



**Dokumentation des Work-**  
**shops:**

**Der neue  
Berliner Kranken-**  
**hausplan**

vom 6. Dezember 2012



## **Impressum:**

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Oranienstraße 106, 10969 Berlin

unterstützt durch das

Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital  
c/o TSB Innovationsagentur Berlin GmbH, Fasanenstr.85 10623 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung:  
AGENON – Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen  
mbH

© Alle Rechte vorbehalten – Januar 2013

---

*Dieses Vorhaben/Projekt der TSB Innovationsagentur Berlin GmbH wird über die Investitionsbank Berlin mit Mitteln der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Forschung gefördert.*

Senatsverwaltung  
für Wirtschaft, Technologie  
und Forschung

**be**  **Berlin**

Dokumentation und Zusammenfassung der Ergebnisse des Workshops

## **Der neue Berliner Krankenhausplan**

Datum: 6. Dezember 2012  
Zeit: 14:00 bis 19:00 Uhr  
Ort: Haus der Land- und Ernährungswirtschaft  
Claire-Waldorff-Straße 7  
10117 Berlin

Veranstalter: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales  
in Zusammenarbeit mit Health Capital Berlin Brandenburg



# Inhalt

<b>Einführungen</b>	.....	<b>Seite 7</b>
Prof. Dr. Dr. h.c. Günter Stock, Präsident der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften .....		Seite 7
Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales .....		Seite 8
<b>Block I</b>	<b>Erwartungen von Kostenträgern und Leistungserbringern an den nächsten Krankenhausplan .....</b>	<b>Seite 10</b>
Dr. Anke-Britt Möhr	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse Geschäftsführerin Stationäre Versorgung.....	Seite 10
Gabriela Leyh,	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Leiterin der Landesvertretung Berlin/Brandenburg Thema: Erwartungen der Krankenkassen .....	Seite 11
Brit Ismer,	Vorsitzende der Berliner Krankenhausgesellschaft Thema: Erwartungen der Leistungserbringer .....	Seite 13
Uwe Slama	Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft Thema: Erwartungen der Leistungserbringer .....	Seite 13
Podiumsdiskussion	.....	Seite 15
<b>Block II:</b>	<b>Neue Wege der Krankenhausplanung .....</b>	<b>Seite 17</b>
Hildegard Esser	Land Hamburg, Abteilungsleiterin im Amt für Gesundheit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Thema: Sicherstellung der stationären Versorgungsqualität.....	Seite 17
Thomas Barta	Land Brandenburg, Abteilungsleiter im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Thema: Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung in der Region Berlin- Brandenburg.....	Seite 19
Dr. Maren Bedau,	Fachanwältin für Medizinrecht Thema: Gestaltungsspielräume bei der Krankenhausplanung aus rechtlicher Sicht .....	Seite 21
Nachfragen/Diskussion	.....	Seite 22

---

<b>Block III:</b>	<b>Erwartungen von Patienten und Patientinnen .....</b>	<b>Seite 25</b>
Karin Stötzner	Patientenbeauftragte Berlin .....	Seite 25
<b>Erwartungen aus Sicht der Abgeordnetenhausfraktionen .....</b>		<b>Seite 27</b>
Dr. Wolfgang Albers,	Mitglied im Abgeordnetenhaus, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion Die Linke .....	Seite 27
Heiko Thomas,	Mitglied im Abgeordnetenhaus, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen .....	Seite 28
Thomas Isenberg,	Mitglied im Abgeordnetenhaus, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion der SPD .....	Seite 29
Simon Kowalewski,	Mitglied im Abgeordnetenhaus, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion Die Piraten .....	Seite 30
Gottfried Ludewig,	Mitglied im Abgeordnetenhaus, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion der CDU .....	Seite 30
<b>Abschlussdiskussion mit dem Auditorium.....</b>		<b>Seite 32</b>

## Einführungen

### Prof. Dr. Dr. h.c. Günter Stock, Präsident der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften

In Berlin und Brandenburg besteht die beneidenswerte Situation eines sehr hohen Versorgungsniveaus. Alles was wir tun, muss so erfolgen, dass der rasante medizinische Fortschritt rechtzeitig und auch zu kostengünstigen Bedingungen in der medizinischen Versorgung zur Verfügung steht. Auch vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass die folgende Diskussion auch mit Blick auf Fragen der Qualität und der Qualitätssicherung geführt werden sollte.



Wir werden uns in Zukunft auch stärker um Themen wie Prävention statt nur um die klassische Rehabilitation kümmern müssen. Dabei stellt sich die Herausforderung, die Kette der Versorgung von der Prävention bis hin zur Rehabilitation zu gestalten.

Als Frage stellt sich ferner, ob die Incentive-Systeme so gestaltet sind, dass die Leistungen, die erbracht werden *könnten*, auch dort erbracht werden, wo sie benötigt werden.

Da die Debatte mit der heutigen Veranstaltung so frühzeitig beginnt, besteht breiter Raum und auch Zeit, über die zukünftige Gestaltung der Krankenhausplanung so nachzudenken, dass am Ende eine Versorgungslandschaft besteht, wie wir sie uns auch wünschen würden.

Wir müssen auch mehr über kooperative Formen der Versorgung und Verbünde nachdenken und weniger über Abgrenzungsfragen. Kooperation ist sicherlich ein Gebot der Stunde. Hier stellt sich die Herausforderung einer Verantwortungsgemeinschaft für die gemeinsame Gestaltung des Versorgungssystems.

Das Thema „Altersmedizin“ ist für Berlin nicht nur eine Verpflichtung, sondern auch eine große Chance angesichts der Ausstattung, über die Berlin für die medizinische Versorgung verfügt.

Es bestehen insbesondere drei Fragen, die nachfolgend angesprochen werden sollten:

- Wo bestehen aktuell Qualitätsdefizite, wo werden sie gesehen?
- Welche Bestandteile bzw. Ansätze der Krankenhausplanung sollen weitergeführt werden, was soll verändert werden? In diesem Kontext wäre auch anzusprechen, wie der Dialog zwischen Berlin und Brandenburg noch intensiver geführt werden kann.
- Und: Wie ist die universitäre Medizin in diesem Kontext zu bewerten und wie ist sie künftig einzubinden, auch mit Blick auf die Versorgungsregion Berlin-Brandenburg?

Zum Ende dieses Workshops wäre eine Bewertung wünschenswert, wie die nunmehr gewählte Dialogform bewertet wird und in welcher Form, zu welchen Themen und in welchem Kreis Vertiefungsgespräche angeregt werden.

## Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales

Die Berliner Krankenhauslandschaft hat in den zurückliegenden 20 Jahren tiefgreifende strukturelle Veränderungen *erfahren*. Ausgehend von einer hohen Anzahl von Krankenhäusern und Krankenhausbetten sowohl im West- als auch im Ostteil der Stadt wurden 20.000 Betten, darunter 6.000 so genannte Chronikerbetten, abgebaut bzw. umgewandelt. Der Standort Buch wurde tiefgreifend umgestaltet und die kommunalen Kliniken wurden unter dem Dach Vivantes zusammengefasst.

Die Berliner Krankenhäuser haben die Umstellung auf das DRG-System gemeistert. Krankenhäuser erzielen heute verstärkt positive Ergebnisse. Während in der Vergangenheit noch 40 Prozent der Häuser in wirtschaftlichen Schwierigkeiten waren, sind es heute weniger als 20 Prozent. Beim Landesbasisfallwert ist ein dem Bund vergleichbares Niveau erreicht.

An der erfolgreichen Gestaltung dieses Prozesses waren Krankenhausplanung und Krankenhausförderung maßgeblich beteiligt. 2010 wurden erstmals in den Bereichen Geriatrie und Psychiatrie wieder neue Betten in den Plan aufgenommen.

Die Krankenhausversorgung in Berlin erfolgt auf hohem Niveau. Auch die Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser bei ambulanten Notfällen zeigt das hohe Vertrauen der Bevölkerung in die Berliner Krankenhausversorgung.



Gleichzeitig ist eine hohe Leistungsverdichtung festzustellen, die mit dazu führt, dass Beschäftigte im Bereich der Pflege heute doppelt so viele Patienten betreuen und versorgen müssen, als noch vor zehn Jahren.

Nur über Wachstum scheint heute noch eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser möglich zu sein. Der Kostendruck führt zu einem Anstieg von Fällen und Case Mix und es stellt sich die Frage, welche Auswirkungen das auf die Entscheidung hat, ob ein Patient aufgenommen wird, oder nicht.

Eng im Zusammenhang damit stehen auch die Bestrebungen, die Leistungsangebote auszuweiten. Beispiele bilden die Etablierung neuer Brustzentren, neue Abteilungen für Orthopädie/Unfallchirurgie oder auch die Entwicklungen in der Kardiologie, der Gefäßmedizin und der Strahlentherapie.

Die Ausprägung von Leistungsschwerpunkten im Verdrängungswettbewerb liegt nicht unbedingt im Interesse der Planung, und es ergeben sich Konflikte mit den Grundsätzen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bspw. in Bezug auf die Trägerpluralität oder auch die Gewährleistung einer Krankenhausversorgung zu sozial tragbaren Kosten.

Der Workshop soll dabei helfen, Schwerpunkte herauszukristallisieren, wo sich die Berliner Krankenhausplanung weiterentwickeln sollte, wie positive Entwicklungen gestärkt und wie weniger Erwünschtes vermieden werden kann.

Im Fokus sollte dabei die Qualität der Versorgung stehen. Hierbei stellen sich folgende Fragen:

- Gibt es neben der Vorgabe des Facharztstandards weitere Bereiche und Möglichkeiten für Vorgaben zur Personalausstattung, bspw. im Bereich der Intensivpflege?



- Sollte zunehmend die Zertifizierung bestimmter Leistungsschwerpunkte Voraussetzung für den Ausweis im Krankenhausplan sein?
- Welche Unterschiede und welche Vor- und Nachteile bestehen hinsichtlich einer Detail- und einer Rahmenplanung? Wo muss eine hohe Detailgenauigkeit erreicht werden? Sollen bisherige Regelungsgrößen, wie Subdisziplinen, weiterhin zentrale Stellgrößen im Krankenhausplan sein?
- Wie kann der ökonomischen Interessensteuerung auch mit Mitteln und Instrumenten der Krankenhausplanung sinnvoll begegnet werden? Wo sind die Grenzen des Wachstums von Fällen und Betten?
- Wo sollen Ansätze der Integrierten Versorgung gestärkt und wie können insbesondere Möglichkeiten berücksichtigt werden, die Versorgung von Demenzkranken zu verbessern?
- Wie begegnen wir der demografisch bedingten Herausforderung im Bereich der Geriatrie? Ist ein ganzheitliches geriatrisches Versorgungskonzept hilfreich, wie es bspw. von der Ärztekammer erarbeitet worden ist? Wie können wir das sinnvoll im Rahmen der Krankenhausplanung berücksichtigen?
- Schließlich erscheint auch das Entlassungsmanagement weiter verbesserungsbedürftig.

