

Für die Jahre 2012/2013 hat der Senat für die stationäre medizinische Versorgung eine *Überprüfung von Bedarf und Angebot* vorgesehen. Diese Überprüfung wird die Daten zum *Leistungsgeschehen der Krankenhäuser* bis Mitte 2012 einbeziehen und damit die für den Krankenhausplan 2010 maßgebenden Leistungsdaten aus dem Jahr 2008 aktualisieren.

In den letzten Jahren hat sich die Berliner *Bevölkerung* dynamisch entwickelt. Die Einwohnerzahl stieg bereits im Jahr 2012 auf deutlich über 3,5 Millionen an (zu Details der Bevölkerungsentwicklung vgl. Kapitel 2.1). Dieser Zuwachs übertrifft damit bereits jetzt die Vorhersagewerte für das Jahr 2015. Für eine neue Bedarfseinschätzung muss somit auch von aktuellen Daten zur Bevölkerungsentwicklung ausgegangen werden.

Des Weiteren hat sich nach Beschluss des Krankenhausplans 2010 wie erwartet weiterer Handlungsbedarf hinsichtlich der Planungen für das *Fachgebiet Geriatrie* ergeben. Das findet unter anderem darin seinen Ausdruck, dass geriatrische Krankenhausabteilungen dauerhafte Auslastungen von über 100 Prozent unter Zugriff auf die Kapazitäten anderer Abteilungen aufweisen und eine Reihe von Krankenhäusern Anträge auf Aufnahme neuer geriatrischer Abteilungen in den Krankenhausplan gestellt haben. Daneben liegen *Anträge auf Neuaufnahme* sowie auf veränderte Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan vor.

Aktualisierung des Krankenhausplans wird u. a. die Geriatrie betreffen.

Der Senat wird die notwendigen *Änderungen des Krankenhausplans 2010* durch Einzelfallentscheidung gemäß § 6 Abs. 1 Landeskrankenhausgesetz im Jahr 2013 umsetzen.

#### 4.2.1.2 Versorgungsangebot der Krankenhäuser in Berlin am 31.12.2011

Zum Stichtag 31.12.2011 wurden im Land Berlin 89 Krankenhäuser (bzw. Einrichtungen) mit insgesamt 21.724 *ordnungsbehördlich genehmigten Betten* (darunter 18.269 im somatischen Bereich) betrieben. Das entspricht einem Versorgungsangebot von 6,2 Betten je 1.000 Einwohner.

In den Krankenhausplan aufgenommen sind 52 *Krankenhäuser*. Die Zahl der außerhalb des Krankenhausplanes betriebenen Krankenhäuser erhöhte sich auf insgesamt 37 Einrichtungen.

Auf Einrichtungen, die *nicht in den Krankenhausplan aufgenommen* sind, entfielen zum Stichtag 31.12.2011 469 Betten (ohne Sonderkrankenhäuser).

Die Zahl der *in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten* erhöhte sich im Berichtszeitraum stichtagsbezogen um 450 von 20.614 auf 21.064 Betten (Stand 31.12.2008 bzw. 31.12.2011).

**Tabelle 4.1:**  
In den Krankenhausplan aufgenommene Betten in Berlin 2008 und 2011 (Stand: 31.12.) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Krankenhausbetten			
	am 31.12.2008		am 31.12.2011	
	absolut	in %	absolut	in %
freigemeinnützig	8.709	42,2	8.741	41,5
öffentlich (ohne universitär)	5.694	27,6	5.940	28,2
privat	2.998	14,5	3.170	15,0
universitär	3.213	15,6	3.213	15,3
<b>insgesamt</b>	<b>20.614</b>	<b>100,0</b>	<b>21.064</b>	<b>100,0</b>

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten - gegliedert nach *Trägerbereichen* - standen zum Stichtag 31.12.2011 zu 42 % in freigemeinnütziger Trägerschaft. Öffentlicher und universitärer Trägerschaft waren 28 bzw. 15 % der Betten zuzuordnen, weitere 15 % des in den Krankenhausplan aufgenommenen Bettenangebots lagen in privater Hand. Die Anteile der einzelnen Trägerbereiche sind gegenüber 2008 im Wesentlichen unverändert geblieben (vgl. Tabelle 4.1 und GSI-Tabellen [6.15-1](#), [6.15z-1](#) und [6.15z-2](#)).

