

## 6. Einrichtungen des Gesundheitswesens

### 6.1 Ausgewählte Schwerpunkte

...

#### 6.1.7 Stationäre medizinische Versorgung - Krankenhausplanung

##### *Umsetzung der Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans*

Verbindlichkeit gegenüber den Krankenhäusern erlangt der Krankenhausplan durch so genannte *Feststellungsbescheide*, die von der Planungsbehörde für die Krankenhäuser zu erteilen sind. Alle Feststellungsbescheide wurden bis Mitte des Jahres 2007 erlassen. Dabei blieben Festlegungen in einigen Bescheiden strittig, die infolge noch einer gerichtlichen Klärung bedürfen. Bei der Bescheiderteilung musste darüber hinaus in einigen Fällen von den Festlegungen der Fortschreibung 2006 abgewichen werden.

Für die Vivantes Klinika war in der Fortschreibung 2006 des Krankenhausplans eine weitere Kapazitätsreduzierung um ca. 390 Betten bis zum Jahr 2008 angekündigt worden. Zum Zeitpunkt der Planerstellung konnten diese Bettenrücknahmen noch nicht konkret unterlegt werden. Für das Fachgebiet Urologie wurde jedoch bereits eine weitere Reduzierung der urologischen Betten von 193 auf 175 festgelegt.

Bei mehreren Krankenhäusern wurde - wie im Plan angekündigt - im Vorfeld der Bescheiderteilung eine Überprüfung der *Leistungsentwicklung* anhand aktueller Daten in bestimmten Fachdisziplinen vorgenommen. Im Ergebnis erfolgte für die DRK Kliniken Berlin-Mitte der Ausweis einer Fachabteilung in der Subdisziplin Thoraxchirurgie (ohne Bettenzahlfestlegung) und für das Jüdische Krankenhaus der Ausweis eines Versorgungsauftrages für Gefäßmedizin.

Des Weiteren wird mit der Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans die Möglichkeit offen gehalten, auf Veränderungen in der Leistungsentwicklung bestimmter Krankenhäuser mit einer (standortbezogenen) Einzelfortschreibung des Krankenhausplans zeitnah zu reagieren.

Krankenhausplan  
bietet Möglichkeit der  
Einzelfortschreibung

Die mit der Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans begonnene Veröffentlichung von *Transparenzinformationen* zu Fallzahlen operativer Krebsbehandlungen in Berliner Krankenhäusern auf Grundlage der InEK-Daten wird jährlich fortgeschrieben und ist unter <http://www.berlin.de/sen/gesundheits/sonstiges/index.html#dokumente> zugänglich. Veröffentlichungen weiterer Transparenzinformationen für andere Versorgungsleistungen sind künftig vorgesehen.

Im Ergebnis der Erörterungen im Krankenhausbeirat sowie weiterer Gespräche mit den unmittelbar an der stationären Versorgung Beteiligten wurde entschieden, die vorgesehene *Gültigkeitsdauer des aktuellen Krankenhausplans* um ein Jahr zu verlängern. Damit wird gewährleistet, dass sich Planungsmethodik und Planungsverfahren an der ab 2009 wirksam werdenden bundesrechtlichen Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens zu Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung orientieren können. Die Eckpunkte des neuen rechtlichen Rahmens sind gegenwärtig noch nicht geklärt.

Bereits erkannter und kurzfristig notwendiger Änderungsbedarf bei der stationären Versorgung wird weiter bis zur Vorlage eines neuen Krankenhausplans auf dem Weg der Einzelfortschreibung der aktuellen Krankenhausplanung umgesetzt werden. Die Bedarfsprognose der Fortschreibung 2006 hat dabei weiterhin Gültigkeit.

Bis zum Ende des laufenden Jahres sollte zu den Grundzügen des Krankenhausplans 2010 Klarheit gewonnen werden. Die Diskussion zu einem neuen Krankenhausplan, der ab dem Jahr 2010 gelten soll, wird in den nächsten Monaten im Krankenhausbeirat eröffnet.