Noch sind „Betten“ die entscheidende Planungsgröße. Sollte nicht auch geprüft werden, ob hier eine Neuorientierung angezeigt ist?

Im Weiteren werde ich Verfahrensvorschläge dazu unterbreiten, wie über Arbeitsgruppen auch über den sog. Fachausschuss hinaus die aufgeworfenen und im Rahmen des Workshops diskutierten Fragen und Ansätze weiter bearbeitet werden können.

## Block I

### Erwartungen von Kostenträgern und Leistungserbringern an den nächsten Krankenhausplan



#### Dr. Anke-Britt Möhr AOK Nordost – Die Gesundheitskasse Geschäftsführerin Stationäre Versorgung



Die duale Finanzierung ist ein Auslaufmodell, der Ruf nach einer grundsätzlichen Reform wird immer lauter.

Schreibt man die Entwicklung der vom Land Berlin bereitgestellten Investitionsmittel fort, wird in ca. zehn Jahren die Nulllinie erreicht. Die Diskussion um die Investitionsverteilungsmechanismen erscheint vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Situation als Scheindiskussion.

Das DRG-System erweist sich unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen als einer der Treiber von Fallzahl- und Case Mix- und damit der Ausgabenentwicklung.

Unter den gegenwärtigen Rahmenseetzungen besteht ein grundlegender Zielkonflikt zwischen dem Bestreben der Senatsverwaltung einerseits, die Planung aus einer detaillierenden Tiefe auf eine Rahmenplanung zurückzunehmen, und zugleich aber andererseits, die Entwicklung von Mengen und Ausgaben in einem sinnvollen Rahmen zu halten.

Aufgabe der Krankenhausplanung muss es sein, eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Die Qualität kann derzeit nur mit wenigen Instrumenten erhalten und noch mehr in den Mittelpunkt gestellt werden.

Dem Ausweis von Subdisziplinen kommt dabei große Bedeutung zu. Dieser Ausweis muss an vorher definierte Qualitätskriterien gekoppelt sein (wie z.B. strukturelle Anforderungen), deren zwingende Einhaltung dann aber sichergestellt werden muss.

Sowohl der Krankenhausplan als auch die Feststellungsbescheide, die diesen umsetzen, müssen in jedem Fall abschließend und rechtssicher sein, um für alle Beteiligten Planungssicherheit zu gewährleisten. Momentan fehlen den Krankenkassen die Instrumente, die Spielräume, die den Krankenhäusern von der Krankenhausplanung gelassen werden - und die in der Regel auch konsequent genutzt werden - zu gestalten.

Beispiele der letzten Jahre zeigen, dass Krankenhäuser, wenn ihnen die Möglichkeit gegeben wird, hoch bewertete Leistungen zu erbringen, nicht freiwillig auf diese verzichten, das hat auch der Versuch der Umsetzung des Kardiologiekonzeptes in Berlin ohne rechtssichere Instrumente für die Krankenkassen gezeigt. Andere Beispiele für das Erfordernis einer abschließenden Ausweisung der Subdisziplinen sind die Gefäßmedizin und die Perinatalversorgung, in denen es durch den fehlenden Ausweis zu einer großen Streuung von Leistungen über viele Krankenhäuser gekommen ist.

Ein positives Beispiel hingegen ist die Ausweisung der Thoraxchirurgie auf Basis von Qualitätskriterien und einer Mindestmenge.

Berlin mit seinem breiten Spektrum an Hochleistungs- und Spitzenmedizin liegt mitten in Brandenburg; von daher können Berlin und Brandenburg nicht isoliert betrachtet werden. Ca. 14 Prozent der Krankenhausfälle von Brandenburgern werden in Berliner Krankenhäusern behandelt, gut die Hälfte davon stammt aus dem „Speckgürtel“.

Die Betrachtungs- und Planungsperspektive muss aber nicht nur länder-, sondern auch sektorenübergreifend sein: In Berlin gibt es im Übermaß Fachärzte, die allerdings ohne hinreichende Bereitschaft sind, Notdienst zu leisten. Dagegen muss die fachärztliche Versorgung in Brandenburg, und hier auch im „Speckgürtel“, gestärkt werden.

Darüber hinaus sollte eine Bedarfsplanung unter Berücksichtigung aller medizinischen Angebotsstrukturen erfolgen. Gute Beispiele für dieses Erfordernis sind insbesondere die Geriatrie und die Psychiatrie.

Vortrag von Frau Dr. Möhr → [hier klicken](#).

**Gabriela Leyh, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Leiterin der Landesvertretung Berlin/Brandenburg  
Thema: Erwartungen der Krankenkassen**



Vor dem Hintergrund eines Investitionsstaus und einer in der Fläche nicht mehr hinreichend sichergestellten Versorgung wurde mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vor 40 Jahren der Sicherstellungsauftrag und die Finanzverantwortung der Länder für die Krankenhausinvestitionen etabliert. Anfänglich waren die für Investitionen zur Verfügung gestellten Mittel hoch, sie nahmen dann kontinuierlich bis heute ab. In Berlin standen für die Krankenhausfinanzierung nach dem KHG zuletzt gerade noch 92 Mio € zur Verfügung. Heute, im

Jahr 2012, ist wiederum ein Investitionsstau zu konstatieren, der faktisch von einem schleichenden Übergang zu einer „Quasi-Monistik“ flankiert wird.

Im Bereich der Planung wird seit Beginn dieses Jahrhunderts die Regelungstiefe zurückgenommen. Während allgemeine Daten wie Fallzahlen, Verweildauer, Bettendichte und Nutzungsgrad im Bundesvergleich keine besonderen Auffälligkeiten bei den Berliner Krankenhäusern aufweisen, ist der Anstieg des Case Mix exorbitant: Während die Bevölkerung in Berlin im Vergleich zum Jahr 2000 nur leicht zugenommen hat, ist für den glei-

chen Zeitraum ein Anstieg des Case Mix von knapp 16 Prozent bei einem Anstieg der Fallzahl – jeweils pro 100.000 Einwohner - von 7,5 Prozent festzustellen.

These 1 dazu ist, dass die Krankenhausplanung Marktentwicklungen nur noch reaktiv nachzeichnet, die Träger durch eigene Investitionen Fakten setzen.

These 2 dazu ist, dass die Verringerung der Regelungstiefe Marktmöglichkeiten öffnet, in denen die Krankenhäuser ihr Leistungsportfolio stark ausweiten.

These 3 ist, dass sich Krankenhäuser durch den Verzicht auf die Inanspruchnahme von Fördermitteln des Landes den Weg in den Krankenhausplan ebnen. Insbesondere in den aktuellen Einzelfortschreibungen darf es nicht zu Lasten Dritter danach gehen, wer auf eine Förderung verzichtet. Dadurch treten Bedarfs- und regionale Versorgungsgesichtspunkte in den Hintergrund.

Es ist der gesetzliche Auftrag der Länder, die Investitionsmittel konform zu einer an den Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Erreichbarkeit und Qualität ausgerichteten Planung zur Verfügung zu stellen. Eine erste Erwartung an das Land ist, dass diesem gesetzlichen Auftrag nachgekommen wird.

Eine zweite Erwartung besteht dahingehend, dass Sicherheit und Zuverlässigkeit in der Planung auch für die Krankenkassen bestehen muss. Das erfordert zum einen Transparenz im Verfahren, gerade auch bei den Einzelfortschreibungen. Weiterhin müssen die Planentscheidungen nachvollziehbar und insbesondere in den Feststellungsbescheiden auch abschließend fixiert sein. Und Planentscheidungen müssen auch umgesetzt werden und dürfen nicht unterlaufen werden.

Mit Blick auf Qualitätsanforderungen sollten die Rahmenbedingungen für sinnvolle Konzentrationsprozesse festgelegt werden, wie auch Strukturvoraussetzungen für die Leistungserbringung. Schließlich gilt es, perspektivisch einen Rahmen für eine stärkere Orientierung an der Ergebnisqualität zu schaffen. Das Land muss hier über Feststellungsbescheide die rechtssichere Implementierung sicherstellen.

Bezogen auf die länderübergreifenden Anforderungen besteht die Erwartung, dass Planentscheidungen auf einer abgestimmten Planungsmethodik und auf der Grundlage eines fixierten und verbindlichen Gesamtkonzeptes erfolgen. Berlin und Brandenburg sollten - sofern 2018 als gemeinsamer Zeitpunkt für eine Krankenhausplanung ernst gemeint ist - ihre derzeitigen Aktivitäten überprüfen.

Mit Blick auf die Berliner Realität im Jahr 2018 bestehen zusammengefasst drei Wünsche:

1. Das Land Berlin kommt seinem gesetzlichen Auftrag zur Investitionskostenfinanzierung nach, die Krankenhäuser können ihre Betriebsmittel verstärkt insbesondere für Personal einsetzen.
2. Es wird aktiv ein planerischer Rahmen geschaffen, der es erlaubt, Qualitätskriterien rechtssicher umzusetzen. Damit entsteht auch Rechtssicherheit für die Selbstverwaltungspartner im Budgetgeschäft.
3. Mit dem Ziel einer einheitlichen und abgestimmten Vorgehensweise entwickelt das Land Berlin gemeinsam mit dem Land Brandenburg ab jetzt die Krankenhausplanung weiter.

Vortrag von Frau Leyh → [hier klicken](#)

## **Brit Ismer, Vorsitzende der Berliner Krankenhausgesellschaft** **Thema: Erwartungen der Leistungserbringer**



Die Berliner Krankenhauslandschaft hat in den vergangenen 20 Jahren einen dynamischen und eindrucksvollen Anpassungsprozess durchlaufen.

Im Bundesvergleich weist Berlin nunmehr die zweitniedrigste Bettenzahl je zehntausend Einwohner auf (52,0 gegenüber 61,4 Bund) und auch die zweitniedrigste Fallzahl je Einwohner.

Die Bettenauslastung ist auch im Bundesvergleich sehr hoch (82,3 Prozent im Vergleich zu 77,3 Prozent Bund), in der Psychiatrie und Geriatrie liegt sie sogar bei rund 100 Prozent. Die Verweildauer liegt im Bundesdurchschnitt, aber der Berliner Schweregrad ist mit einem Case Mix-Index von 1,22 der zweithöchste bundesweit.

Die Produktivität – gemessen am Case Mix je Vollkraft – ist überdurchschnittlich hoch.

Der Landesbasisfallwert liegt mit 2.970 € seit Jahren unter dem Bundesdurchschnitt (2012: 3.008 €).

Handlungsbedarf besteht insbesondere in den Bereichen Psychiatrie und Geriatrie, letzteres auch vor dem Hintergrund einer weiter und stärker als vorausgesehen anwachsenden Bevölkerungszahl bei gleichzeitig steigendem Altersdurchschnitt mit höherem Leistungsaufwand für ältere Patienten sowie zunehmender Lebenserwartung.