## 4.2.2 Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhäuser werden *dual finanziert*, d. h. die Betriebskosten von den Krankenkassen und die *Investitionskosten aus den Länderhaushalten*. Sich verändernde Strukturen und Leistungsangebote der Krankenhäuser führen zur Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung sowohl im Bereich der Betriebskostenfinanzierung (Fallpauschalenvergütungssystem, DRGs) als auch der Investitionsfinanzierung.

Das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17.03.2009 hat die Weichen für die *Weiterentwicklung* des Krankenhausesektors in den nächsten Jahren gestellt.

Einführung eines neuen  
Entgeltsystems für Psychi-  
atrie/Psychosomatik.

Für die bisher nicht vom Vergütungssystem der Fallpauschalen erfassten *Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik* wird ein pauschaliertes und tagesbezogenes Vergütungssystem entwickelt, das in mehreren Phasen eingeführt werden soll. Die Krankenhäuser können ab 2013 freiwillig in einer vierjährigen budgetneutralen Phase nach dem *Psych-Entgeltsystem* abrechnen. Ab 2015 müssen alle Einrichtungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem abrechnen. Ab 2017 wird die fünfjährige Konvergenzphase beginnen, in der stufenweise die Vergütung von den krankenhausespezifischen Basisfallwerten auf Landesbasisfallwerte umgestellt wird.

Für die *Investitionskosten* ist die Finanzierung auf der Grundlage von leistungsorientierten Investitionspauschalen möglich. Es bleibt den Ländern überlassen, zwischen der Förderung durch *leistungsorientierte Investitionspauschalen* und der *Einzelförderung von Investitionen* einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden. Als Bemessungsgrundlage für Investitionspauschalen können die Länder die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickelnden Investitionsbewertungsrelationen verwenden. Diese werden den Investitionsbedarf der voll- und teilstationären Leistungen abbilden und voraussichtlich erstmals ab 2014 anwendbar sein. In Berlin soll geprüft werden, neben den bereits gewährten festen jährlichen Pauschalbeträgen für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und für kleine bauliche Maßnahmen weitere Investitionskosten der Krankenhäuser zukünftig ebenfalls durch Investitionspauschalen zu fördern.

Die im Jahr 2011 über den Berliner Landeshaushalt gewährten Zuschüsse nach Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) / Landeskrankenhausgesetz (LKG) sind nach Trägerverbänden differenziert in der Tabelle „Gewährte Fördermittel nach KHG/LKG und sonstige Zuschüsse für Krankenhäuser im Land Berlin zum Stichtag 31.12.2011“ dargestellt (vgl. GSI-Tabelle [10.8z-4](#)).

Im Rahmen des *Konjunkturpakets II* (Zukunftsinvestitionsgesetz - ZuInvG) haben die Berliner Krankenhäuser in den Jahren 2009, 2010 und 2011 insgesamt rd. 54 Mio. EUR für *zusätzliche Maßnahmen der Einzel- und Pauschalförderung* erhalten. Davon haben der Bund 75 Prozent und das Land Berlin 25 Prozent finanziert. Mit den Maßnahmen konnten die Behandlungsbedingungen für Patientinnen und Patienten und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in den Krankenhäusern verbessert sowie erforderliche medizinische Großgeräte und andere medizinische Ausstattung beschafft werden.

## 4.2.3 Kosten der Krankenhäuser

Die Krankenhauskosten werden gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) Teil III - Kostennachweis erhoben; einbezogen sind alle Krankenhäuser in Berlin mit Ausnahme des Krankenhauses des Maßregelvollzugs und des Bundeswehrkrankenhauses, d. h. 2010 und 2011 wurden *Kostendaten von 79 Einrichtungen* erfasst.

