zumindest 10 Betten in teilstationäre Plätze soll spätestens 2023 erfolgen

⁴⁾ Beteiligung an der psychosomatischen Versorgung schwerpunktmäßig für Steglitz-Zehlendorf mit 18 tagesklinischen Plätzen

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:
 1 Computertomograph (CT)

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
 Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
 Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

KRANKENHAUS BETHEL BERLIN

Träger:

PROMENADENSTR. 3-5
 12207 BERLIN

Krankenhaus Bethel Berlin gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	85	70	64
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	53	X	X
Allgemeine Chirurgie	32		
Geriatric	77	87	100
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12	10	8¹⁾
Innere Medizin	94	79	79
darunter: Allgemeine Innere Medizin	94		
Urologie	8	4	4¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	276	250	255
darunter teilstationär			
Geriatric	12	15	10
teilstationäre Plätze insgesamt	12	15	10

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Belegbetten

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
 Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

KRANKENHAUS WALDFRIEDE

Träger:

ARGENTINISCHE ALLEE 40
14163 BERLIN

Verein Krankenhaus Waldfriede e.V.

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörtl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	54	60	75
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	10	X	X
Allgemeine Chirurgie	44		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	53	40	40
Innere Medizin	63	60	60
darunter: Allgemeine Innere Medizin	63		
Betten / Plätze insgesamt	170	160	175¹⁾
darunter teilstationär			
Innere Medizin		4	4
teilstationäre Plätze insgesamt		4	4

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ insgesamt bis zu 10 Belegbetten in den geführten Fachdisziplinen

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

Akademie Waldfriede, Staatlich anerkannte Pflegeschule,
Argentinische Allee 40, 14163 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
 Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

MALTESER-KRANKENHAUS

Träger:

PILLKALLER ALLEE 1
 14055 BERLIN

Malteser Werk Berlin e.V.

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020 Das Krankenhaus ist der St. Hildegard- Akademie gGmbH,	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Geriatric	63	63	69
Innere Medizin	44	44	44
darunter: Allgemeine Innere Medizin	44		
Betten / Plätze insgesamt	107	107	113
darunter teilstationär			
Geriatric	10	10	13
teilstationäre Plätze insgesamt	10	10	13

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

Das Krankenhaus ist der St. Hildegard-Akademie gGmbH, Tübinger Str. 5, 10715 Berlin angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

MARTIN-LUTHER-KRANKENHAUS

Träger:

CASPAR-THEYSS-STR. 27
14193 BERLIN

Martin-Luther-Krankenhausbetrieb GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	181	115	125
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	86	X	X
Plastische Chirurgie	29		
Allgemeine Chirurgie	66		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	53	47	52
Innere Medizin	105	98	98
darunter: Allgemeine Innere Medizin	105		
Betten / Plätze insgesamt	339	260	275

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 1 Computertomograph (CT)
- 1 Magnetresonanztomograph (MRT)
- 1 Linksherzkathetermessplatz
- 2 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen

Das Krankenhaus betreibt gemeinsam mit dem Ev. Waldkrankenhaus Spandau die Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Ev. Waldkrankenhauses Spandau und des Martin Luther-Krankenhauses, Hohenzollerndamm 150, 14199 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: privat

MEDIAN KLINIK BERLIN-KLADOW

Träger:

KLADOWER DAMM 223
14089 BERLIN

MEDIAN Klinik Berlin-Kladow GmbH und
Co. KG

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörtl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Neurologie	35	50	50
Betten / Plätze insgesamt	35	50	50 ¹⁾

¹⁾ neurologische Frührehabilitation, Phase B

nachrichtlich:

zusätzlich 114 Betten für Neurologie und 77 Betten für Orthopädie (Rehabilitation nach § 107 Abs. 2 SGB V)

Das Krankenhaus ist der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Berlin-Buch,
Schwanebecker Chaussee 4 E-H, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Pankow
Region: Nord

Trägerbereich: privat

PARK-KLINIK WEISSENSEE

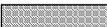
Träger:

SCHÖNSTRASSE 80/90
13086 BERLIN

Park-Klinik Weissensee GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	132	127	107
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	79	X	X
Allgemeine Chirurgie	53		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	25	25	20
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	43	40	40
Innere Medizin	118	95	115
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	10		
Innere Medizin und Rheumatologie	28	X	X
Allgemeine Innere Medizin	80		
Neurologie	40	32	42¹⁾
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			14²⁾
Betten / Plätze insgesamt	358	319	338
darunter teilstationär			
Innere Medizin	18	10	20
Neurologie			10
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			10
teilstationäre Plätze insgesamt	18	10	40

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter Stroke Unit sowie 20 Betten für neurologische Frührehabilitation, Phase B

²⁾ zur schwerpunktmäßigen psychosomatischen Versorgung des Bezirks Pankow zusammen mit dem Sankt-Joseph-Krankenhaus Weißensee

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

Das Krankenhaus ist der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Berlin-Buch, Schwanebecker Chaussee 4 E-H, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
 Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

PAULINENKRANKENHAUS ^{1) 2)}

Träger:

DICKENSWEG 25-39
 14055 BERLIN

Paulinenkrankenhaus gGmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Innere Medizin	148	148	148
darunter: Allgemeine Innere Medizin	148		
Betten / Plätze insgesamt	148	148	148

¹⁾ Weiterbehandlung von herzchirurgischen Patienten vorrangig in Kooperation mit dem DHZB / bzw. dem künftigen DHZC und der Charité (bis zur Aufgabe der dortigen herzchirurgischen Einheit) sowie Vorbereitung und Weiterversorgung von Herz-/Lungentransplantierten und Kunstherzimplantierten vorrangig in Kooperation mit dem DHZB / bzw. dem künftigen DHZC.