Weiterhin bei der Planung zu berücksichtigen sind die wachsende Bedeutung der Umlandversorgungsfunktion, die Morbiditätsveränderungen, der Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts wie auch Einflüsse aus ambulanter und sektorenübergreifender Versorgung.

Der Versorgungsbedarf nimmt tendenziell weiter zu. Der Weg, die Planung als Rahmenplanung auszurichten, ist weiter zu beschreiten, weil es den Krankenhäusern nur so möglich ist, auf Veränderungen in den Rahmenbedingungen und in den Anforderungen flexibel genug zu reagieren.

## **Uwe Slama** **Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft** **Thema: Erwartungen der Leistungserbringer**

In den weiteren Diskussionen bezogen auf den Planungszeitraum 2016 bis 2020 sind maßgebliche ordnungspolitische Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Die „Architektur“ der Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrages wird nicht in Frage gestellt.

Aber: Die Investitionsfinanzierung muss gesichert werden. Das Bemühen ist erkennbar da. Der jährliche Investitionsbedarf Berliner Häuser beläuft sich auf ca. 200 Mio €. Dazu liegen auch belastungsfähige Studien vor. Das Land hat zuletzt etwa 100 Mio € finanziert.



Es klafft mithin eine Lücke von 100 Mio €. Als erster Schritt ist politisch sicherzustellen, dass die auslaufenden Darlehensmittel in Höhe von rund 30 Mio € für Krankenhausinvestitionen verwendet werden. Insgesamt aber ist der Anspruch des Krankenhauses auf eine Finanzierung der notwendigen Investitionen finanzpolitisch umzusetzen.

Im DRG-Finanzierungssystem müssen Fehlanreize und Ungerechtigkeiten, wie beispielsweise die Kollektivhaftung der Krankenhäuser, beseitigt werden. Das Land sollte Initiativen auf Bundesebene dahingehend unterstützen.

Bezogen auf die ambulante und sektorenübergreifende Versorgung: Die Vergangenheit hat gezeigt, dass in Berlin vieles möglich ist. Es sollte versucht werden, neue Konzepte ernsthaft zu erproben. Vorschlag dazu ist: Durchführung einer Status quo-Analyse und gemeinsam die Möglichkeiten nutzen, die die Neuregelungen des VStG mit § 90a SGB V eröffnet haben.

Zu unseren Erwartungen an die Krankenhausplanung:

- Von Vorteil ist, dass der Diskussionsfaden für die Krankenhausplanung zu einem sehr frühen Zeitpunkt aufgenommen ist. Das schafft Raum für qualifizierte Analysen und Prognosen, wobei aufgrund der hohen Dynamik im Bereich der medizintechnischen Entwicklung die Anforderung einer hohen Anpassungsfähigkeit in der Planung besteht.
- Wir befürworten eine Rahmenplanung unter standortbezogener Festlegung einer Gesamtbettenanzahl. Fachabteilungen sollen nur nach Hauptdisziplinen ausgewiesen werden, Subdisziplinen nur in Ausnahmefällen.
- Auf quantitative Festlegungen für teilstationäre und für Belegleistungen sollte verzichtet werden, qualitative Ausweise sind ausreichend.
- Berliner Krankenhäuser stellen schon heute in vielfacher Weise ihre Qualität unter Beweis und machen dies transparent. Qualifizierte Institutionen befassen sich damit, der G-BA auch mit der Entwicklung risikoadjustierter Indikatoren, die für Patienten und Einweiser Transparenz schaffen. Es ist die Frage, ob und inwieweit das Bestandteil des Krankenhausplanes sein muss. Juristisch ist das möglich. Aber wir befürworten aufgrund der Vielzahl bereits bestehender Anforderungen und dem Maß der bereits erreichten Transparenz einen reduzierten Ansatz.
- Die Abstimmung zwischen Berlin und Brandenburg funktioniert. Differenzierte Planungskriterien und -inhalte ergeben sich aus den unterschiedlichen Rahmenbedingungen einer Metropolenregion und eines Flächenlandes.

Die Verfahrensaspekte, die wir erwarten, sind die „Klassiker“. Über sie besteht weithin Einvernehmen.

Unsere Erwartung wäre weiterhin, dass im Nachgang zu diesem Workshop separate Diskussionen zu Themen organisiert werden, die sich hier als Schwerpunkte herauskristallisieren.

Vortrag von Frau Ismer und Herrn Slama → [hier klicken](#).

## Podiumsdiskussion

### Prof. Dr. Dr. h.c. Günter Stock

Zusammengefasst aus den Vorträgen ergeben sich fünf thematische Schwerpunkte für die weitere Diskussion:

1. In welchem Verhältnis stehen die Ansätze im Bereich der Qualitätssicherung und -optimierung einerseits und die Vergütungsstrukturen und die hier gesetzten Incentives andererseits?
2. Der mehrfach angesprochene Aspekt der Krankenhausplanung vor dem Hintergrund der spezifischen Berlin-Brandenburger Konstellation.
3. Die Zunahme komplizierter Fälle ist offensichtlich ein Fakt und resultiert nach dem Gehörten aus Faktoren, die für die Frage Bedarfsentwicklung eine große Rolle spielen. Was aber ist der „echte“ Bedarf?
4. Wie weit und wie tief reicht der Sicherstellungsauftrag des Landes und hier insbesondere in Bezug auf Qualitätsaspekte?
5. Welche Bedeutung kommt der mehrfach angesprochenen Integrierten Versorgung im vorliegenden Kontext zu?

### Gabriela Leyh

Bei der zuletzt angesprochenen Frage spielt die Schnittstellenproblematik eine zentrale Rolle. Unter den bestehenden Systemen und den gesetzten Incentives ist es für die Krankenhäuser eine große Herausforderung, unter den ökonomischen Restriktionen letztlich mehr Fälle produzieren zu müssen, um die Kosten decken zu können. Es mutet wie ein Teufelskreis an, denn wie soll es unter diesen Bedingungen möglich sein, die finanziellen Mittel für Personalkapazitäten aufzubringen, die erforderlich sind, um die Schnittstellenproblematik effektiver zu lösen?

### Dr. Anke-Britt Möhr

Den kleinsten gemeinsamen Nenner für eine Verständigung bildet das Thema Qualität, die wir auch erreichen und gesichert sehen möchten. In der Regelversorgung gilt allerdings, dass das Geld der Menge folgt; für Krankenkassen besteht in der Regelversorgung – von einigen wenigen Ausnahmen einmal abgesehen – kein adäquater Rahmen, der es ermöglicht, Vergütung und Qualität sinnvoll miteinander zu verknüpfen. Umgedreht bedeutet das für die Krankenhäuser auch, dass keine Möglichkeit besteht, für eine hohe Qualität besser vergütet zu werden. Aus meiner Sicht ist die zentrale Frage deshalb: Wie können wir mehr Qualität sicherstellen und die wünschenswerte Transparenz dazu herstellen?

### Brit Ismer

Vergessen werden darf auch nicht, dass Patienten und Ärzte jenseits von Planungsverfahren und Planungsergebnissen die Wahlfreiheit haben. Zudem stehen die Krankenhäuser - politisch ja auch gewollt – im Wettbewerb zueinander und es stellt sich die Frage, wie Faktoren der genannten Art mit der Krankenhausplanung in Einklang gebracht werden können. Sollte das Land anstelle von Krankenhausplanung und Investitionsmittelvergabe nicht eher überwachen, ob ein ausreichendes Leistungsangebot für die Einwohner zur Verfügung steht und sichergestellt ist?

### Uwe Slama

Die Qualität in Berlin ist im Bundesvergleich überdurchschnittlich. Ich hatte darauf hingewiesen, dass im Bereich Qualität, Qualitätssicherung und Transparenz in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt worden sind und zahlreiche Podien für ihre Darstellung bestehen. Mich würde interessieren, wo die Krankenkassen hier noch Handlungsbedarf se-

hen. Und weiter: Besteht Übereinstimmung dazu, dass die Investitionsproblematik besteht und auch gelöst werden muss?

**Gabriela Leyh**

Es war doch schon deutlich geworden, dass wir darin übereinstimmen, dass es nicht tragbar ist, dass die Krankenhäuser dazu aufgefordert werden, sich die für Investitionen erforderlichen Mittel über Mengensteigerungen zu beschaffen. Wir befürworten auch Ansätze wie die der Integrierten Versorgung, aber doch nicht mit neuem Geld der Bürger bei gleichzeitiger Akzeptanz, dass das Land seiner Verpflichtung nicht nachkommt, die finanziellen Mittel für die erforderlichen Investitionen bereit zu stellen.



## Block II: Neue Wege der Krankenhausplanung

**Hildegard Esser**

**Land Hamburg, Abteilungsleiterin im Amt für Gesundheit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz**

**Thema: Sicherstellung der stationären Versorgungsqualität**



Es scheint, als würden alle Akteure eine Rahmenplanung befürworten, wenn es aber in Einzelgespräche geht, werden dann doch präzise Festlegungen gewünscht.

Zum Gesundheitsstandort Hamburg: Hamburg ist eine Metropolenregion mit einem Einzugsbereich von 4,3 Mio Einwohnern. Patientinnen und Patienten kommen auch aus weit entfernten Regionen. Das hängt damit zusammen, dass der Süden von Schleswig-Holstein weithin frei ist von größeren, leistungsfähigen Häusern. Wir verfügen über 55 Krankenhäuser mit rund 12.000 Betten. Wir verstehen uns als Gesundheits- und Medizinmetropole. Der Umlandversorgungsanteil beträgt ca. 30 Prozent, davon alleine 25 Prozent aus Schleswig-Holstein. Eine Besonderheit bilden kleinere Häuser, die in bestimmten Feldern tatsächlich Hochleistungsmedizin bieten.

In den vergangenen 15 Jahren ist es gelungen, dass mehrere Krankenhäuser sich zusammengeschlossen und teilweise Standorte aufgegeben haben.

In den vergangenen Jahren hat sich der Gestaltungsspielraum der Krankenhausplanung vermindert, sei es aus rechtlichen Gründen oder sei es auf Grund von Modellen der Integrierten Versorgung. Probleme sehen wir hier darin, dass IV-Verträge auch zunehmend mit Häusern abgeschlossen werden, die nicht in den Plan aufgenommen sind. Insgesamt hat sich die Konkurrenzsituation zwischen den Häusern verschärft. Auch das schränkt die Reichweite der Planung in der Praxis ein. Zu nennen sind außerdem viele Detailvorgaben, wie die des G-BA, die unsere planerischen Handlungsspielräume einschränken.

Betten, Abteilungen und Fallzahlen werden als Stellgrößen der Planung immer wirkungsloser. Die Länder müssen deshalb nach neuen Instrumenten Ausschau halten, wenn der Sicherstellungsauftrag weiter wahrgenommen werden soll.

Zur Qualitätsdiskussion und zu Qualitätskriterien: Ein Blick in die Landschaft zeigt, dass diese in unterschiedlicher Quantität und Differenzierung Eingang in die Krankenhauspläne finden; gleichwohl insgesamt gesehen mehr auf der beschreibenden Ebene, denn als Bedingung für die Aufnahme in den Plan, bspw. Vorgaben zur Entfernung bezüglich der Not- und Unfallversorgung, zur onkologischen Versorgung und anderes mehr.