### 4.2.3.1 Brutto-Gesamtkosten der Berliner Krankenhäuser

In den genannten Krankenhäusern und deren Ausbildungsstätten sowie durch Aufwendungen für den Ausbildungsfonds entstanden im Jahr 2011 *Brutto-Gesamtkosten* in Höhe von 3,874 Mrd. EUR, das bedeutet eine Kostensteigerung gegenüber dem Vorjahr von 7,6 % (2010: 3,600 Mrd. EUR). Der Ausweis von Brutto-Gesamtkosten heißt, dass auch nichtstationäre Kosten, z. B. für Forschung und Lehre, Ambulanz oder Wahlleistungen, enthalten sind. Die Kostenermittlung nach dem Bruttoprinzip wird - wie bereits in den Jahren 1991 bis 1995 - seit 2002 wieder angewendet, in den Jahren 1996 bis 2001 wurden die Kosten dagegen als Netto-Gesamtkosten (ohne nichtstationäre Leistungen) ausgewiesen.

**Krankenhauskosten 2011 lagen mit 3,9 Mrd. EUR um 7,6 % höher als 2010.**

Ein vergleichsweise geringer Betrag der Brutto-Gesamtkosten entfiel auf die *Ausgaben in Zusammenhang mit Ausbildung*: Die Kosten für Personal und Sachaufwand der Ausbildungsstätten beliefen sich 2011 auf 27 Mio. EUR, für den Ausbildungsfonds wurden 39 Mio. EUR aufgewendet, das machte 0,7 bzw. 1,0 % der Brutto-Gesamtkosten aus. Der Ausbildungsfonds wird durch Einzahlungen aller Krankenhäuser gebildet, die angesammelten Mittel dienen der Finanzierung der Ausbildungsbudgets der 32 ausbildenden Krankenhäuser.

Über die Hälfte der Gesamtkosten wurde für das Krankenhauspersonal (2011: 2,138 Mrd. EUR / 2010: 2,031 Mrd. EUR) aufgewendet, die *Sachkosten* der Krankenhäuser (2011: 1,638 Mrd. EUR / 2010: 1,485 Mrd. EUR) hatten einen Anteil von etwas über 40 %. Im Vergleich zum Vorjahr waren 2011 um 5,2 % höhere *Personalkosten* zu verzeichnen, bei den Sachkosten lag die Steigerungsrate mit 10,3 % doppelt so hoch. Dadurch verschoben sich die Kostenanteile geringfügig mit einem etwas niedrigeren Personalkostenanteil (2011: 55,2 % / 2010: 56,4 %) und einem leicht gestiegenen Sachkostenanteil (2011: 42,3 % / 2010: 41,3 %). Aus den Daten der letzten Jahre ist eine kontinuierliche Entwicklung dieser veränderten Relationen abzulesen, 2002 lagen die Kostenanteile für Personal und Sachmittel noch bei 63,2 bzw. 35,5 % (vgl. GSI-Tabellen [11.4-1](#) und [11.4-3](#)).

**Personalkosten mit einem Anteil von 55 % größter Kostenfaktor.**

Die Verschiebung der Anteile hängt u. a. damit zusammen, dass in den Personalkosten ausschließlich die Kosten für *Personal* mit direktem Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus ausgewiesen sind, während die *Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestelltes Personal* (z. B. im Leasing-Verfahren eingesetzte Zeitarbeitskräfte, Personal für ausgelagerte Leistungen) unter Sachkosten verbucht werden. Das Krankenhauspersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis stellt zwar noch eine eher geringe Größe aller im Krankenhaus Tätigen dar (2011: 1.944 Vollzeitäquivalente), ist aber ein stark wachsendes Segment mit Steigerungsraten von 33 % und 23 % in den Jahren 2010 und 2011. Die Anteile der nicht direkt beim Krankenhaus Beschäftigten betragen bezogen auf die Zahl der Vollzeitäquivalente insgesamt in den Jahren 2009 bis 2011 jeweils drei, vier bzw. fünf Prozent, die Kosten wurden 2011 auf 424,6 Mio. EUR beziffert, damit lagen sie 16,9 % höher als 2010 (363,1 Mio. EUR) und machten 11 % (2010: 10 %) der Brutto-Gesamtkosten aus (vgl. Tabelle 4.2 sowie GSI-Tabellen [8.18z-2](#) und [8.18z-3](#)).