### **Das Versorgungsangebot der Krankenhäuser Berlins am 31.12.2007**

6,52 Betten je 1.000 Einwohner in Berliner Krankenhäusern

Zum Stichtag 31.12.2007 wurden im Land Berlin 82 *Krankenhäuser* (bzw. Einrichtungen) mit insgesamt 21.872 *Betten* (darunter 18.268 im somatischen Bereich) betrieben. Das entspricht einem Versorgungsangebot von 6,52 Betten je 1.000 Einwohner (vgl. Tabelle 6.2.12). Die Differenz zwischen der Zahl der Krankenhäuser und der in Tabelle 6.2.11 ausgewiesenen Einrichtungszahl erklärt sich durch die Doppelzählung des Deutschen Herzzentrums Berlin, der Augenklinik Marzahn, der Diabetes Spezialklinik, der Klinik für MIC, des DRK Parksanatoriums Dahlem, der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk und der Westklinik Dahlem mit jeweils einem in den Krankenhausplan sowie einem nicht in den Krankenhausplan aufgenommenen Teil.

In den *Krankenhausplan aufgenommen* sind 49 Krankenhäuser. Die Zahl der außerhalb des Krankenhausplanes betriebenen Krankenhäuser reduzierte sich durch Aufnahme der Augenklinik Ringcenter in den Krankenhausplan um eine Einrichtung auf insgesamt 38 Einrichtungen.

Auf Einrichtungen, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind, entfielen zum Stichtag 31.12.2007 546 Betten (ohne Sonderkrankenhäuser).

Die Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten wurde im Berichtszeitraum um 167 von 20.932 auf 20.765 Betten reduziert (Stand 31.12.2006 bzw. 31.12.2007).

Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten - gegliedert nach *Trägerbereichen* - stellten sich am 31.12.2006 und am 31.12.2007 wie in Tabelle 6.7 aufgeführt dar (vgl. auch Tabelle 6.2.11).

Die Anteile der einzelnen Trägerbereiche sind bis auf geringfügige Verschiebungen vom privaten Sektor hin zu den anderen Sektoren unverändert geblieben. Seit einigen Jahren sind keine wesentlichen Verschiebungen bei den Trägeranteilen mehr feststellbar.

Die gravierenden Veränderungen in der Krankenhauslandschaft, die in der Vergangenheit zu einer drastischen Abnahme des Anteils der Betten in öffentlicher Trägerschaft führten, haben sich bereits in den Jahren 1990 bis 2001 vollzogen. Dieses ist in Abbildung 6.10 dargestellt.

### **Geriatrische Versorgung im Krankenhaus**

Als einziges Bundesland hatte Berlin (West) in der Nachkriegszeit sogenannte *Chronikerabteilungen* aufgebaut. Parallel entwickelte sich in den 80er Jahren bundesweit - und zaghaft auch in Berlin - die neue Fachrichtung „Klinische Geriatrie“ als Subdisziplin der Inneren Medizin.

Das im Juli 1992 beschlossene *Geriatric-Rahmenkonzept* sowie die aus dem Krankenhausplan 1993 folgende Konkretisierung der Geriatricplanung hatten die Aufgabe, die ambulante und stationäre Versorgung für ältere Menschen in Berlin zu verbessern. Bis heute gelten hierbei zwei Grundsätze:

- Prävention und Rehabilitation vor Pflege,
- ambulant vor stationär.