²⁾ Überprüfung des Versorgungsauftrages im Rahmen der Erstellung des Feststellungsbescheides zur Umsetzung des Krankenhausplans 2020 im Hinblick auf die Absicherung des Paulinenkrankenhauses Berlin in Weiterentwicklung des Deutschen Herzzentrums der Charité (DHZC).

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:
 1 Computertomograph (CT)

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
 Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Lichtenberg	Trägerbereich: privat
Region: Ost	
SANA KLINIKUM LICHTENBERG	
Träger:	
FANNINGER STRASSE 32 10365 BERLIN	Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	130	149	149
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Kinderchirurgie	10	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	42	X	X
Allgemeine Chirurgie	78		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	64	71	71
Geriatric	142	142	142
Innere Medizin	206	199	209
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	103		
Innere Medizin und Kardiologie	103	X	(X)
Kinder- und Jugendheilkunde	99	100	105¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	641	661	676
darunter teilstationär			
Geriatric	25	25	25
Innere Medizin		20	24
Kinder- und Jugendheilkunde	10	10	10
teilstationäre Plätze insgesamt	35	55	59

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 4 Kinderintensivbetten (insbesondere schwerbrandverletzte Kinder in Kooperation mit dem Unfallkrankenhaus Berlin) und 6 Betten für langzeitbeatmete Kinder sowie Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Elisabeth Herzberge bei der Behandlung psychosomatisch erkrankter Kinder

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 1 Computertomograph (CT)
- 1 Magnetresonanztomograph (MRT)
- 3 Linksherzkathetermessplätze

Das Krankenhaus ist der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Berlin-Buch, Schwanebecker Chaussee 4 E-H, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: privat

SCHLOSSPARK-KLINIK

Träger:

HEUBNERWEG 2
14059 BERLIN

Schlosspark-Klinik GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	11	10	10
Chirurgie	63	60	50 ¹⁾
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	30	X	X
Allgemeine Chirurgie	33		
Innere Medizin	112	115	115
darunter: Innere Medizin und Kardiologie	31	X	(X)
Innere Medizin und Rheumatologie	46	X	X
Allgemeine Innere Medizin	35		
Neurochirurgie	16	14	24 ²⁾
Neurologie	48	50	50 ³⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	112	110	133 ⁴⁾⁵⁾
Betten / Plätze insgesamt	362	359	382
darunter teilstationär			
Innere Medizin	14	14	14
Psychiatrie und Psychotherapie	8	8	20
teilstationäre Plätze insgesamt	22	22	34

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 3 Belegbetten Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, keine operative Tumorbehandlung

²⁾ keine operative Tumorbehandlung bei bösartigen Neubildungen

³⁾ darunter Stroke Unit

⁴⁾ Beteiligung an der psychiatrischen Vollversorgung für Charlottenburg-Wilmersdorf zusammen mit der F.v. Bodelschwingh-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

⁵⁾ davon werden 5 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

2 Linksherzkathetermessplätze

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, und der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Berlin-Buch,
Schwanebecker Chaussee 4 E-H, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

ST. GERTRAUDEN-KRANKENHAUS

Träger:

PARETZER STR. 12
10713 BERLIN

Sankt Gertrauden-Krankenhaus GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	20	20	20
Chirurgie	97	99	99
darunter: Gefäßchirurgie	17	gefäßmed. SP	
Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	45	X	X
Allgemeine Chirurgie	35		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	38	40	33
Geriatric	40	35	50
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	44	45	38
Innere Medizin	106	105	112
darunter: Innere Medizin und Angiologie	11	gefäßmed. SP	
Innere Medizin und Gastroenterologie	50		
Innere Medizin und Kardiologie	45	X	(X)
Neurochirurgie	39	40	40
Betten / Plätze insgesamt	384	384	392
darunter teilstationär			
Geriatric	5	5	10
teilstationäre Plätze insgesamt	5	5	10

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl
Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 1 Computertomograph (CT)
- 1 Magnetresonanztomograph (MRT)
- 1 Linksherzkathetermessplatz

Das Krankenhaus ist der St. Hildegard-Akademie gGmbH, Tübinger Str. 5, 10715 Berlin angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Tempelhof-Schöneberg
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

ST. JOSEPH KRANKENHAUS BERLIN TEMPELHOF ¹⁾

Träger:

WÜSTHOFFSTR. 15
12101 BERLIN

St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof
GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020 Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	112	112	95
darunter: Gefäßchirurgie	10		
Kinderchirurgie	10	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	52	X	X
Allgemeine Chirurgie	40		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	65	70	70
Geriatric	22	22	70
Innere Medizin	166	166	152
darunter: Innere Medizin und Nephrologie	76	X	X
Allgemeine Innere Medizin	90		
Kinder- und Jugendheilkunde	70	70	80
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	60	66	78 ²⁾
Betten / Plätze insgesamt	495	506	545
darunter teilstationär			
Geriatric			12
Innere Medizin	4	8	39
Kinder- und Jugendheilkunde		6	6
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	32	30	42
teilstationäre Plätze insgesamt	36	44	99

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Vollintegration des Franziskus-Krankenhauses im Rahmen der Reorganisation des St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Tempelhof am Standort des St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Tempelhof im Rahmen des 1. Bauabschnittes

²⁾ Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Region Südwest

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

Schule für Gesundheitsberufe Berlin GmbH am St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof,
Wüsthoffstr. 15, 12101 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

ST. MARIEN KRANKENHAUS BERLIN

Träger:

GALLWITZALLEE 123-143
12249 BERLIN

St. Marien e.V. Berlin

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	101	100	90
darunter: Gefäßchirurgie	6		
Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	58	X	X
Plastische Chirurgie	6		
Allgemeine Chirurgie	31		
Geriatric	80	80	100
Innere Medizin	93	94	84
darunter: Allgemeine Innere Medizin	93		
Betten / Plätze insgesamt	274	274	274
darunter teilstationär			
Geriatric			20
teilstationäre Plätze insgesamt			20