Zur Krankenhausplanung Hamburg:

Vorgaben zur Qualität der Patientenversorgung sind im Hamburgischen Krankenhausgesetz verankert, derzeit allerdings noch relativ „dünn“. Hier finden sich außerdem Vorgaben in Bezug auf die Einsatz- und Alarmplanung, die Krankenhaushygiene, auf die soziale Beratung und auf das Entlassungsmanagement, Vorgaben zum Thema „Kind im Krankenhaus“, zu Beschwerdemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten sowie allgemeine Hinweise auf die Qualitätssicherung gemäß den Regelungen des SGB V.

Zu den Regelungen bezogen auf Struktur und Prozessvorgaben im Plan selbst:

Relativ detailliert sind die Vorgaben zur Notfall- und Unfallversorgung, bspw. dass Zentrale Notaufnahmen vorzuhalten sind. Im Konsens mit Häusern und Rettungseinheiten wurden Vorgaben für die Versorgung von Herzinfarkten und Schlaganfällen in Stroke Units vereinbart, so dass gesichert ist, dass die Patientinnen und Patienten auch dorthin gelangen. Subdisziplinen werden nicht mehr ausgewiesen, der Ausweis erfolgt nur auf der Ebene von Fachabteilungen bzw. Fachdisziplinen. Ausgewiesen werden dezidiert allerdings Versorgungsaufträge für Frührehabilitation und Beatmungsmedizin. Im Konsens wurden auch detaillierte Vorgaben für die Geburtshilfe und die Neonatologie festgelegt. Die neonatologische Versorgung erfolgt grundsätzlich durch die Kinderkliniken, teilweise in Einheiten an Geburtskliniken. Festgelegt ist auch, dass die geriatrische Versorgung in den entsprechenden Fachabteilungen mit Vorhaltung einer Tagesklinik verbunden sein muss. Weitere Vorgaben bestehen zur kindergerechten Versorgung, und es bestehen Vorgaben zur Sektorversorgung im Bereich Psychiatrie/Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gescheitert sind wir vor einigen Jahren bei der Vorgabe von Qualitätskriterien für Einheiten der Palliativversorgung. Hier ist seitens der Krankenhausgesellschaft mit Erfolg bestritten worden, dass wir berechtigt sind, Vorgaben über die Anforderungen des G-BA hinaus zu stellen.

Neu in den Plan werden wir in Form eines abzurufenden Kriterienkataloges Verfahrensregelungen für den Einsatz von Honorarärztinnen und -ärzten aufnehmen, der von einer Verpflichtung, sich die Approbation vorzeigen zu lassen, bis hin zu einer Einführung in die Klinikstrukturen und -abläufe reicht. Das werden wir auch in den Feststellungsbescheid aufnehmen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Hamburger Krankenhausplan wichtige Strukturqualitäts- und auch einige Prozessqualitätsvorgaben enthält. Die Erfüllung der Vorgaben wird von uns nur bei Anträgen zur Aufnahme neuer Häuser oder neuer Versorgungsangebote in den Plan im Detail kontinuierlich kontrolliert und überwacht.

Kontrovers diskutiert werden derzeit mögliche weitere Regelungen zur Krankenhausplanung im Hamburger Krankenhausgesetz: So eine Ermächtigung, dass die Planungsbehörde weitere Qualitätsparameter vorgeben kann, und dass der Facharztstandard für die Abteilungen festgeschrieben wird. Wir werden außerdem konkrete Vorgaben zur Umsetzung der Hygieneverordnung aufnehmen, inklusive der Verpflichtung zur Veröffentlichung. Derzeit diskutiert wird, ob die Aufnahme einer weiteren Abteilung auch an die Weiterbildungsermächtigung gekoppelt werden kann. Ferner diskutieren wir mit den Häusern einheitliche Vorgaben für die Durchführung von Patientenbefragungen und zur Veröffentlichung der Ergebnisse.

Als Felder für mögliche weitere Qualitätsparameter im Krankenhausplan sehen wir die Etablierung von Strukturen für ein „demenzsensibles“ Krankenhaus, das bspw. in den Zentralen Notaufnahmen über ein Demenz-Assessment verfügt und entsprechend den Belangen dieser Patientengruppe bauliche Gestaltungen auf den Stationen aufweist. Wie man das ganz einfach machen kann, dafür gibt es verschiedene und eindrucksvolle Beispiele.

Im Bereich der geriatrischen Versorgung streben wir die Etablierung einer abgestuften qualitätsorientierten Versorgung auch über die Nutzung des neuen Instruments von geriatrischen Institutsambulanzen an. Ein großes Thema ist derzeit die psychiatrisch-psycho-somatische Versorgung. Hier wollen wir die Häuser dazu verpflichten, mehr in die Richtung von Versorgungsketten zu denken, und auch in den Stadtteilen aktiv zu werden, in denen dies am Notwendigsten erscheint. Das Entlassungsmanagement ist aus unserer Sicht weiter verbesserungsfähig, insbesondere mit Blick auf die Berücksichtigung der Bedürfnisse Wohnungsloser.

Wir befinden uns insgesamt betrachtet in einem Paradigmenwechsel von einer Ausrichtung der Planung auf Quantitäten hin zu mehr inhaltlichen Vorgaben, die allerdings auch aufgrund der angesprochenen G-BA-Thematik streitbehaftet ist – streitbehaftet auch, weil einige Kriterien stark personengebunden sind. Lange Zeit werden wir wohl auch noch das Fehlen belastbarer Qualitätskriterien hinnehmen müssen. Wir wollen uns deshalb zunächst auf Struktur- und Prozessqualität konzentrieren.

Vortrag von Frau Esser → [hier klicken](#)

## **Thomas Barta**

**Land Brandenburg, Abteilungsleiter im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz**

**Thema: Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung in der Region Berlin-Brandenburg**

Wir verstehen Berlin und Brandenburg als eine Gesundheitsregion, auch in der Praxis der Krankenhausplanung. Krankenhausplanung ist immer für die gesamte Gesundheitsregion zu gestalten.

Die Zusammenarbeit beider Länder spiegelt sich auch im Masterplan Gesundheit, der im Jahr 2007 geschlossen worden und zwischenzeitlich evaluiert ist. Als eines der zentralen Handlungsfelder wird dort das Feld „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ benannt. Diese Schwerpunktsetzung ist neu und wird auch für die Gestaltung der Krankenhausplanung beider Länder Impulse geben.

Die länderübergreifende Zusammenarbeit wird sehr aktiv gelebt, bspw. durch Berlin-Brandenburg-Tage, in denen sich die Krankenhausreferate der beiden Länder abstimmen.

Im Bereich der Transplantationsmedizin werden die Kapazitäten für die Gesamtregion Berlin-Brandenburg in den Berliner Universitätskliniken und im Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) vorgehalten, und es besteht ein regionaler Transplantationsverbund.

Auch die herzchirurgische Versorgung ist länderübergreifend durch das DHZB, die Charité, und die Herzzentren Bernau und Cottbus sichergestellt und geregelt. Für die Betreuung von Schwerbrandverletzten werden die erforderlichen Kapazitäten für Berlin und Brandenburg am Unfallkrankenhaus Berlin vorgehalten.

Abgestimmte Angebotskapazitäten bestehen außerdem mit der Seuchenstation in der Charité und für die AIDS-Versorgung in Berlin.

Im Bereich der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern findet die praktische Ausbildung auch in akademischen Lehrkrankenhäusern in Brandenburg statt. Stationäre Rehabilitationsangebote werden für beide Regionen in Brandenburg vorgehalten.

Patientenwanderungen werden aufeinander abgestimmt bei der Planung berücksichtigt: Die sog. Eigenversorgungsquote liegt für Einwohner Brandenburgs bei 83,3 Prozent. Der Anteil Brandenburger Patienten am Berliner Gesamtleistungsaufkommen liegt bei 10,3 Prozent.

Die Herausforderungen, die zukünftig in der Abstimmung beider Länder zu berücksichtigen sind, sind in verschiedenen Hinsichten heterogen:



Das wird am Beispiel der Uckermark deutlich. Die Uckermark ist dünn besiedelt, ist aber bezogen auf die Fläche größer als das Saarland. In der Uckermark befinden sich drei Krankenhäuser und eine psychiatrische Fachklinik, im kleineren Saarland 27 Krankenhäuser. Natürlich hat das Saarland mehr Einwohner, aber es zeigt, wie weit die Wege sind, die Einwohner in der Uckermark für eine stationäre Versorgung in Kauf nehmen müssen.

Insgesamt nimmt die Bevölkerung in Brandenburg ab, während sie in Berlin zunimmt. Die Entwicklung im Zeitraum von 2005 bis 2009 zeigt für Brandenburg einen Rückgang um 1,9 Prozent, für Berlin einen Zuwachs von 1,4 Prozent.

Betrachtet man Brandenburg gesondert, zeigt die Prognose bis zum Jahr 2020 insgesamt einen Rückgang um 4,8 Prozent. Im Umland wird es dabei einen Zuwachs von 4,9 Prozent geben, im so genannten weiteren Metropolitanraum dagegen einen Rückgang von 10,3 Prozent. Die Planung muss auch berücksichtigen, dass die Entwicklung auch nach Alterskohorten sehr unterschiedlich verläuft: Bei den unter 16-jährigen wird der Anteil im Umland um 1,2% zu-, im weiteren Metropolitanraum dagegen um 9,5 Prozent abnehmen. Der Anteil der 20- bis unter 45-jährigen Frauen wird - mit Folge für die geburtshilflichen Abteilungen - bis zum Jahr 2020 im Umland um 16,9 Prozent abnehmen, im weiteren Metropolitanraum um 36,1 Prozent. Noch ein letztes Beispiel: Über 80-jährige nehmen im Umland zu um 96,9 Prozent, im weiteren Metropolitanraum „nur“ um 70,9, Prozent.

Um diese Unterschiede abbilden zu können, haben wir Demografiefaktoren in die Planung eingeführt. Dabei wird die Bevölkerung zunächst nach Zugehörigkeit zum Umland oder zur weiteren Metropolitanregionen unterschieden. Dann wird ermittelt, welche Fachgebiete schwerpunktmäßig von welchen Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen werden. Daraus wird je nach Region, Alterskohorte und Fachgebiet ein Faktor berechnet und eingeführt. So ist bspw. der Bedarf in der Frauenheilkunde im weiteren Metropolitanraum nicht 1,0 sondern demografisch bedingt 0,71. Oder der Bedarf in der Urologie beträgt im Umland aufgrund der demografischen Entwicklung 1,32.