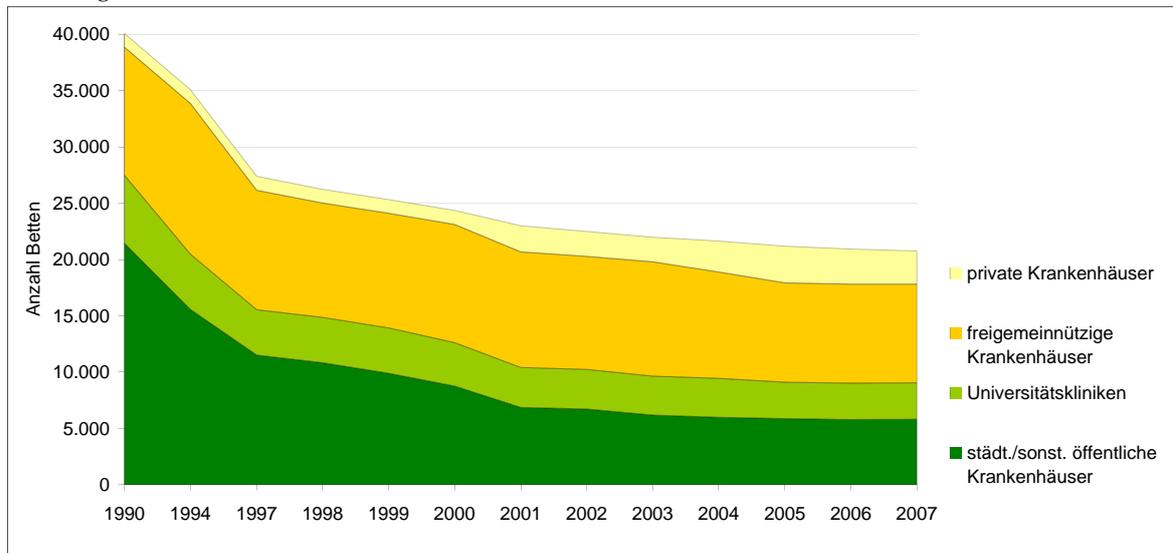
**Tabelle 6.7:**

**In den Krankenhausplan aufgenommene Betten in Berlin am 31.12.2006 und 31.12.2007 nach Trägerbereichen**

Trägerbereich	Krankenhausplanbetten			
	am 31.12.2006		am 31.12.2007	
	absolut	%	absolut	%
freigemeinnützig	8.789	42,0	8.807	42,4
öffentlich (ohne universitär)	5.797	27,7	5.825	28,1
privat	3.133	15,0	2.920	14,1
universitär	3.213	15,3	3.213	15,5
<b>insgesamt</b>	<b>20.932</b>	<b>100,0</b>	<b>20.765</b>	<b>100,0</b>

(Datenquelle: SenGesUmV Berlin / Berechnung: SenGesUmV - I F -)

**Abbildung 6.10:**  
**Entwicklung der ordnungsbehördlich genehmigten Betten in Plankrankenhäusern 1990 bis 2007 (Stand: 31.12.)**  
**nach Trägerbereichen**



(Datenquelle und Darstellung: SenGesUmV - I F -)

Um diese beiden Grundsätze umzusetzen, ist ein sehr breites und ausdifferenziertes Angebot an Diensten und Einrichtungen erforderlich, das älteren Menschen bei Einschränkungen und Beeinträchtigungen zur Verfügung steht. Krankenhäuser bilden ein Glied dieser Versorgungskette.

Die Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung im Jahr 1996 ermöglichte in Berlin eine grundlegende Neusortierung der stationären Chroniker-Angebote (vgl. auch Tabelle 6.2.14) in geriatrische Krankenhausabteilungen und stationäre Pflegeeinrichtungen. Geriatrische Abteilungen wurden mit der Zielsetzung aufgebaut, die wohnortnahe, fachspezifische Krankenhausbehandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, wobei in Berlin von Anfang an den rehabilitativen Aspekten in der Behandlung große Bedeutung beigemessen wurde. Im Krankenhausplan 1999 folgten Detailveränderungen.

Neusortierung 1996 in geriatrische Krankenhausabteilungen und stationäre Pflegeeinrichtungen

Die Etablierungsphase war nach eigenem Bekunden der Krankenhausgeriater noch nicht abgeschlossen, als in Deutschland das *pauschalierte Entgeltsystem für somatische Fachdisziplinen* auf der Basis so genannter Diagnosis Related Groups (DRG) eingeführt wurde. Nach einer freiwilligen Einführungsphase ist das neue System seit 2004 für alle Krankenhäuser Pflicht. Allgemeine Erwartungen an das System sind u. a.:

- eine Verkürzung der Liegezeiten (Verweildauern) im Krankenhaus,
- eine leistungsorientierte Vergütung in den Krankenhäusern nach dem Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“,
- eine Stärkung der Qualität der Leistung durch größere Vergleichbarkeit der Häuser untereinander, denn Wettbewerbsvorteile vor Konkurrenten lassen sich nach Abschluss der DRG-Einführungsphase nicht mehr über den Preis sondern nur über bessere Leistung erzielen.