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl
Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

Marien Pflegeschule Berlin

Gallwitzallee 123-143, 12249 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Reinickendorf
Region: Nord

Trägerbereich: privat

VITANAS KLINIK FÜR GERIATRIE

Träger:

SENFTEBERGER RING 51
13435 BERLIN

Vitanas GmbH & Co. KGaA

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Geriatric	105	105	117
Betten / Plätze insgesamt	105	105	117
darunter teilstationär			
Geriatric	15	15	15
teilstationäre Plätze insgesamt	15	15	15

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Neukölln
Region: Südost

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES IDA WOLFF KRANKENHAUS

Träger:

JUCHACZWEG 21
12351 BERLIN

Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörtl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Geriatric	136	156	156
Betten / Plätze insgesamt	136	156	156
darunter teilstationär			
Geriatric	16	36	36
teilstationäre Plätze insgesamt	16	36	36

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: -
Region: -

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Träger:

AROSER ALLEE 72-76
13407 BERLIN

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	22	22	22
Chirurgie	1.053	997	975
darunter: Gefäßchirurgie	66	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ¹⁾
Herzchirurgie	0	0	0
Kinderchirurgie	16	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	560	X	X
Plastische Chirurgie	24		
Thoraxchirurgie	41	X	X
Visceralchirurgie	346		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	286	271	286
Geriatric	303	304	340
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	70	70	70
Haut- und Geschlechtskrankheiten	152	153	179
Innere Medizin	1.622	1.488	1.577
darunter: Innere Medizin und Angiologie	25	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ¹⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	322		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	313		
Innere Medizin und Kardiologie	558	X	(X)
Innere Medizin und Nephrologie	82	X	X
Innere Medizin und Pneumologie	125	X	X
Innere Medizin und Rheumatologie	8		
Allgemeine Innere Medizin	189		
Kinder- und Jugendheilkunde	128	137	144
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	140	140	203
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2	0	0
Neurochirurgie	75	72	72
Neurologie	330	360	360
Psychiatrie und Psychotherapie	1.393	1.462	1.578
Strahlentherapie	9	4	4
Urologie	211	200	205
Betten / Plätze insgesamt	5.796	5.680	6.015
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11	11	11
Geriatric	30	45	60
Haut- und Geschlechtskrankheiten	45	45	55
Innere Medizin	22	27	27
Kinder- und Jugendheilkunde	15	15	15
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	75	68	100
Neurologie	5	4	4
Psychiatrie und Psychotherapie	406	448	494
teilstationäre Plätze insgesamt	609	663	766

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ nur an ausgewählten Standorten

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 13 Computertomographen (CT)
 - 10 Magnetresonanztomographen (MRT)
 - 17 Linksherzkathetermessplätze
 - 6 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen
 - 1 Positronen-Emissions-Tomograph (PET)
-

Das Krankenhaus ist der
BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH,
Waldstr. 86 - 90, 13403 Berlin,
angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Friedrichshain-Kreuzberg
Region: Mitte

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM IM FRIEDRICHSHAIN / LANDSBERGER ALLEE
LANDSBERGER ALLEE 49
10249 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	241	253	233
darunter: Gefäßchirurgie	35	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ¹⁾
Orthopädie/Unfallchirurgie	142	X	X
Plastische Chirurgie	24		
Visceralchirurgie	40		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	58	50	65
Geriatric	64	50	66
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	39	40	40
Haut- und Geschlechtskrankheiten	45	43	63
Innere Medizin	266	258	274
darunter: Innere Medizin und Angiologie	25	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ¹⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	56		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	23		
Innere Medizin und Kardiologie	66	X	(X)
Innere Medizin und Nephrologie	42	X	X
Innere Medizin und Pneumologie	38	X	X
Allgemeine Innere Medizin	16		
Kinder- und Jugendheilkunde	65	65	72
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	89	90	116 ²⁾
Neurochirurgie	34	35	35
Neurologie	36	40	40 ³⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	25	43	45 ⁴⁾
Urologie	46	40	40
Betten / Plätze insgesamt	1.008	1.007	1.089
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1	1
Geriatric		5	10
Haut- und Geschlechtskrankheiten	10	10	20 ⁵⁾
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	24	22	35
Psychiatrie und Psychotherapie	25	43	45 ⁶⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	60	81	111

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- ¹⁾ vorbehaltlich der Rezertifizierung
 - ²⁾ Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Regionen Mitte und Süd-Ost in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Neukölln; darunter 20 Betten als überregionales Angebot für die qualifizierte Entzugsbehandlung drogenabhängiger Minderjähriger
 - ³⁾ darunter Stroke Unit
 - ⁴⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Friedrichshain-Kreuzberg zusammen mit dem Klinikum Am Urban und dem Entzugskrankenhaus Count Down des Drogentherapie Zentrums e.V.
 - ⁵⁾ Tagesklinik im 2-Schicht-Betrieb
 - ⁶⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 20 Plätzen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung schwerpunktmäßig für den Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg
-

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 3 Computertomographen (CT)
 - 2 Magnetresonanztomographen (MRT)
 - 4 Linksherzkathetermessplätze
 - 2 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen
 - 1 Positronen-Emissions-Tomograph (PET)
-

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Friedrichshain-Kreuzberg
Region: Mitte

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM AM URBAN
DIEFFENBACHSTR. 1
10967 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	94	100	100
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	57	X	X
Visceralchirurgie	37		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	58	45	45
Innere Medizin	208	215	225
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	47		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	57		
Innere Medizin und Kardiologie	69	X	(X)
Allgemeine Innere Medizin	35		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie		4	4
Psychiatrie und Psychotherapie	195	207	217 ¹⁾²⁾
Urologie	57	55	55
Betten / Plätze insgesamt	612	626	646
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8	7	7
Innere Medizin	5	5	5
Psychiatrie und Psychotherapie	29	29	35
teilstationäre Plätze insgesamt	42	41	47

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Friedrichshain-Kreuzberg zusammen mit dem Klinikum im Friedrichshain und dem Entzugskrankenhaus Count Down des Drogentherapie Zentrums e.V.