In der wechselseitigen Abstimmung der Planungen der beiden Länder, könnte es wie folgt weitergehen:

- Die Abstimmung dezentraler und zentraler Versorgungsangebote wird noch intensiviert, weil auch die Herausforderungen, die bspw. mit der hohen Dynamik der medizinisch-technischen Entwicklung verbunden sind, steigen.
- Von Vorteil wäre es außerdem, wenn gemeinsame Eckpunkte für die Planung beschrieben würden. Auch die Frage der Planungstiefe kann man einheitlich abstimmen.
- Bei der Einschätzung der Entwicklung nach medizinischen Gebieten kann man sich länderübergreifend verständigen. In Brandenburg wurden bspw. die medizinischen Berufsverbände nach ihren Einschätzungen befragt.
- Gemeinsam kann man schließlich auch die Anwendung von Demografiefaktoren abstimmen.
- Wenn dann noch die Fortschreibungsintervalle angeglichen werden, dann ist eine gemeinsame Planung faktisch vollständig umgesetzt.

Vortrag von Herrn Barta → [hier klicken](#)

**Dr. Maren Bedau, Fachanwältin für Medizinrecht****Thema: Gestaltungsspielräume bei der Krankenhausplanung aus rechtlicher Sicht**

Bundesrechtlich ist die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern geregelt, indem Art. 74 Nr. 19a GG dem Bund die Zuständigkeit für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze zuweist. Die Krankenhausplanung ist hier nicht erwähnt, sie fällt in die originäre Landeskompetenz.



Die Verringerung der Regelungstiefe in der Krankenhausplanung erfolgt aktuell bundesweit. Es finden sich verschiedene Ansätze, darunter auch Tendenzen, auf Bettenausweisungen gänzlich zu verzichten und stattdessen auf Behandlungsfälle abzustellen. Hintergrund ist, dass Krankenhausträgern Handlungsspielräume eröffnet werden sollen, aber auch, dass Kostenträger mehr Verhandlungsmacht erhalten sollen. Letzteres hat sich in den Budgetverhandlungen der letzten Jahre als schwierig erwiesen.

Gerade in Berlin hat sich gezeigt: Werden nur Hauptdisziplinen ausgewiesen, dann erstreckt sich nach herrschender Rechtsprechung der Versorgungsauftrag auf die gesamte Tiefe und Breite der Hauptdisziplin.

Der G-BA regelt auf Basis seiner Richtlinienkompetenz die Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigkeit von Leistungen. Großer Streitpunkt in den vergangenen Jahren waren hier die Mindestmengenvorgaben. Zu der Frage, wie sich Krankenhausplanung und G-BA Regelungen zueinander verhalten, hat der Gesetzgeber klargestellt, dass eine Zulassung nicht erfolgen kann, wenn die Mindestmenge nicht erreicht wird. Allerdings könnte die Landesbehörde auch Ausnahmen regeln, wovon man in Berlin aber keinen Gebrauch gemacht hat.

Ist die Planungsbehörde der Auffassung, dass die Vorgaben des G-BA zu den Qualitätsanforderungen nicht ausreichen, ist für weitergehende Regelungen bzw. Vorgaben eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Grund dafür ist, dass der Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit des Grundgesetzes berührt ist, wenn das Nichterreichen der Qualitätsanforderung einen Marktausschluss zur Folge hat. Eingriffe in diesen Schutzbereich sind nur auf gesetzlicher Grundlage möglich.

In diesem Zusammenhang ist § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V von Bedeutung, nach dem ergänzende Qualitätsanforderungen einschließlich der Vorgaben zur Führung klinischer Krebsregister im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zulässig sind.

Auf der Grundlage landesrechtlicher Regelungen sind die Voraussetzungen in Berlin, Struktur- und auch – bei weiter Auslegung - in Prozessqualität hineinreichende Regelungen im Krankenhausplan zu treffen, aufgrund der Regelungen in § 6 Abs. 2 Nr. 2 LKG vergleichsweise gut.

Mit Blick auf die Formulierung von Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung ist – wie immer, wenn Normen des Grundgesetzes berührt sind – aber der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten: Liegen den Anforderungen gesundheitspolitische Fernziele zu Grunde und dienen sie nicht primär der Umsetzung der Planungsgrundsätze, so ist dieser Grundsatz nicht gewahrt. Auch müssen die Anforderungen fachlich gut belegbar sein, unter Umständen auch empirisch. Sie dürfen auch nicht gegen andere Ziele der Krankenhausplanung verstoßen, bspw. die Trägerpluralität. Ferner spielen

Aspekte der Zumutbarkeit in der rechtlichen Beurteilung, ob von der Planungsbehörde gesetzte Qualitätsvorgaben zulässig sind, eine Rolle. In diesem Zusammenhang spielt bspw. die Refinanzierbarkeit von damit verbundenen Kosten eine Rolle. Stichworte aus der Praxis sind hier bspw. Krebsregister oder andere besondere Aufgaben von Tumorzentren.

Bezogen auf die Frage, ob ein Rechtsanspruch neuer Häuser bzw. neuer Versorgungsangebote auf Aufnahme in den Plan besteht, ist die ständige Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes (BVerwG) zu beachten: Demnach ist die Vorschrift des § 8 Abs. 2 Satz 1 KHG („Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht.“) verfassungskonform auszulegen, wofür das BVerwG eine Zwei-Stufenlehre entwickelt hat: Zunächst ist zu prüfen, welche Krankenhäuser für eine wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in Betracht kommen. Ein Anspruch auf Aufnahme in den Plan besteht, wenn die Zahl der vorhandenen/geplanten Betten die Zahl der benötigten Betten nicht übersteigt. Liegt die Zahl der angebotenen über der Zahl der benötigten/geplanten Betten, ist eine Auswahlentscheidung zu treffen. Dabei gilt, dass auch Häuser mit neuem Versorgungsangebot zu berücksichtigen sind und die Auswahlentscheidung unabhängig davon zu erfolgen hat, ob der Planstatus schon besteht. Damit soll einer Versteinerung der Krankenhauslandschaft, einer Planverfestigung, vorgebeugt werden. Deshalb müssen in der Vorbereitung zur Aufstellung eines neuen Planes alle Krankenhäuser mit Versorgungsangebot angehört werden. Bei der Einzelfortschreibung muss die Planungsbehörde im Rahmen einer Ist- und nicht einer Soll-Analyse jeweils mit berücksichtigen, wie lange der Plan schon besteht und die Situation im Hinblick mit darauf bewerten, ob der Markt schon „versteinert“ ist.

Zum letzten Aspekt, der „Baupauschale“ nur ganz kurz: Die Bedeutung besteht darin, dass die Investitionsmittelvergabe leistungsorientiert erfolgt. Bei einer Förderung gemäß Investitionsbewertungsrelationen werden die Investitionsfördermittel nach Leistungsart ausgeschüttet, was insbesondere bei den Krankenkassen die Befürchtung geweckt hat, dass Fehlanreize dann nicht allein durch das DRG-System, sondern auch durch das Investitionsförderungsverfahren gesetzt werden. Hier muss man sich fragen, ob es tatsächlich so ist, dass es – induziert durch das DRG-System – erhebliche Fehlbelegungen, erhebliche Fallzahlsteigerungen durch medizinisch nicht indizierte Behandlungsfälle gegeben hat. Das würde bedeuten, dass Leistungen nicht am Bedarf orientiert erbracht werden. Eine Missbrauchsvermutung alleine ist wohl noch kein Argument gegen die Investitionspauschale und trägt auch als Auswahlkriterium im Rahmen der Krankenhausplanung nicht.

Vortrag von Frau Dr. Bedau → [hier klicken](#)

## **Nachfragen/Diskussion**

### **Prof. Dr. Dr. h.c. Günter Stock**

In Hamburg erfolgt kein Ausweis auf der Ebene von Subdisziplinen, wohl aber erfolgen Vorgaben für Spezialbereiche. Erste Frage ist, worin hier der Unterschied zu sehen ist.

Zweite Frage ist, ob es zielführend wäre, stärker aus Ländervergleichen zu lernen?

Aufgefallen ist, dass die Qualitätsfrage über Patientenbefragungen als Teil des Planes begriffen wird. Das ist ein interessanter Aspekt, möglicherweise auch für Berlin?

Die angesprochenen Ansätze in der Psychiatrie und Geriatrie sind von hohem Interesse, letztere auch deshalb, weil die geriatrische Versorgung in Berlin ein Aspekt von zentraler Bedeutung werden wird. In Hamburg spielt auch die differenzierte Betrachtung von Kern und Umland eine wichtige Rolle. Hier in Berlin spielen gewissermaßen zwei „Umländer“ eine Rolle, wie wir gehört haben. Vor diesem Hintergrund wäre es interessant, mehr darüber zu erfahren, wie in Hamburg mit der dort quantitativ bedeutsameren Umlandversorgung in der Planung umgegangen wird.

Und schließlich: Wenn sich die Krankenhausplanung stärker weg von quantitativen hin zu qualitativen Aspekten bewegt, welche Eindringtiefe, wie viel Detailtiefe muss verbleiben? Es scheint, als bestünden hier zwei Ansätze: ein Ansatz erfolgt mehr aus der Perspektive von Mindestvorgaben und der Prüfung, welche der Vorgaben werden erfüllt und welche nicht. Ein anderer nimmt seinen Ausgangspunkt mehr bei der Frage, was wir gerne im Krankenhausplan hätten? Möglicherweise würden wir dann zu ganz anderen Inhalten eines Planes kommen.

### **Hildegard Esser**

Wir weisen in der Tat keine Subdisziplinen aus. In einzelnen wenigen Fällen geben wir Prozeduren vor. Die Beispiele Herzinfarkt- und Schlaganfallversorgung hatte ich genannt. Das ist wohl so auch nur in Stadtstaaten praktikabel, aber nicht in Flächenländern. Zu ihrer Frage, wie wir mit der Umlandversorgung umgehen: Auch wir beziehen die Bevölkerungsentwicklung im Umland mit ein.

### **Thomas Barta**

Krankenhausplanung alleine kann nicht alle unsere Probleme lösen. Ein Planungsinstrument, das sich auf einen fünfjährigen Zeitraum bezieht, ist ja auch ein relativ starres Instrument. Deshalb ist unser Ansatz auch ein Rahmenplan unter Verzicht auf den Ausweis von Subdisziplinen. Aber wir weisen differenzierter für einzelne Bereiche aus, in denen wir dazu aus Gründen der Qualitätssicherung und Patientensicherheit Bedarf sehen. Flexibilität brauchen wir schon alleine deshalb, weil Versorgungsangebote oft an eine Person gebunden sind und nicht mehr aufrecht erhalten werden können, wenn diese Person ein Haus verlässt. Und es bilden sich zunehmend regionale Verbünde, die neue Versorgungslösungen entwickeln. Betten sind nur eine aus Fallzahlen abgeleitete Größe. Es wurde angesprochen, dass wir nach neuen Instrumenten für die Planung Ausschau halten sollten. Das ist richtig, aber wir müssen auch die Frage beantworten, wie wir vorgehen, bis sie entwickelt sind.