Die *Zahl der direkt beim Krankenhaus Beschäftigten* - umgerechnet auf Vollzeitäquivalente - wird hingegen seit Jahren beständig kleiner (2011: 36.194 / 2002: 42.052 Vollzeitäquivalente), was jedoch in den *Personalkosten* seit 2007 keinen Niederschlag mehr gefunden hat. Bis 2006 entstanden jährlich geringere Personalkosten, die sich 2006 (1,859 Mrd. EUR) gegenüber 2002 (2,071 Mrd. EUR) auf ein Minus von 10,2 % summierten; 2011 (2,138 Mrd. EUR) ergab sich wiederum eine Zunahme um 15,0 % gegenüber dem Jahr 2006 und um 3,2 % gegenüber dem Jahr 2002, was sich im Vergleich zum Zuwachs bei den Sachkosten (+40,8 %) und den Brutto-Gesamtkosten (+18,2 %) im gleichen Zeitraum allerdings noch bescheiden ausnahm.

**Steigende Personalkosten bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der Vollzeitäquivalente seit 2007.**

Tabelle 4.2:

Kosten für Personal ohne direktes und mit direktem Beschäftigungsverhältnis in den Krankenhäusern in Berlin 2009 - 2011

Jahr	Aufwendungen für nicht beim Krankenhaus angestelltes Personal		Aufwendungen für ausgelagerte Leistungen ("outsourcing")	Gesamtkosten für Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	Gesamtkosten für Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	Brutto-Gesamtkosten
	nichtärztlich	ärztlich				
in 1.000 EUR						
2011	86.699	37.941	299.937	424.577	2.137.817	3.873.529
2010	60.103	34.516	268.466	363.085	2.031.468	3.600.210
2009	35.342	15.587	.	.	1.997.040	3.508.877
Anteile in %						
2011	2,2	1,0	7,7	11,0	55,2	100,0
2010	1,7	1,0	7,5	10,1	56,4	100,0
2009	1,0	0,4	.	.	56,9	100,0
Veränderung zum Vorjahr in %						
2011	44,3	9,9	11,7	16,9	5,2	7,6
2010	70,1	121,4	.	.	1,7	2,6

(Datenquelle: StBA, KHStatV-Teil III: Kostennachweis / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die Berechnung *je Vollzeitäquivalent* ergab 2011 *durchschnittliche Personalkosten* von 59.065 EUR, gegenüber 2002 ein Plus von 18,5 %, davon war ein Drittel allein auf die Zunahme von 2010 zu 2011 (+6 %-Punkte) zurückzuführen. Die höchsten durchschnittlichen Personalkosten je Vollzeitäquivalent waren durchgängig in allen Jahren im *ärztlichen Dienst* zu verzeichnen, 2011 beliefen sie sich auf 99.300 EUR, gefolgt von den *Personalgruppen Sonderdienste* (80.144 EUR), *Verwaltungsdienst* (55.450 EUR) sowie *Funktionsdienst, medizinisch-technischer Dienst, technischer Dienst und Pflegedienst*, deren Kosten von 49.232 EUR bis 47.032 EUR reichten (vgl. GSI-Tabellen [8.18z-1](#) und [11.4-2](#)).

#### 4.2.3.2 Bereinigte Kosten der Krankenhäuser in Berlin und Deutschland

Um trotz unterschiedlicher Berechnungsgrundlagen (Brutto-Gesamtkosten 1991 - 1995 und seit 2002, Netto-Gesamtkosten 1996 - 2001) eine zeitliche und regionale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden die Kosten für die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen herangezogen, die sogenannten *bereinigten Kosten*. Sie ergeben sich aus der *Differenz zwischen den Gesamtkosten und den Abzügen* für nichtstationäre Leistungen wie wissenschaftliche Forschung und Lehre, Ambulanz, vor- und nachstationäre Behandlungen, Wahlleistungen und belegärztliche Leistungen.