²⁾ davon werden 21 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 1 Computertomograph (CT)
- 1 Magnetresonanztomograph (MRT)
- 4 Linksherzkathetermessplätze

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf
Region: Ost

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM KAULSDORF / MYSLOWITZER STR.
MYSLOWITZER STRASSE 45
12621 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	63	60	60
darunter: Orthopädie/Unfallchirurgie	30	X	X
Visceralchirurgie	33		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	30	30	30
Geriatric	57	51	56
Innere Medizin	94	70	113
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	20		
Innere Medizin und Kardiologie	39		
Allgemeine Innere Medizin	35		
Psychiatrie und Psychotherapie	190	225	252 ¹⁾²⁾
Betten / Plätze insgesamt	434	436	511
darunter teilstationär			
Geriatric	5	5	10
Psychiatrie und Psychotherapie	56	91	104 ³⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	61	96	114

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Marzahn-Hellersdorf

²⁾ davon werden 14 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht

³⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 19 Plätzen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung schwerpunktmäßig für den Bezirk Marzahn-Hellersdorf

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

1 Linksherzkathetermessplatz

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Neukölln
Region: Südost

Trägerbereich: öffentlich

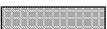
VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM NEUKÖLLN ¹⁾

RUDOWER STR. 48
12351 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Augenheilkunde	22	22	22
Chirurgie	191	180	180
darunter: Gefäßchirurgie	22	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ²⁾
Herzchirurgie	0	0	0
Kinderchirurgie	16	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	63	X	X
Thoraxchirurgie	41	X	X
Visceralchirurgie	49		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	59	73	73
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	31	30	30
Haut- und Geschlechtskrankheiten	49	55	55
Innere Medizin	440	360	360
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ²⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	71		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	173		
Innere Medizin und Kardiologie	104	X	(X)
Innere Medizin und Nephrologie	10	X	X
Innere Medizin und Pneumologie	70	X	X ³⁾
Allgemeine Innere Medizin	12		
Kinder- und Jugendheilkunde	63	72	72
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	51	46	83 ⁴⁾
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2	0	0
Neurochirurgie	41	37	37
Neurologie	109	110	110 ⁵⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	317	303	322 ⁶⁾⁷⁾⁸⁾
Betten / Plätze insgesamt	1.375	1.288	1.344 ⁹⁾¹⁰⁾
darunter teilstationär			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	15	15 ¹¹⁾
Innere Medizin	5	5	5
Kinder- und Jugendheilkunde	15	15	15
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	51	46	65
Psychiatrie und Psychotherapie	99	92	98 ¹²⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	185	173	198

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- 1) autologe Stammzelltransplantationen bzw. -transfusion bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen
- 2) vorbehaltlich der Rezertifizierung
- 3) darunter Weaningeinheit
- 4) Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Region Süd-Ost gemeinsam mit dem Klinikum im Friedrichshain
- 5) darunter Stroke Unit sowie 20 Betten für neurologische Frührehabilitation, Phase B
- 6) Psychiatrische Vollversorgung für Neukölln
- 7) davon werden 17 Behandlungsplätze stationsäquivalent erbracht
- 8) darunter 10 Betten und 5 Plätze zur Behandlung traumatisierter Frauen im Rahmen des Modellprojektes "Traumanetz"
- 9) darunter stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten des ambulanten "Zentrums für zahnärztliche und kieferchirurgische Behandlung von Menschen mit Behinderung", sofern bei diesen die ambulante Behandlung aufgrund einer Behinderung, psychiatrischen Einschränkung oder eines zu hohen Narkoserisikos bei begleitend körperlichen, geistigen und/oder seelischen Einschränkungen nicht möglich ist
- 10) Onkologisches Zentrum
- 11) Tagesklinik im 2-Schicht-Betrieb
- 12) darunter eine eigenständige Einheit mit 23 Plätzen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung, schwerpunktmäßig für den Bezirk Neukölln sowie 5 Plätze zur Behandlung traumatisierter Frauen im Rahmen des Modellprojektes "Traumanetz".

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 2 Computertomographen (CT)
 - 2 Magnetresonanztomographen (MRT)
 - 3 Linksherzkathetermessplätze
 - 2 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen
-

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Tempelhof-Schöneberg
Region: Südwest

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: AUG.-VIKTORIA-KLINIKUM
RUBENSSTR. 125
12157 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	107	109	109
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	67	X	X
Visceralchirurgie	40		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	52	43	43
Geriatric	25	30	30
Innere Medizin	145	160	160
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	26		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	9		
Innere Medizin und Kardiologie	60	X	(X)
Allgemeine Innere Medizin	50		
Neurologie	56	60	60 ¹⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	115	112	120 ²⁾
Strahlentherapie	9	4	4 ³⁾
Urologie	63	60	60
Betten / Plätze insgesamt	572	578	586
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2	1	1
Geriatric	25	30	30
Innere Medizin	12	16	16
Neurologie	2	1	1
Psychiatrie und Psychotherapie	20	20	28
teilstationäre Plätze insgesamt	61	68	76

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter Stroke Unit

²⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Tempelhof-Schöneberg zusammen mit dem Wenckebach-Klinikum

³⁾ der 4 Belegbetten umfassende strahlentherapeutische Versorgungsauftrag wird in die Abteilung für Innere Medizin/Hämatologie und Onkologie verlagert.