### **Prof. Dr. Dr. h.c. Günter Stock**

Bezogen auf die Entwicklung neuer Versorgungslösungen: Welche Bedeutung messen Sie der Telemedizin zu?

### **Thomas Barta**

Es besteht insgesamt eine Vielzahl von Kooperationen zwischen Krankenhäusern. Von der Charité haben wir eine Liste erhalten, in der 80 bis 85 Projekte aufgelistet und die uns nur teilweise bekannt sind. Viele davon sind Kooperationsprojekte im Bereich der Telemedizin. Telemedizin unterstützt ganz wesentlich die Versorgung in der Fläche. Hier verfügen wir mittlerweile über eine breite Vielfalt von auch sehr erfolgreichen Projekten, bspw. im Bereich der Versorgung von Herzkrankheiten.

**Dr. Maren Bedau**

Zur Frage des Ausweises von Spezialbereichen oder Subdisziplinen war angesprochen, dass wenn ein Ausweis von Subdisziplinen erfolgt, dieser abschließend sein soll. Nur wenn er abschließend ist, kann daraus abgeleitet werden, dass bei fehlendem Ausweis kein Versorgungsauftrag besteht, auch mit Wirkung für die Budgetverhandlungen. Zum angesprochenen Aspekt der Festschreibung des Facharztstandards stellt sich die Frage, ob dies wirklich Gegenstand von planerischen Vorgaben sein muss. Schon allein aus haftungsrechtlichen Gründen werden die Krankenhäuser dies sicherstellen.



## Block III: Erwartungen von Patienten und Patientinnen

### Karin Stötzner Patientenbeauftragte Berlin



Einleitend: Die Patienten sind mit der stationären Versorgung in Berlin insgesamt sehr zufrieden. Sie wissen, dass die Versorgungsqualität hier sehr gut ist.

Die Anzahl der Anfragen liegt bei monatlich etwa 100. Ein Teil der Anfragen bezieht sich auf die Aufnahmesituation in den Rettungsstellen. Beklagt werden zu lange Wartezeiten, eine fehlende oder nur mangelhafte Kommunikation über die Gründe, darunter auch die mangelnde Verfügbarkeit von Fachärzten, die ja auf den

Stationen sind. Besonders viele Beschwerden betreffen die Hochschulambulanzen und die hier offensichtlich besonders langen Wartezeiten. Hier könnte das Management sicherlich deutlich verbessert werden. In den Kinderrettungsstellen fühlen sich die Patienten bzw. Eltern mit ihren Kindern in Notsituationen besonders oft „herumgeschickt“.

Verbesserungen erscheinen besonders dringlich für Patientinnen und Patienten mit Demenz. Diese haben besondere Einschränkungen, auf die der pflegerische Klinikalltag nicht ausreichend eingestellt ist. Häufig sind auch Dekubitus-Probleme zu beklagen.

Menschen mit seltenen Erkrankungen wünschen sich oft spezialisierte Zentren. Und den Problemen behinderter Menschen wird insgesamt zu wenig Rechnung getragen. Erkrankte mit Sprachproblemen bspw. erfahren zu wenig Aufmerksamkeit. Hier fehlen entsprechende Angebote zur Unterstützung durch die Häuser.

Angehörige älterer, multimorbider Patienten beklagen ebenfalls ein zu häufiges „Hin- und Hergeschiebe“ zwischen den verschiedenen Einrichtungen. In der Palliativversorgung wird kritisiert, dass die Überleitung in ein Hospiz nicht rechtzeitig erfolgt. Auf den Intensivstationen werden teilweise die Personalschlüssel nicht eingehalten.

Der Hauptteil der Kritik richtet sich darauf, dass die Patienten nicht genug wahrgenommen werden, zu wenig Personal da ist und das Personal, wenn es da ist, gestresst und daher teilweise überfordert ist. Die Patienten fühlen sich als Fremde in einem System, in dem sie als Mensch nicht vorkommen.

Erforderlich sind vor diesem Hintergrund Strukturvorgaben, die sich sehr viel stärker auf die Personalausstattung beziehen. Die mangelnde Personalausstattung mündet in eine mangelnde Aufklärung, einen fehlenden Einbezug von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. In diesem Zusammenhang ist auch der Umgang mit Fehlern anzusprechen. Fehler passieren, und es wäre wünschenswert, wenn darüber ein offenerer Umgang mit den Patienten erfolgen würde. Erfahrungsgemäß sind die Patienten dann sehr verständnisvoll. Und sie wünschen sich ein offensives, aktives Beschwerdemanagement, das teilweise in den Krankenhäusern aber schwer zu finden ist.

Mit Blick auf das Entlassungsmanagement richten sich die Rückmeldungen der Patienten auf eine zu schnelle Entlassung und das Problem, dass die Zuständigkeiten im Anschluss an die Entlassung, die Übergänge, nicht klar geregelt sind, mit Folgen bspw. für die medikamentöse und die erforderliche ambulante pflegerische Versorgung. Insbesondere bei

den alten, immobilen Patienten bestehen hier zahlreiche Probleme. Die Sozialdienste als wichtige Schnittstelle sind personell zu schwach ausgestattet, und es entsteht bisweilen der Eindruck, dass die Sozialdienste übergangen werden, wenn aus ökonomischen Gründen frühzeitig entlassen werden soll. Hier wünschen sich die Patienten Verbesserungen und hier sollten die Krankenhäuser auch im Sinne des § 11 Abs. 4 SGB V klar und stärker die Verantwortung übernehmen.

Erforderlich sind ferner Qualitätsindikatoren, die leicht verständlich sind und den Patienten klare Entscheidungen ermöglichen. Schnell werden wir wohl nicht zu solchen Indikatoren gelangen, die auch als Grundlage für Förderentscheidungen geeignet sind. Letzteres würden wir aber sehr begrüßen.

Bei der hier in Berlin geführten Diskussion über Hygienerichtlinien wurde zunächst die Auffassung vertreten, dass sich ihre Formulierung und die Verständigung auf Indikatoren als zu schwierig, zu komplex erweisen wird. Die Praxis hat aber gezeigt, dass der gemeinsame Wille einiges in Bewegung zu setzen vermag, auch wenn die Indikatoren derzeit noch etwas behelfsmäßig anmuten. Aber immerhin haben drei Viertel der Häuser aktuell schon entsprechende Informationen bereitgestellt.

In Bezug auf die Aspekte Qualität und Transparenz sind mehr verständliche und leicht zugängliche Informationen erforderlich, bspw. Versorgungspfade, die den Patienten die Orientierung erleichtern. Auch liegen uns systematische Patientenbefragungen sehr am Herzen, und wenn diesbezügliche Strukturvorgaben erfolgen würden, wie das in Hamburg offenbar angedacht ist, würden wir auch das sehr begrüßen und unterstützen.

Insgesamt setzen sich die Patientenverbände in den Gremien für Schwerpunktsetzungen, für Konzentration in Zentren und in der Tendenz auch für Mindestmengen ein. Im G-BA wurde oft versucht, auf entsprechende Strukturvorgaben zu drängen. Wenn dieser Weg in Berlin beschritten werden soll, werden wir das unterstützen.

Bezogen auf Themen, die öffentlich kritisch diskutiert werden, wie bspw. die jüngste Diskussion im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin, wäre eine klare Information der Häuser wünschenswert, wie mit derlei Problemen im Haus umgegangen wird, wie vorgebeugt wird. Dadurch kann sehr viel Vertrauen wieder hergestellt werden.

Die Patienten leiden an den Folgen der ökonomischen Restriktionen, obwohl die Heilung im Vordergrund stehen sollte. Vor diesem Hintergrund muss die Diskussion, wie die Balance zwischen Ökonomie auf der einen und Ethik auf der anderen Seite hergestellt werden kann, intensiver geführt werden.

Vortrag von Frau Stötzner → [hier klicken](#)

### **Prof. Dr. Dr. h.c. Günter Stock**

Als zentrale Anregung ergibt sich demnach erstens ein Leitsystem, das in stark patientenorientierter Form sicherstellt, dass die Patienten rasch dahin geführt werden, wo diese auch hin möchten und auch sollen. Ein zweiter wichtiger und angesprochener Aspekt bildet auch aus der Perspektive der Qualitätssicherung das Entlassungsmanagement. Drittens lag die Betonung stark auf der Frage der Personalausstattung, und damit einer Frage, der wir uns auch angesichts des hohen Krankenstandes dieser Berufsgruppe noch einmal intensiv stellen müssen.

## Erwartungen aus Sicht der Abgeordnetenhausfraktionen



### **Prof. Dr. Dr. h.c. Günter Stock**

In den nun folgenden Statements der Politik zur Thematik wird um Berücksichtigung insbesondere der folgenden Fragen gebeten:

- Soll aus Ihrer Sicht Gesundheit als relevanter Wirtschaftsfaktor angesehen werden, wobei unbestritten ist, dass er es ist?
- Wie definieren Sie die Prioritäten des Versorgungsauftrages des Landes?
- Haben Sie Ergänzungsbedarf zur gemeinsamen Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, oder ist hier alles bereits gesagt?
- Welche Regelungstiefe soll der Krankenhausplan aufweisen, eher qualitativ, auf das Nötigste beschränkt, oder soll er eine hohe Regelungstiefe aufweisen?

### **Dr. Wolfgang Albers, Mitglied im Abgeordnetenhaus, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion Die Linke**



Nein, Gesundheit ist nicht primär unter dem Aspekt „Wirtschaftsfaktor“ zu sehen, sondern sie ist wesentliches Element unserer Daseinsvorsorge. Es bedeutet einen Paradigmenwechsel in unserem sozialen Gefüge, wenn Krankheit zunächst unter dem Blickwinkel betrachtet wird, wie Geld damit verdient werden kann und zunehmend „Gesundheitsversorgung“ mit entsprechenden Renditeerwartungen verbunden wird. Unser DRG-System zum Beispiel kennt gar keinen „Rendite-Faktor“ und bildet eine Rendite-Erwartung auch nirgendwo ab.

Die Länder kommen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur dualen Finanzierung seit Jahren nicht nach. Es kann nicht weiter so laufen, dass die Häuser sich die fehlenden Investitionsmittel aus den Geldern abzweigen, die sie von den Krankenkassen für die Versorgung erhalten.

Die politisch gewollte wettbewerbliche Ausrichtung der Kliniken hat zur Folge, dass die Frage der Erhaltung eines Standorts oder des medizinischen Angebots mehr zu einer wirtschaftlichen, denn zu einer des Versorgungsbedarfs wird. Damit verbindet sich bei

einer zu starken Rücknahme der Regelungstiefe die Gefahr, dass das Bettenangebot eben rein nach wirtschaftlichen Kriterien ausgerichtet wird und nicht nach den eigentlichen Versorgungserfordernissen. Wir erleben das ja als „Flucht zu den Fleischtöpfen“ gerade im ambulanten Bereich.

Berliner Krankenhausplanung ist grundsätzlich kein Kompass für weiteren Bettenabbau. Da ist das Ende der Fahnenstange erreicht. Im Gegenteil: In bestimmten Bereichen brauchen wir wieder mehr Betten, Einfache Umwidmungen, wie bisher zumeist, reichen da nicht aus.