Bei einem *Zeitvergleich der Krankenhauskosten* in Berlin seit 1991 ist zum einen zu berücksichtigen, dass die Umwidmung der Betten zur Langzeitpflege chronisch kranker Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus- in den Pflegebereich (1996/1997) einen erheblichen Rückgang der Bettenzahlen und damit auch der Behandlungsfälle und der Belegungstage zur Folge hatte, zum anderen, dass die bereinigten Kosten seit 2007 die seitdem von allen Krankenhäusern geleisteten Aufwendungen für den Ausbildungsfonds enthalten.

**Bereinigte Krankenhauskosten 2011 erreichen höchsten Wert seit 1991.**

Beides ist an der *Kostenentwicklung* abzulesen: 1991 wurden bereinigte Kosten in Höhe von 2,6 Mrd. EUR ausgewiesen; mit der Ausgliederung der Betten für chronisch kranke pflegebedürftige Menschen nahmen die bis 1995 um ein Drittel gestiegenen bereinigten Kosten (3,0 Mrd. EUR) allmählich wieder ab und pendelten sich in den Jahren 2002 bis 2007 bei etwa 2,7 Mrd. EUR (ca. 20 % über dem Wert von 1991) ein, um nach anschließendem erneuten Anwachsen im aktuellen Berichtsjahr 2011 mit 3,3 Mrd. EUR erstmals den bisherigen Spitzenwert von 1995 zu übertreffen. Damit lagen die Krankenhauskosten in Berlin 2011 um 45 % höher als zu Beginn des Kostennachweises gemäß der Krankenhausstatistik-Verordnung.

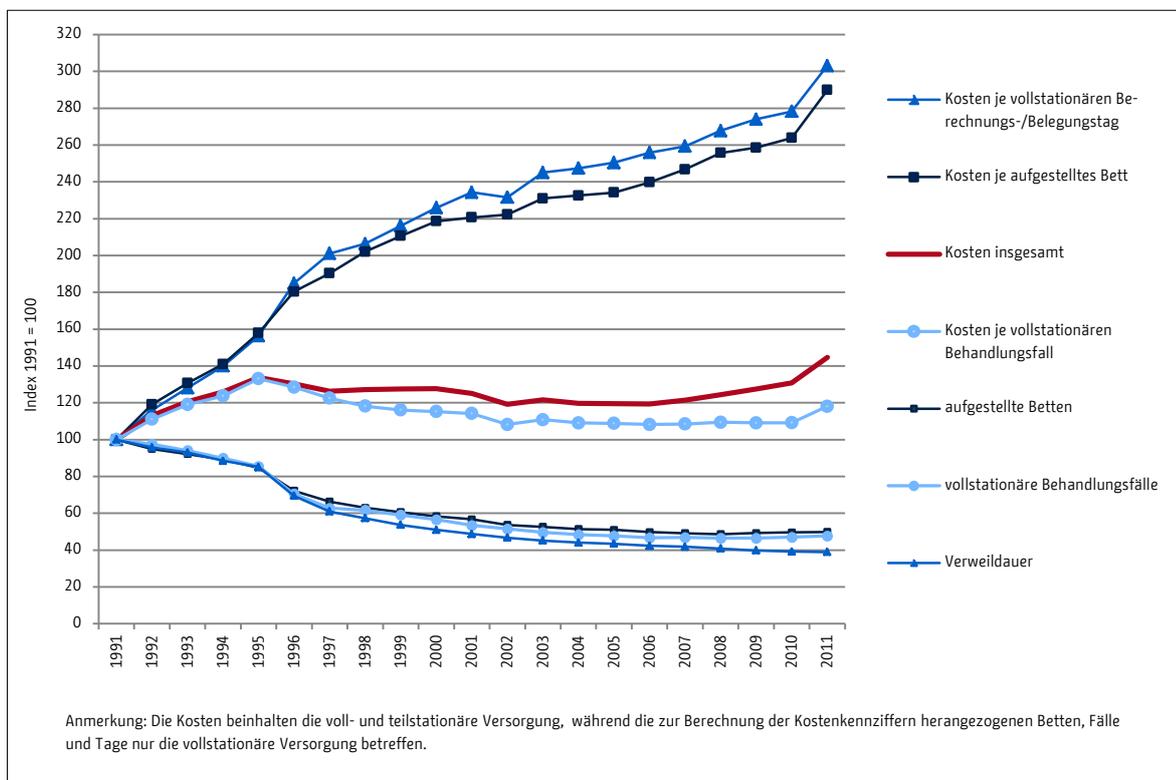
Um weitere vergleichbare Daten zu erhalten, werden auf der Grundlage der bereinigten *Kosten Kennziffern* gebildet, die die Kosten in Beziehung zum Krankenhausgeschehen setzen. Dabei ist zu beachten, dass die Krankenhauskosten sowohl die vollstationäre als auch die teilstationäre Behandlung beinhalten, während die zur Berechnung der Kennziffern herangezogenen Betten, Fälle und Tage nur die vollstationäre Versorgung betreffen.