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

1 Computertomograph (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

1 Linksherzkathetermessplatz

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Tempelhof-Schöneberg
Region: Südwest

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: WENCKEBACH-KLINIKUM
WENCKEBACHSTR. 23
12099 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	57	50	38
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	39	X	X
Visceralchirurgie	18		
Geriatric	139	138	138
Innere Medizin	95	90	90
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	23		
Innere Medizin und Kardiologie	44		
Allgemeine Innere Medizin	28		
Psychiatrie und Psychotherapie	152	161	173 ¹⁾²⁾
Betten / Plätze insgesamt	443	439	439
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie	55	55	57 ³⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	55	55	57

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

- ¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Tempelhof-Schöneberg zusammen mit dem Auguste-Viktoria-Klinikum
²⁾ davon werden 10 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht
³⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 22 Plätzen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung, schwerpunktmäßig für den Bezirk Tempelhof-Schöneberg

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

- 1 Computertomograph (CT)
1 Linksherzkathetermessplatz

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Reinickendorf
Region: Nord

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: HUMBOLDT-KLINIKUM / AM NORDGRABEN
AM NORDGRABEN 2
13509 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	165	130	140
darunter: Gefäßchirurgie	9	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	88	X	X
Visceralchirurgie	68		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29	30	30
Geriatric	18	35	50
Innere Medizin	194	165	170
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Innere Medizin und Gastroenterologie	47		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	5		
Innere Medizin und Kardiologie	106	X	(X)
Innere Medizin und Nephrologie	30	X	X
Allgemeine Innere Medizin	6		
Neurologie	46	50	50 ¹⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	209	219	236 ²⁾³⁾
Urologie	45	45	50
Betten / Plätze insgesamt	706	674	726
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		2	2
Geriatric		5	10
Neurologie	2	2	2
Psychiatrie und Psychotherapie	75	75	82 ⁴⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	77	84	96

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter Stroke Unit sowie 20 Betten für neurologische Frührehabilitation, Phase B

²⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Reinickendorf zusammen mit der Trägergesellschaft Alpin -
Gemeindepsychiatrische Tagesklinik gGmbH

³⁾ davon werden 20 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht

⁴⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 17 Plätzen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter
entsprechender fachärztlicher Leitung, schwerpunktmäßig für den Bezirk Reinickendorf

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

2 Computertomographen (CT)

1 Magnetresonanztomograph (MRT)

2 Linksherzkathetermessplätze

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM SPANDAU
NEUE BERGSTR. 6
13585 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	135	115	115
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	74	X	X
Visceralchirurgie	61		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	58	55	61
Innere Medizin	180	170	185
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	32		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	46		
Innere Medizin und Kardiologie	70	X	(X)
Innere Medizin und Pneumologie	17		
Innere Medizin und Rheumatologie	8		
Allgemeine Innere Medizin	7		
Neurologie	83	100	100 ¹⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	190	192	213 ²⁾³⁾
Betten / Plätze insgesamt	646	632	674
darunter teilstationär			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	20	20	20 ⁴⁾
Innere Medizin		1	1
Neurologie	1	1	1
Psychiatrie und Psychotherapie	47	43	45
teilstationäre Plätze insgesamt	68	65	67

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter Stroke Unit, vorbehaltlich der (Re-) Zertifizierung, sowie 60 Betten für neurologische Frührehabilitation, Phase B

²⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Spandau

³⁾ davon werden 20 Behandlungskapazitäten stationsäquivalent erbracht

⁴⁾ Tagesklinik im 2-Schicht-Betrieb

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 31.07.2019 betrieben:

2 Computertomographen (CT)

2 Magnetresonanztomographen (MRT)

1 Linksherzkathetermessplatz

2 Linearbeschleuniger, Telekobaltanlagen

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2020

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: privat

WESTKLINIK DAHLEM ¹⁾

Träger:

Clayallee 225 B
14195 BERLIN

Westklinik Dahlem
Betriebsgesellschaft mbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.10.2020	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2016	Krankenhausplan 2020
Chirurgie	30	30	35
darunter: Herzchirurgie	0	0	0
Orthopädie/Unfallchirurgie	30		
Betten / Plätze insgesamt	30	30	35

¹⁾ Belegklinik

Anlage 2: Verzeichnis der außerhalb des Berliner Krankenhausplans betriebenen Krankenhäuser

Verzeichnis der übrigen, nicht in den Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin aufgenommenen Krankenhäuser, Stand 01.06.2021

Name	Anschrift	Fachabteilungen	Betten IST	Träger
ARGORA Klinik Berlin	Hardenbergstr. 9a 10623 Berlin	Psychotherapeutische Medizin Insgesamt	26 26	ARGORA Beteiligungs- gesellschaft Hardenbergstr. 9a 10623 Berlin
Augenklinik am Wittenbergplatz mit kosmetischer Laserchirurgie	Kleiststr. 23 - 26 10787 Berlin	Augenheilkunde Insgesamt	4 4	Dr. Pahlitzsch, Thomas- Walter Werner Kleiststr. 23 - 26 10787 Berlin
Avicenna Klinik	Paulsborner Str. 2 10709 Berlin	Chirurgie Neurochirurgie Orthopädie Insgesamt	2 7 3 12	Avicenna Klinik GmbH Paulsborner Str. 2 10709 Berlin
Berlin Eye-Clinic	Walter-Benjamin- Platz 8 10629 Berlin	Augenheilkunde Insgesamt	2 2	Dr. Bilal Chamat Walter - Benjamin - Platz 8 10629 Berlin
Berlin Klinik Leipziger Platz	Leipziger Platz 3 10117 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	BK-Berlin Klinik Betriebs - GmbH Jagdhausstr. 2 76530 Baden-Baden
Casa Dentalis GmbH	Ringstr. 81 12203 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	Casa Dentalis GmbH Ringstr. 81 12203 Berlin
Chirurgia Ästhetica - - Dr. Kümpel Privatklinik für Schönheitsoperationen	Hundkehlestr. 32 14199 Berlin	Sonstige Fachbereiche Insgesamt	3 3	Dr. Wolfgang Kümpel Hundkehlestr. 32 14199 Berlin
Chirurgische Privatklinik am Hohenzollerndamm - CLINICA Vita -	Hohenzollerndamm 28 a 10713 Berlin	Chirurgie Hals-Nasen- Ohrenheilkunde Orthopädie Plastische Chirurgie Insgesamt	1 1 1 3 6	Clinica Vita Verwaltungs GmbH & Co Betriebs KG Hohenzollerndamm 28 a 10713 Berlin
EuroEyes	Bellevuestr. 5 10785 Berlin	Augenheilkunde Insgesamt	1 1	EyroEyes AugenLaserZentrum Berlin GmbH Bellevuestr. 5 10785 Berlin
Fliedner Klinik Berlin	Charlottenstr. 65 (EG, 5.OG, 6.OG) 10117 Berlin	Psychiatrie und Psychotherapie Insgesamt	44 44	Theodor - Fliedner - Stiftung Kirchliche Stiftung des privaten Rechts Fliednerstr. 2 45481 Mühlheim-Ruhr