Die hier angesprochene Mindestmengen-Diskussion erscheint aufgrund der Anreize, die sie selber liefert, die eigenen Mengen auszuweiten, als paradoxe Diskussion. Mindestmengen-Debatten bergen zudem das Risiko, Anbieter mit großen Mengen, aber schlechter Qualität zu belohnen und solche mit geringeren Mengen, aber hoher Qualität zu bestrafen.

Meine Fraktion steht dafür, dass die ab Juni 2015 frei werdenden Gelder aus dem Schuldentilgungsprogramm der 90-er Jahre in Höhe von knapp 37 Mio. Euro p.a. für Investitionen in den Krankenhäusern weiter zur Verfügung gestellt werden.

In der hier ebenfalls bereits angesprochenen Qualitätsdiskussion ist bitte zu berücksichtigen, dass diese Qualität in der Regel auch nicht kostenlos zu haben ist. So werden bspw. mit den Vorgaben zur Krankenhaus-Hygiene, Standards eingefordert, die erhebliche finanzielle Aufwendungen für die Häuser bedeuten können. Und diese müssen diese dann wieder aus den Einnahmen quersubventionieren, die sie von den Kassen erhalten, weil die Länder ihrerseits den eigenen finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommen (können), andererseits aber politisch und in der öffentlichen Diskussion diese Standards setzen.

Und weil es auch angesprochen wurde: Zunehmend Einnahmen generieren durch Steigerung des Case Mix-Index. Das ist eine Schimäre. Der CMI ist nicht beliebig steigerbar, so wie die Morbidität unserer Bevölkerung nicht beliebig steigerbar ist. Schon allein deshalb taugt dieser Weg nicht zur strukturellen Lösung der Finanzierungsproblematik unserer Krankenhäuser.

Zum Schluss: Die CDU behauptet in ihrem Wahlprogramm auf Seite 66, sie verfüge als einzige Partei über ein „langfristiges und ausfinanziertes Programm, das Charité und Vivantes endlich die notwendigen Investitionen, Berufungen sowie Planungssicherheit ermöglicht.“

Es wäre schön, wenn sie auch nur etwas davon in den neuen Krankenhausplan einfließen lassen würden.



### **Heiko Thomas, Mitglied im Abgeordnetenhaus, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen**

Berlin-Brandenburg muss in der gesamten Kette betrachtet werden, eine Unterscheidung nach Medizintechnik, Arzneimittel, Versorgungsgrad usw. ist nicht sinnvoll. Auch insofern ist Gesundheit ein Wirtschaftsfaktor.

Vieles von dem, was im Verlauf der Veranstaltung besprochen worden ist, wird nur mit Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin umgesetzt werden können. Sie sollte in jedem

Fall einbezogen werden. In Berlin besteht eine ausgesprochen günstige Situation, nachdem in den vergangenen 20 Jahren der erforderliche Kapazitätsabbau erfolgreich vorgenommen worden ist. Die angesprochene Personalsituation sehen auch wir kritisch.

Im Frühjahr wird politisch entschieden werden, ob die 33 Mio € für die Krankenhausfinanzierung gehalten werden können. Wir glauben, das allein wird aber nicht reichen. Möglicherweise werden wir uns in der Zukunft damit aber gar nicht mehr befassen müssen. Das wird von den politischen Weichenstellungen auf Bundesebene abhängen. Möglicherweise wird der Umstieg auf ein monistisches Finanzierungssystem ja erfolgen. Das sehe ich allerdings noch nicht.

Sie sollten in jedem Fall versuchen, den Investitionsbedarf deutlicher und auch für die Abgeordneten in klarerer Form verständlich zu machen, dass man mit Geld im Krankenhausbereich auch steuern kann. Bei den politischen Beratungen und Entscheidungen erfolgt unter den ja auch für das Land geltenden finanziellen Restriktionen immer eine Abwägung mit anderen Bereichen, wie bspw. den Schulen und den hier bestehenden Investitionserfordernissen.

Meine Partei befürwortet sehr stark die Überwindung der Sektoren. Auch wenn sie den Krankenhausplan in Richtung Qualität weiter entwickeln, haben Sie mich an Ihrer Seite.

### **Thomas Isenberg, Mitglied im Abgeordnetenhaus, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion der SPD**



Die Krankenhauswirtschaft ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor in der Stadt, dem große Bedeutung für die Beschäftigungs- und für die Produktivwirtschaft zukommt.

Vom Selbstverständnis der SPD her haben die Krankenhäuser einen öffentlichen Versorgungsauftrag und das Land hat die Organisation der Krankenhausdienstleistungen auf kommunaler Ebene sicherzustellen.

Eine Privatisierung in größerem Umfang ist in der jüngeren Vergangenheit mit der Zusammenfassung der kommunalen Kliniken unter dem Dach von Vivantes in der Rechtsform einer privatwirtschaftlichen GmbH geleistet worden. Und hier erzielte Gewinne müssen nicht an das Land abgeführt werden. Das ist als Haushaltspolitikum erst einmal erklärungsbedürftig, zumal für weitere Mittel auf Zinszahlungen verzichtet wurde.

Als Mitglied der SPD bin ich stolz, dass wir das Investitionsvolumen in den vergangenen Jahren halten konnten. Es besteht ein Mehrbedarf; realpolitisch gesehen gibt es aber keine politische Lobby dafür, die Investitionsmittel zu erhöhen.

Auf Bundesebene ist bei der SPD die Umstellung auf ein monistisches Finanzierungssystem Beschlusslage. Das wird der Weg sein, der im Weiteren diskutiert werden muss. Vor diesem Hintergrund muss auch gefragt werden, ob das DRG-System richtig ausgestaltet ist, und auch, ob weitere Liberalisierungen erfolgen sollen. Die SPD hat hier in Berlin zuletzt weitere Flexibilisierungen nicht unterstützt.

Mein Ziel wäre es, die Versorgung einzelner Krankheiten einmal genauer zu analysieren, bspw. die Versorgung von Diabetikern, von Schlaganfall-Patienten, geriatrischen Patienten und daraus abzuleiten, welche Strukturen einschließlich der Strukturen im ambulanten Bereich und der hier relevanten Bedarfsplanung gewollt sind.

Insgesamt würde ich einen Weg mehr aus der gesundheitspolitischen Planung favorisieren, in dem dann auch Marktprozesse ihren Platz finden.

Zum mehrfach angesprochenen Aspekt der Hygiene: Ich wünsche mir, dass alle Krankenhäuser am Aktionsbündnis „Saubere Hände“ teilnehmen und dass alle Hygienedaten auch veröffentlicht werden. Das Thema Überleitungsmanagement ist Bestandteil des Koalitionsvertrages, auch weil wir das in der Novelle des Landeskrankenhausgesetzes in der vergangenen Legislaturperiode nicht mehr umsetzen konnten.

### **Simon Kowalewski, Mitglied im Abgeordnetenhaus, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion Die Piraten**



Gesundheit ist tatsächlich auch ein Wirtschaftsfaktor, aber die Maxime des ständigen Wachstums ist im Gesundheitswesen fehl am Platz.

Qualitätsanforderungen müssen dagegen ihren Platz im Krankenhausplan haben. Qualität hat auch seinen Preis, aber es sollte nicht vergessen werden, dass eine hohe Qualität auch Folgekosten vermeidet.

Qualitätserhöhung lässt sich durch Spezialisierung der Krankenhäuser unter Abstimmung zwischen Berlin und Brandenburg erreichen, bspw.

bei seltenen Krankheiten oder auch in der Adipositaschirurgie. Flankierend dazu ist es erforderlich, in für Patienten verständlicher Form klar aufzuzeigen, welche Krankenhäuser auf welchen Gebieten eine besonders hohe Qualität aufweisen. Dann werden die Patienten auch bereit sein, ggf. größere Entfernungen in Kauf zu nehmen.

In Bezug auf die hier angesprochenen qualitativen Aspekte und in Bezug auf Transparenz werden die von Frau Stötzner vorgetragenen Forderungen voll unterstützt.

Eine Detailliertheit des Planes ist erforderlich, wobei man die erforderliche Anpassungsflexibilität durch eine Verkürzung des fünfjährigen Planungszyklus erreichen könnte.

Der Marktzugang muss immer möglich sein. Gibt es zu viele Interessenten für einen Bereich, dann kann die Auswahlentscheidung anhand der Qualitätskriterien vorgenommen werden.



### **Gottfried Ludewig, Mitglied im Abgeordnetenhaus, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion der CDU**

Aus Sicht der CDU-Fraktion ist zunächst die Finanzierung zu nennen. Bezogen auf die Verwendung der Mittel aus dem Darlehensprogramm für die Krankenhausfinanzierung steht ein harter Kampf bevor, wobei die erste Tranche von 17 Mio € für den anstehenden Doppelhaushalt 2014/15 relevant wird.

Der Weg, der mit der Stärkung der Pauschalförderung eingeschlagen worden ist, ist weiter zu ver-

folgen. Die Krankenhäuser sollten Planungssicherheit erhalten, die ihnen die Möglichkeit gibt, sich langfristig weiterzuentwickeln.

Die Stärkung von Qualitätsaspekten im Plan wird befürwortet. Beantwortet werden muss hier die Frage, welche Möglichkeiten bspw. in Bezug auf die Personalsituation bestehen, und es kann auch die Frage gestellt werden, ob man den im Bereich der Geriatrie eingeschlagenen Weg in Bezug auf Vorgaben zum Facharztstandard auch auf andere Bereiche übertragen kann.

Ein weiterer Aspekt, der noch näher zu prüfen ist, ist die Frage, ob Zertifizierung eine gute Grundlage dafür bilden kann, sich in der Krankenhausplanung zu orientieren? Vor dem Hintergrund der Mindestmengendiskussion und den Grenzen, hier auch fundiert Nachweise erbringen zu können, müssen wir in der Politik möglicherweise andere Wege der Qualitätssicherung finden.

Zur Frage der Rahmen- oder der Detailplanung: Über den Hamburger Weg sollte auch in Berlin nachgedacht werden. Gewisse Bereiche müssen ausgewiesen werden und für einige Bereiche, wie bspw. die Herzchirurgie oder die Perinatalmedizin, ist vielleicht sogar eine größere Detailtiefe erforderlich. Im Grundsatz aber wird eine Rahmenplanung befürwortet und es ist nicht in jedem Bereich der Ausweis von Subdisziplinen notwendig.

In der Geriatrie steht spätestens ab dem Jahr 2020 eine große Herausforderung bevor, nicht nur in Brandenburg. Darauf müssen wir vorbereitet sein. Wie kann ein übergreifendes, ganzheitliches Versorgungskonzept aussehen? Dies ist ein Aspekt, dem große Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte.