Die Berechnung der *Kosten je Behandlungsfall* ergab für 2011 einen Durchschnittswert von 4.276 EUR; das bedeutete ein Plus von 18 % gegenüber 1991 (3.620 EUR) und auch ein deutlich höheres Niveau als in den Jahren 2002 bis 2010, in denen die durchschnittlichen Behandlungskosten je Fall zwischen 3.900 und 4.000 EUR betragen; der Spitzenwert von 1995 (4.818 EUR / +33 % gegenüber 1991) blieb 2011 jedoch noch weit unterschritten.

Ein ganz anderes Bild zeigt sich bei den *durchschnittlichen Kosten je Berechnungs- und Belegungstag* und *je aufgestelltes Krankenhausbett*. Während die Krankenhäuser 2011 nur noch halb so viele Betten bereithielten wie 1991, sind die Kosten je Bett in diesem Zeitraum nahezu auf das Dreifache angestiegen (1991: 57.175 EUR / 2011: 165.705 EUR). Bei den Kosten je Berechnungs- und Behandlungstag ist ein ähnlicher Verlauf zu beobachten: Mit durchschnittlich 551 EUR je Tag liegt die Kennziffer sogar etwas über dem dreifachen Wert von 1991 (182 EUR). Die enormen Steigerungsraten sind im Zusammenhang mit Bettenabbau und immer kürzeren Liegezeiten, in den letzten Jahren auch mit der stufenweise eingeführten neuen Betriebskostenabrechnung nach dem Fallpauschalen-Vergütungssystem (G-DRG-System) zu sehen (vgl. Abbildung 4.3 sowie GSI-Tabellen [11.4-4](#) und [11.6-1](#)).

**Abbildung 4.3:**

**Bereinigte Kosten insgesamt und nach Kostenkennziffern, Betten- und Fallzahl sowie Verweildauer in den Krankenhäusern in Berlin 1991 - 2011**  
- Index 1991 = 100