Name	Anschrift	Fachabteilungen	Betten IST	Träger
HELIOS Privatkliniken, Betriebsstätte Berlin - Buch	Schwanebecker Chaussee 50 13125 Berlin	Augenheilkunde Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Geriatric Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Innere Medizin Neurochirurgie Neurologie Orthopädie Strahlentherapie Urologie Sonstige Fachbereiche Insgesamt	2 8 2 1 2 12 3 2 4 2 4 4 46	HELIOS Privatklinik GmbH Else - Kröner - Str. 1 61352 Bad Homburg v.d.H.
HELIOS Privatkliniken, Betriebsstätte Berlin - Zehlendorf	Walterhöfer Str. 11 14165 Berlin	Chirurgie Innere Medizin Orthopädie Plastische Chirurgie Psychotherapeutische Medizin Insgesamt	20 24 9 6 1 60	HELIOS Privatklinik GmbH Else - Kröner - Str. 1 61352 Bad Homburg v.d.H.
Hydrox. Y Klinik	Friedrichstr. 71 10117 Berlin	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Insgesamt	2 2 4	Hydrox. Y GmbH Friedrichstr. 71 10117 Berlin
Klinik am Garbatyplatz	Garbatyplatz 1 13187 Berlin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	Dentoptics Verwaltungsgesellschaft mbH Garbatyplatz 1 13187 Berlin
Klinik am Kurfürstendamm - Private Zahnklinik für Mund -, Kiefer und Gesichtschirurgie	Knesebeckstr. 35 - 37 10623 Berlin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Sonstige Fachbereiche Insgesamt	1 1 2	Klinik am Kurfürstendamm GmbH Kurfürstendamm 41 10719 Berlin
Klinik am Schlosspark Biesdorf	Elsterwerdaer Platz 1 12683 Berlin	Sonstige Fachbereiche Insgesamt	4 4	Dr. G. Buer - Schaper Elsterwerdaer Platz 1 12683 Berlin
Klinik am Wittenbergplatz	Bayreuther Str.36 10789 Berlin	Chirurgie Innere Medizin Plastische Chirurgie Sonstige Fachbereiche Insgesamt	2 1 2 1 6	Ragg Medical GmbH Luciusstraße 11A 14199 Berlin

Name	Anschrift	Fachabteilungen	Betten IST	Träger
Klinik Dr. Mertz	Kurfürstendamm 177 10707 Berlin	Plastische Chirurgie Insgesamt	2 2	Klinik Dr. Mertz GmbH Kurfürstendamm 177 10707 Berlin
Klinik Nikolassee	Von - Luck - Str. 3 14129 Berlin	Innere Medizin Psychiatrie und Psychotherapie Insgesamt	4 12 16	Privatklinik Nikolassee PN gGmbH Argentinische Allee 40 14163 Berlin
Klinik Pacelliallee	Pacelliallee 6 14195 Berlin	Psychiatrie und Psychotherapie Insgesamt	25 25	Balance GmbH Allée St. Exupéry 43 13405 Berlin
M1 Schlossklinik	Grünauer Str.5 12557 Berlin	Plastische Chirurgie Insgesamt	35 35	M1 Med Beauty Berlin GmbH Grünauer Str.5 12557 Berlin
MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg	Frankfurter Allee 231 A 10365 Berlin	Chirurgie Innere Medizin Insgesamt	2 1 3	Sana Gesundheit GmbH Marburger Str. 12 - 13 10789 Berlin
Mental Health Institute	Platanenallee 11 14050 Berlin	Psychiatrie und Psychotherapie Insgesamt	27 27	Mental Health Institute Platanenallee 11 14050 Berlin
MEOCLINIC - Internationale Privatklinik -	Friedrichstr. 71 10117 Berlin	Chirurgie Innere Medizin Neurologie Orthopädie Urologie Sonstige Fachbereiche Insgesamt	11 7 2 11 3 4 38	MEOCLINIC GmbH Friedrichstr. 71 10117 Berlin
Panorama Klinik Berlin	Badensche Str. 18 10715 Berlin	Psychotherapeutische Medizin Insgesamt	24 24	Dr. Hoppe, Stefan Otto Badensche Str. 18 10715 Berlin
Park-Klinik Sophie- Charlotte - Priv. Fachkl. für Psychiatrie und Psychosomatik am Schloss Charlottenburg	Heubnerweg 2a 14059 Berlin	Innere Medizin Psychiatrie und Psychotherapie Psychotherapeutische Medizin Insgesamt	6 34 25 65	Park-Klinik Sophie- Charlotte GmbH Heubnerweg 2a 14059 Berlin
Plasthetics GmbH	Schlüterstr. 40 10707 Berlin	Plastische Chirurgie Insgesamt	2 2	Plasthetics GmbH Schlüterstr. 40 10707 Berlin
Privatklinik Charlottenburg	Bismarckstr. 45 - 47 10627 Berlin	Sonstige Fachbereiche Insgesamt	8 8	Praxisklinik Charlottenburg GmbH Bismarckstr. 45 - 47 10627 Berlin
Privatklinik Schloßstraße	Schloßstr. 38 - 40 12165 Berlin	Sonstige Fachbereiche Insgesamt	2 2	Dr. P. by Dr. Panzer GmbH Weinbergstr. 8 14469 Potsdam