Dabei wurde das DRG-System als sogenanntes „lernendes System“ begonnen, in dem jährliche Anpassungen auf Basis der Behandlungs- und Kostendaten stattfinden.

Weitere *Unwägbarkeiten für die Weiterentwicklung* der stationär-geriatrischen Versorgung in Berlin ergaben sich aufgrund der demografischen Entwicklung. Dies verdeutlichen folgende Fragen:

- Trifft die allgemeine Kürzung der Verweildauern auch auf die Geriatrie zu? Oder sind klinisch-geriatrische Leistungen aufgrund bestimmter Prozedurvorgaben z. B. über Anzahl von Therapieeinheiten nur sehr begrenzt überhaupt reduzierbar?

- Kompensiert die demografische Entwicklung die durch Verweildauerverkürzung freiwerdenden Kapazitäten? Reichen diese Kapazitäten aus oder werden künftig weitaus mehr Kapazitäten benötigt?
- Werden geriatrische Leistungen im DRG-System richtig abgebildet? Wird Geriatrie ein Zuschussgeschäft für die Krankenhäuser, was zwangsläufig zu einem Absterben dieser jungen Fachdisziplin führt?

Fachtagung 2004:  
Keine grundlegende  
Umgestaltung der  
Klinischen Geriatrie  
in Berlin erforderlich

Bei der Fortschreibung 2003 des Krankenhausplans 1999 wurde die *Weiterentwicklung der Klinischen Geriatrie daher explizit ausgeklammert*. Im Januar 2004 veranstaltete die Senatsgesundheitsverwaltung eine Fachtagung zur Weiterentwicklung der stationären geriatrischen Strukturen in Berlin. Ziel der Tagung war es herauszufinden, ob die geriatrische Versorgung im Krankenhaus vor dem Hintergrund der DRG-Einführung künftig grundlegend anders strukturiert werden muss und wie sie weiterhin qualitativ hochwertig angeboten werden kann. Im Ergebnis dieser Fachtagung zeigte sich, dass die Einbindung der Klinischen Geriatrie ins Krankenhausspektrum auch künftig finanzierbar ist und Berlin deshalb das Versorgungsangebot nicht grundlegend umgestalten muss. Eine losgelöste Teilfortschreibung zur Geriatrie, wie sie mit der Fortschreibung 2003 des Krankenhausplans 1999 angedacht worden war, sahen sowohl die an der Fachtagung Teilnehmenden als auch der Krankenhausbeirat als nicht zielführend und notwendig an.