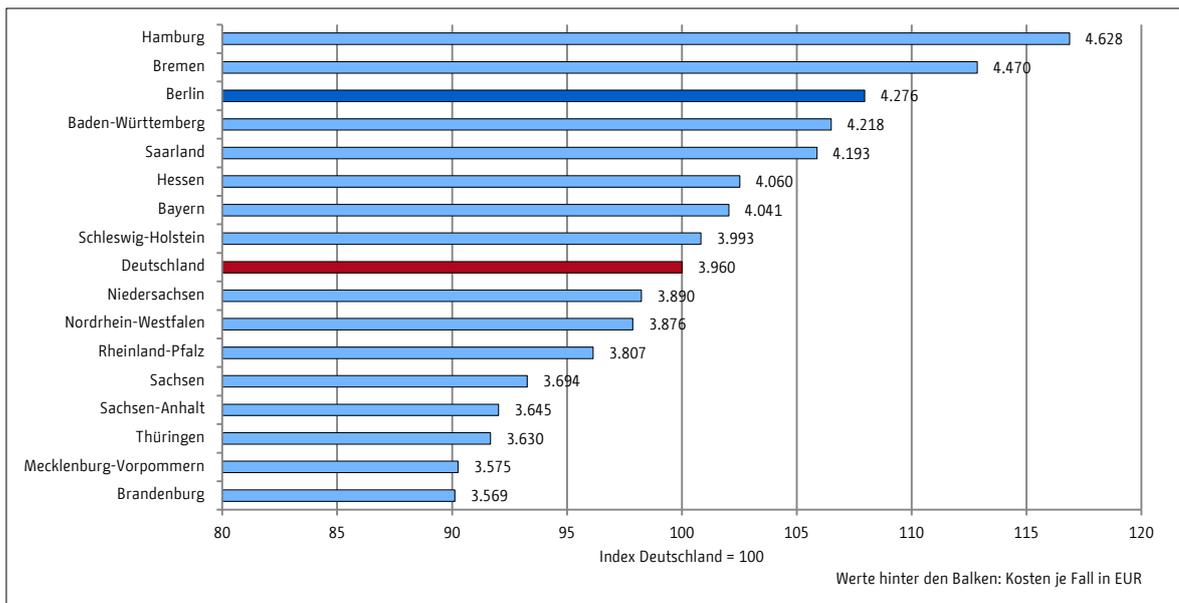


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil III: Kostennachweis / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die *Krankenhauskosten in den einzelnen Bundesländern* unterscheiden sich sehr voneinander, was u. a. in unterschiedlichen Versorgungsangeboten und dem jeweiligen Krankheitsspektrum der behandelten Patientinnen und Patienten begründet liegt.

Die Spannbreiten reichen 2011 bei den *durchschnittlichen Kosten je Bett* von 176.849 EUR in Hamburg bis 127.503 EUR in Thüringen (22 % über bzw. 12 % unter dem Durchschnittswert in Deutschland), bei den *Kosten je Fall* von 4.628 EUR in Hamburg bis 3.569 EUR in Brandenburg (17 % über bzw. 10 % unter dem Bundesdurchschnittswert) und bei den *Kosten je Berechnungs- und Belegungstag* von 607 EUR in Bremen bis 439 EUR in Brandenburg (18 % über bzw. 14 % unter dem Bundesdurchschnittswert). Berlin ist in der *Rangfolge der Bundesländer* mit Kosten von 4.276 EUR je Fall bzw. von 551 EUR je Tag jeweils auf dem dritten Platz hinter Hamburg und Bremen zu finden und mit 165.705 EUR je Krankenhausbett auf dem vierten Platz hinter Hamburg, Bremen und dem Saarland (vgl. Abbildung 4.4 und GSI-Tabelle [11.5z-1](#)).

**Abbildung 4.4:**  
Durchschnittliche bereinigte Krankenhauskosten je Behandlungsfall in Deutschland 2011 nach Bundesländern (Index Deutschland = 100)



(Datenquelle: StBA, KHStatV-Teil III: Kostennachweis / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

## 4.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst und weitere ausgewählte Einrichtungen/Versorgungssysteme des Gesundheitswesens

### 4.3.1 Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst

Bei der Auswertung der Ergebnisse der *Personalbestandserhebung im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)* des Landes Berlin mit Stand vom 30.06.2012 ergeben sich insbesondere in den Qualifikationen der Fachärztinnen/Fachärzte, der Ärztinnen/Ärzte, der Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, der Therapeutinnen/Therapeuten, der Diplom-Psychologinnen/Diplom-Psychologen sowie der Arzthelferinnen/Arzthelfer in den einzelnen Bereichen *erhebliche Personalengpässe*.

**Personalbestand des ÖGD weist ein Defizit von 265 Vollzeitäquivalenten auf.**

Zur Umsetzung des Anspruchs der Bürgerinnen und Bürger des Landes Berlin auf einen funktionierenden ÖGD ist es dringend geboten, den ÖGD personell gemäß der *durch den Senat am 31. Mai 2009 beschlossenen Zielzahl* (Drs. Nr. 16/1051, Rote Nr. 0887 ff.) auszustatten und bis zur Erreichung der Sollausstattung bezirkliche Einsparungen nicht in den Gesundheitsämtern vorzunehmen. Gemessen an der Zielzahl für den ÖGD bis 2013 bestand im Vergleich zum Ist per 30.06.2012 ein Defizit von ca. 265 Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Dies machte etwa 16 % der Sollstellenzahl aus (vgl. Tabelle 4.3 und GSI-Tabelle [8.26-1](#)).