Name	Anschrift	Fachabteilungen	Betten IST	Träger
Privatklinik Spandau PKS GmbH	Gatower Str. 191 13595 Berlin	Sonstige Fachbereiche Insgesamt	6 6	Privatklinik Spandau PKS GmbH Gatower Str. 191 13595 Berlin
SBW Schmerzlinik Berlin	Schmohlstr. 24 1086 Berlin	Sonstige Insgesamt	30 30	SBW Schmerzlinik GmbH Schmohlstr. 24 1086 Berlin
Sinis Klinik Berlin	Rheinbabenallee 18 14199 Berlin	Plastische Chirurgie Insgesamt	2 2	Sinis Klinik Berlin GmbH Rheinbabenallee 18 14199 Berlin
Vivantes Komfortklinik im Auguste-Viktoria- Klinikum	Rubensstr. 125 12157 Berlin	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Innere Medizin Geriatrie Neurologie Orthopädie Urologie Insgesamt	2 1 6 1 3 3 4 20	Vivantes Komfortklinik GmbH Aroser Allee 72 - 76 13407 Berlin
Vivantes Komfortklinik im Humboldt Klinikum	Am Nordgraben 2 13509 Berlin	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Innere Medizin Geriatrie Neurologie Psychiatrie und Psychotherapie Urologie Insgesamt	13 1 7 2 1 4 1 29	Vivantes Komfortklinik GmbH Aroser Allee 72 - 76 13407 Berlin
Vivantes Komfortklinik im Klinikum Neukölln	Rudower Straße 48 12351 Berlin	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hals-Nasen- Ohrenheilkunde Innere Medizin Neurochirurgie Neurologie Strahlentherapie Insgesamt	3 1 1 4 1 1 1 12	Vivantes Komfortklinik GmbH Aroser Allee 72 - 76 13407 Berlin
Vivantes Komfortklinik im Klinikum Spandau	Neue Bergstr. 6 13585 Berlin	Chirurgie Haut- und Geschlechts- krankheiten Innere Medizin Neurologie Psychiatrie und Psychotherapie Insgesamt	3 3 6 1 1 14	Vivantes Komfortklinik GmbH Aroser Allee 72 - 76 13407 Berlin

Name	Anschrift	Fachabteilungen	Betten IST	Träger
Vivantes Komfortklinik Klinikum Am Urban	Dieffenbachstr. 1 10967 Berlin	Chirurgie	7	Vivantes Komfortklinik GmbH Arosener Allee 72 - 76 13407 Berlin
		Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3	
		Innere Medizin	8	
		Psychiatrie und Psychotherapie	1	
		Urologie	5	
Insgesamt	24			
Zahnklinik Gropius-Passagen	Johannisthaler Chaussee 313 12351 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	Zahnklinik Gropius-Passagen Verwaltungs - GmbH Johannisthaler Chaussee 313 12351 Berlin
Zahnklinik MEDECO Berlin-Dahlem	Königin - Luise - Platz 1 14195 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Plastische Chirurgie Insgesamt	6 1 7	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik MEDECO Berlin-Neukölln	Karl - Marx - Str. 27 12043 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	4 4	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik MEDECO Berlin-Spandau	Klosterstr. 17 - 18 13581 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik MEDECO Berlin-Tempelhof	Mariendorfer Damm 19 - 21 12109 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	4 4	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik MEDECO Berlin-Wedding	Prinzenallee 89 - 90 13357 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	4 4	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik MEDECO Potsdamer Platz	Stresemannstr. 121 10963 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	3 3	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik Ost	Dörpfeldstr. 46 12489 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	6 6	Zahnklinik Ost GmbH Dörpfeldstr. 46 12489 Berlin

Sonderkrankenhäuser

Name	Anschrift	Fachabteilungen	Betten IST	Träger
Justizvollzugs- krankenhaus Berlin i. d. Justizvollzugsanstalt Plötzensee	Saatwinkler Damm 1a 13627 Berlin	Innere Medizin	80	Senatsverwaltung für Justiz Salzburger Straße 21-25 10825 Berlin
		Psychiatrie und Psychotherapie	36	
		Insgesamt	116	
Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin - Krankenhaus- betrieb des Landes Berlin	Olbendorfer Weg 70 13403 Berlin	Kinder- und Jugend- psychiatrie und - psychotherapie	24	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Oranienstr. 106 10969 Berlin
		Psychiatrie und Psychotherapie	420	
		Insgesamt	444	

Anlage 3:

Verzeichnis der Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe an Krankenhäusern

Ausbildung von Pflegefachfrauen/Pflegefachmännern

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Campus Berlin-Buch - Staatlich anerkannte Pflegeschule
Schwanebecker Chaussee 4, Haus E bis H
13125 Berlin

Akademie Waldfriede

Staatlich anerkannte Pflegeschule
Harry-S.-Truman-Allee 3 A
14167 Berlin

Alexianer Akademie für Gesundheitsberufe Berlin

Staatlich anerkannte Pflegeschule
Große Hamburger Straße 5-11
10115 Berlin

BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH**Schule 1 für Pflegeberufe**

Pflegeschule nach Pflegeberufegesetz
Waldstr. 86-90, 13403 Berlin

Schule 2 für Pflegeberufe

Pflegeschule nach Pflegeberufegesetz
Waldstr. 86-90, 13403 Berlin

Schule 3 für Pflegeberufe

Pflegeschule nach Pflegeberufegesetz
Oudenader Str. 16, 13347 Berlin

Schule 4 für Pflegeberufe

Pflegeschule nach Pflegeberufegesetz
Rudower Str. 48, 12351 Berlin

Schule 5 für Pflegeberufe

Pflegeschule nach Pflegeberufegesetz
Rudower Str. 48, 12351 Berlin

Deutsches Herzzentrum Berlin

Aus-, Fort-und Weiterbildungsstätte
Staatlich anerkannte Pflegeschule
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

DRK-Schwesternschaft Berlin e.V.