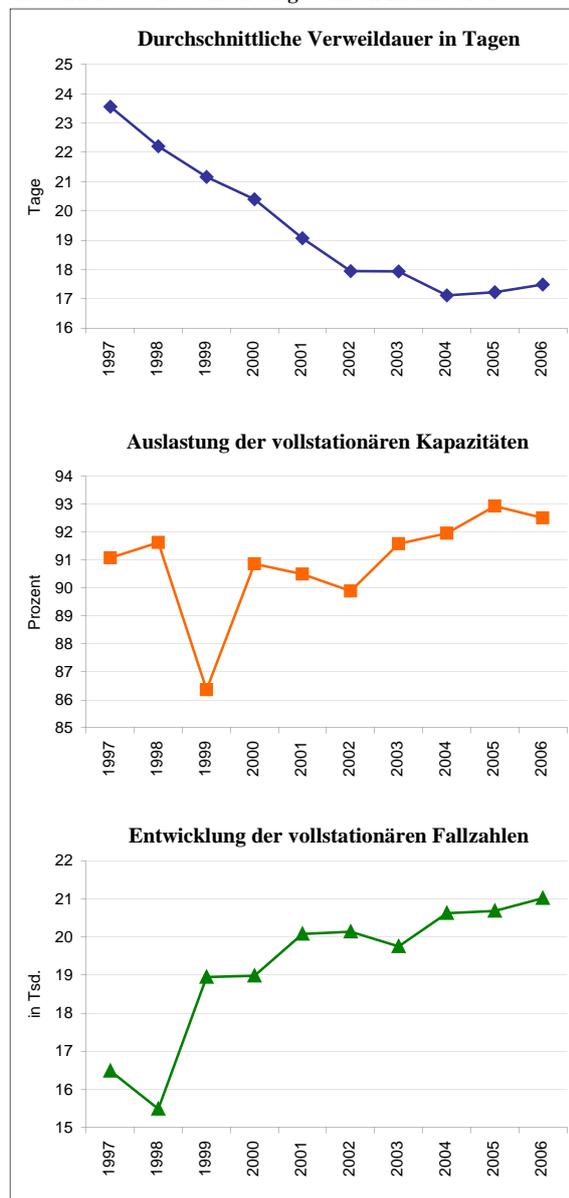
Auf der Basis von Empfehlungen des Krankenhausbeirates beschloss der Senat auch mit der Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans, vorerst *noch keine zusätzlichen geriatrischen Angebote* aufzubauen und zunächst die weitere Entwicklung zu beobachten. Gleichzeitig wurde den Häusern die Möglichkeit eingeräumt, eigenverantwortlich vorhandene geriatrische Kapazitäten innerhalb der gleichbleibenden Gesamtkapazität um  $\pm 10$  Prozent zu verändern, um auf Bedarfsänderungen selbst reagieren zu können. Bereits geplante und begonnene Baumaßnahmen sollten fertiggestellt werden.

Für die künftige *Erweiterung klinisch-geriatrischer Kapazitäten* wurden folgende *Kriterien* festgelegt:

Für die Kapazitätserhöhung sind Standorte zu bevorzugen, an denen aufgrund der Umwidmung bestehender anderer Kapazitäten keine Investitionen erforderlich sind. Vorrang haben Standorte, an denen bereits ein geriatrisches Angebot vorhanden ist.

- Keine Kapazitätserhöhungen an geriatrischen Solitärkrankenhäusern, da diese zwangsläufig eine Erweiterung der Gesamtkapazitäten und damit des Budgets der Häuser zur Folge hätten.

**Abbildung 6.11:**  
Entwicklung der Klinischen Geriatrie in Berliner Krankenhäusern 1997 - 2006 nach ausgewählten Indikatoren



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - 1 F -)

- Neue Solitärstandorte für Klinische Geriatrie sollen nicht entstehen.

Nach den Entwicklungen der vergangenen Jahre (vgl. auch Tabellen 6.2.18 und 7.2.44 - 7.2.46 sowie im Nachtrag zum Basisbericht 2008 Tabellen 6.2.5 und 7.2.5 - 7.2.7) wird nunmehr von folgenden Annahmen ausgegangen (vgl. Abbildung 6.11):

- Das *Fachgebiet Klinische Geriatrie ist etabliert*. Die Finanzierung der Leistungen im DRG-System ist zunehmend adäquat abgebildet.
- Die *Kürzung der Liegezeiten* in der Geriatrie hat vermutlich einen Abschluss erreicht. Mit weiteren nennenswerten Veränderungen ist vorerst nicht zu rechnen.
- Die vorhandenen Angebote sind in den letzten Jahren kontinuierlich *hoch ausgelastet*. Angesichts der Verweildauerlänge ist hierbei eine Normauslastung von 90 Prozent angesetzt.
- Die *Fallzahlen steigen* seit Jahren kontinuierlich.

Insgesamt deuten diese Daten auf eine mittlerweile gefestigte und kontinuierliche Entwicklung hin, so dass krankenhauplanerische *Entscheidungen zur Weiterentwicklung des Fachgebietes auf einer stabilen Datengrundlage* getroffen werden können. Diese werden im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der gesamten Krankenhausplanung in Berlin zu diskutieren sein.