- Bildungszentrum für Pflegeberufe -
Staatlich anerkannte Pflegeschule
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Pflegeschule (PfIBG) des Ev. Krankenhauses**Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Staatlich anerkannte Pflegeschule

Herzbergstraße 79

10365 Berlin

Helios Bildungszentrum Berlin GmbH

Pflegeschule nach Pflegeberufegesetz

Leipziger Platz 10

10117 Berlin

Schule für Gesundheitsberufe Berlin GmbH

Staatlich anerkannte Pflegeschule

Wüsthoffstraße 15

12101 Berlin

Gesundheitsfachschule Berlin**Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau | Martin Luther Krankenhaus**

Staatlich anerkannte Pflegeschule

Hohenzollerndamm 150

14199 Berlin

St. Hildegard Akademie Berlin gGmbH

Tübinger Str. 5

10715 Berlin

Marien Pflegeschule Berlin

Staatlich anerkannte Pflegeschule nach PfIBG

Gallwitzallee 123 -143

12249 Berlin

Wannseeschulen für Gesundheitsberufe

Staatlich anerkannte Pflegeschule

Zum Heckeshorn 36

14109 Berlin

Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen/Gesundheits- und Krankenpflegehelfern

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Campus Buch - Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe

Schwanebecker Chaussee 4 Haus E bis H

13125 Berlin

Alexianer Akademie für Gesundheitsberufe Berlin

Staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpflegehilfeschule
Große Hamburger Straße 5-11
10115 Berlin

BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH

Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe an der Charité
Oudenader Str. 16, 13347 Berlin

BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
Institut für berufliche Bildung im Gesundheitswesen
Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflegehilfe
Rudower Str. 48, 12351 Berlin

DRK-Schwesternschaft Berlin e.V.**- Bildungszentrum für Pflegeberufe -**

Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
DRK-Kliniken Berlin/Westend
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

HELIOS Bildungszentrum Berlin GmbH

Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe
Leipziger Platz 10
10117 Berlin

Wannsee-Schule e.V.**Schule für Gesundheitsberufe**

Bereich Gesundheits- und Krankenpflegehilfe
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin

Ausbildung von Hebammen und Entbindungspflegern**BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH**

Hebammenschule 1
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
Institut für berufliche Bildung im Gesundheitswesen
Fachbereich Hebammen
Rudower Str. 48, 12351 Berlin

BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH

Hebammenschule 2
Charité Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Hebammenwesen
Oudenader Str. 16, 13347 Berlin

Schule für Gesundheitsberufe Berlin GmbH

Fachbereich Hebammenkunde
Wüsthoffstraße 15
12101 Berlin

Ausbildung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Campus Buch
Fachbereich Physiotherapie
Schwanebecker Chaussee 4, Haus E bis H
13125 Berlin

BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH

Charité Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Physiotherapie
Oudenader Str. 16, 13347 Berlin

Medizinische Akademie am ukb

Schule für Physiotherapie
Warener Str. 7
12683 Berlin

Reha-Akademie Berlin

Statlich anerkannte Schule für Physiotherapie
Axel-Springer-Str. 42
10969 Berlin

Wannsee-Schule e. V.

Schule für Gesundheitsberufe
Bereich Physiotherapieschule
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin

Ausbildung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.**

Campus Buch
Fachbereich Ergotherapie
Schwanebecker Chaussee 4 Haus E bis H
13125 Berlin

Medizinische Akademie am ukb

Schule für Ergotherapie
Warener Str. 7
12683 Berlin

Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau

Schule für Ergotherapie
Stadtrandstraße 555-561
13589 Berlin

Wannsee-Schule e. V.

Schule für Gesundheitsberufe
Staatl. anerkannte Schule für Ergotherapie
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin

Ausbildung von technischen Assistentinnen und Assistenten in der Medizin**Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.****Campus Buch**

Schule zur Ausbildung von medizinisch-technischen
Laboratoriumsassistenten
Schwanebecker Chaussee 4 Haus E bis H
13125 Berlin

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.**Campus Buch**

Schule zur Ausbildung von medizinisch-technischen
Radiologieassistenten
Schwanebecker Chaussee 4, Haus E bis H
13125 Berlin

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.**Campus Buch**

Schule zur Ausbildung von medizinisch-technischen
Assistenten für Funktionsdiagnostik
Schwanebecker Chaussee 4, Haus E bis H
13125 Berlin

BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH

Charité Gesundheitsakademie
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistenten
Oudenader Str. 16, 13347 Berlin

Ausbildung von Kardiotechnikerinnen und Kardiotechnikern

Akademie für Kardiotechnik am Deutschen Herzzentrum Berlin

Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Ausbildung von Logopädinnen/Logopäden

Medizinische Akademie am ukb

Schule für Logopädie
Warener Str. 7
12683 Berlin

BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH

Charité Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Logopädie
Oudenader Str. 16, 13347 Berlin

Ausbildung von Diätassistentinnen/Diätassistenten

BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH

Ausbildungsbereich Diätassistenten
Oudenader Str. 16, 13347 Berlin