Die Konzentration in Zentren gehört bereits zur Lebenswirklichkeit der Kliniken. Ein Blick in die Landschaft zeigt, dass an Kliniken gegenwärtig vielfältige Zentren bestehen: Tumorzentren, Diabeteszentren und viele andere mehr. Was aber sind Zentren und welche Maßstäbe sind an ein Zentrum anzulegen? Könnte das nicht ein lohnender Ansatz sein, darüber verstärkt im Kontext der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung nachzudenken?

## Abschlussdiskussion mit dem Auditorium



### Prof. Dr. Dr. h.c. Günter Stock

Die Meinung des Auditoriums ist nun gefragt und erwünscht. Aus dem Verlauf des Workshops bis hierher dazu als Anregungen:

- Sollen wir uns für die weitere Gestaltung der Krankenhausplanung in einem ersten Ansatz Best Practice-Ansätze suchen?
- Wie stehen wir zum Thema Qualität, zu den im Zusammenhang mit der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg angesprochenen Aspekten und in welcher Planungstiefe wünschen wir uns die Krankenhausplanung?
- Wie sollen bzw. wie können wir mit der aufgezeigten Problematik im Bereich der Personalausstattung umgehen?
- Wir haben gehört, dass wir keine starke Lobbygruppe bilden. Wie können wir also die Lobbytätigkeit stärken?

### Bernhard Motzkus:

Erster Punkt: Die Krankenhausinvestitionsfinanzierung durch die Länder ist ein gesetzlicher Auftrag. Die Krankenhäuser und die Krankenkassen könnten ein Bündnis eingehen und eine Sammelklage einreichen, um auf diesem Weg die Mittel einzufordern. Eine Klage könnte hier die Landschaft ändern.

Noch ein zweiter Punkt: In Berlin haben wir zu viel Universitätsmedizin. Die ist teuer. Bislang ist kein Nachweis dafür erbracht, dass wir hier 3.000 Bet-





ten brauchen, 1.500 Betten würden reichen. Warum soll Berlin die Last der Universitätsmedizin alleine tragen? Hier könnte einiges gespart werden und Brandenburg würde die Chance auf eine eigene Universitätsmedizin erhalten.

**Herr Thomas Isenberg:**

Der Vorschlag, die Hochschulmedizin abzubauen, ist politisch nicht diskutabel und auch vor dem Hintergrund nicht diskursfähig, dass Berlin sich auch als Wissenschaftsstandort definiert. Zu der angesprochenen Finanzierungsthematik: Wenn man das Thema realpolitisch behandeln wissen will, muss man einen neuen Finanzierungsweg finden, eine andere Möglichkeit besteht nicht.

**Herr Dr. Wolfgang Albers:**

Man muss konstatieren, dass die Finanzierung der Hochschulmedizin Bundesaufgabe werden muss. Mit ihrer Finanzierung sind Länder einfach überfordert.

**Frau Dr. Anke-Britt Möhr**

Zur Klarstellung: Die Kassen haben zur angesprochenen Finanzierungsklage keine Klagebefugnis.

Die Diskussion um Qualität geht in die falsche Richtung, denn gute Qualität rechnet sich. Das Problem besteht vielmehr an der Stelle, dass wir derzeit kaum über Qualitätskriterien verfügen, die wir auch messen können. Hierzu haben wir als AOK mit der Weißen Liste begonnen. Einigen von Ihnen sagt sicher auch die Qualitätssicherung mit Routinedaten etwas. Wir haben dazu „Krankenhausbäumchen“ im AOK-Krankenhausnavigator aufgebaut, die auch für Patienten leicht verständlich sind. Eine objektive Messung von Qualität ist uns derzeit nicht möglich: Wir können nur sagen, welches die Krankenhäuser sind, die schlechter oder besser als der Durchschnitt sind oder dem Durchschnitt entsprechen.

Was wir aus Szenarienberechnungen wissen, ist, dass der Kostenunterschied zwischen einem Haus mit überdurchschnittlicher Qualität und einem Haus mit unterdurchschnittlicher Qualität bspw. bei einer Totalendoprothese bei ca. 1.500 € liegt.

Und weil wir so wenig Instrumente für die Messung von Qualität haben, werben wir für eine hohe Planungstiefe, wobei es aus unserer Sicht nicht von Bedeutung ist, ob wir das Subdisziplin, Aufgabenschwerpunkt oder Spezialisierung nennen. Uns erscheint wichtig, dass die Planung abschließend ist. Bei hochspezialisierten Leistungen darf das Feld für Tätigkeitsausweitungen nicht geöffnet werden. Im Bereich der Thoraxchirurgie haben wir in einem Fall die Erfahrung gemacht, dass ein Krankenhaus vor Gericht Recht bekommen hat, Leistungen zu erbringen, ohne dass eine Thoraxchirurgie bestand und ohne dass ein Thoraxchirurg im Haus beschäftigt war. Deshalb unser Plädoyer dafür, dass Planung abschließend sein muss.

**Heiko Thomas**

Alleine zu werben reicht nicht. Ideen sind erforderlich, ansonsten kann den anderen Politikern nicht klar gemacht werden, warum mehr Geld für den Krankenhaussektor benötigt wird. Dafür muss man zeigen, was hat der Wähler, der Bürger davon, was haben die Mitarbeiter in den Krankenhäusern davon? Mit Blick auf die Planung müssen wir angesichts der Dynamik in der Innovationsumsetzung einen Weg finden, wie wir zu zeitnäheren Beurteilungen gelangen können, ob es nicht nur etwas Neues, sondern auch etwas Besseres ist. Und



zur Planungstiefe: Ich möchte eine genaue Detailplanung haben, nicht zuletzt, weil jedes System anfällig dafür ist, dass sich die „Player“ darauf einstellen und verbliebene Freiräume nicht immer konform zu den eigentlichen Zielen genutzt werden.

### **Mario Czaja**

Wir haben eine Reihe von Aspekten herauskristallisiert, die einer weiteren Erörterung in Arbeitsgruppen bedürfen. Die Krankenhausinvestitionen der 90er Jahre werden wir nicht mehr erreichen. Also bedarf es anderer, auch qualitativer Argumente, damit wir jetzt, nach Auslaufen des Darlehensprogramms, einen Schritt weiter kommen. Ein nächster Schritt könnte bspw. sein, dass wir uns über eine Größenordnung für die Krankenhausfinanzierung über einen längeren Zeitraum verständigen und den Trägern so Planungssicherheit verschaffen. Das könnte über Verpflichtungsermächtigungen erfolgen, die an die Leistungsmenge und Fallschwere anknüpfen. Verpflichtungen über längere Zeiträume sind aber grundsätzlich nur schwer im Haushaltsplan zu verankern, weshalb gute Argumente erforderlich sind. Mein Wunsch an diesen Workshop wäre neben den qualitativen Aspekten auch, zu beantworten, ob man hier



möglicherweise zu einem Commitment kommen kann. Damit könnten wir für die gesamte Berliner Krankenhauslandschaft etwas Ähnliches erreichen, was wir im Fall Vivantes erreicht haben. Das Land gibt dem Unternehmen ein Patronat und Vivantes kann relativ günstig Kredite deshalb aufnehmen, weil eine längerfristige Zusage für die Investitionsmittelförderung besteht.

### **Dr. Moreno (Charité)**

In der Charité vergleichen wir seit drei Jahren Planungsmethoden im Hinblick auch darauf, welche Planungsmethoden am Zukunftsträchtigsten sind. Vor dem Hintergrund dieser Arbeit möchte ich für die Berücksichtigung von Best Practice-Ansätzen plädieren und möchte auch die Einrichtung einer Arbeitsgruppe anregen, die sich mit Best Practice-Ansätzen beschäftigt.

### **Prof. Dr. Frei:**

Möglicherweise wird es der Politik und den Krankenkassen noch eine Zeitlang gelingen, den Eindruck aufrecht zu erhalten, dass die Ursache für die von Frau Stötzner aufgezeigten Defizite in der Insuffizienz der Krankenhäuser zu suchen sind. Aber es wird bald offenbar werden, dass die Ursache eine Unterfinanzierung der Krankenhausversorgung ist und die Investitionen aus Überschüssen höherer Mengen und aus Einsparungen beim Personal finanziert werden müssen. In Bremen wurden in der Krankenhausversorgung die Mittel so weit abgesenkt, dass daraus ein Skandal entstanden ist. Alleine mit Mengensteigerungen geraten wir in eine Schere, die wir nicht mehr schließen können. Vielleicht müssen sich Politik und Bürger darüber verständigen, wie viel ihnen die Krankenhausversorgung wert ist? Es kann dauerhaft nicht so sein, dass über Mengensteigerungen versucht werden muss, die fehlenden Investitionsmittel aufzubringen. Und vielleicht stellt sich ja heraus, dass der Bürger bereit ist, mehr Geld für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bezahlen.

**Prof. Dr. Dr. h.c. Günter Stock**

Die Diskussion hat gezeigt, dass wir das Thema Qualität einer intensiven Diskussion zuführen müssen.

Im Bereich der pharmazeutischen Industrie wurde den Unternehmen zunächst der Zwang auferlegt, die Wirksamkeit, dann den Nutzen nachzuweisen, obwohl es dafür keine richtigen Methoden gab. Heute wird in diesem Bereich auf Kosten-Nutzen-Analysen abgestellt. Das zeigt, dass es Modelle gibt, wenn man diese wirklich will.

Die Diskussion hat auch gezeigt, dass das Angebot der Gesundheitsverwaltung von Herrn Czaja, den Dialog frühzeitig aufzunehmen, freudig angenommen wird.

Anhand des Protokolls sollten wir noch einmal diskutieren, in welchen Arbeitsgruppen wir welche Punkte in vertiefenden Diskussionen und Arbeiten weiter voranbringen. Und die Bitte an Sie wäre, sich auch daran aktiv zu beteiligen. Wenn wir es schaffen, diesen Prozess in den kommenden eineinhalb Jahren weiterzuführen, dann glaube ich, dass wir eine Chance haben, zu einem Krankenhausplan zu gelangen, der ordentlich ist.

Abschließend möchte ich Ihnen und den Referenten für den offenen und konstruktiven Dialog danken.

**AOK Nordost – Die Gesundheitskasse**

**Der neue Berliner Krankenhausplan  
- Workshop -**

**Dr. Anke-Britt Möhr  
Geschäftsführerin Stationäre Versorgung und SLE**

**Berlin, 6. Dezember 2012**



# Erwartungen der AOK Nordost

Ausweisung von Subdisziplinen



Festlegung von Qualitätskriterien



Rechtliche Verbindlichkeit



Betrachtung von Berlin und Brandenburg



Bekanntnis zur Aufgabenteilung



Betrachtung aller Sektoren



Einbeziehung der KVen



Der Planungsverantwortung gerecht werden



Sektorübergreifende Konzepte statt Hospitalisierung



Stützung der ambulanten Versorgung in Brandenburg



Neustrukturierung des Oligopols Charité/Vivantes



# Workshop zum neuen Berliner Krankenhausplan Erwartungen der Krankenkassen

Gabriela Leyh

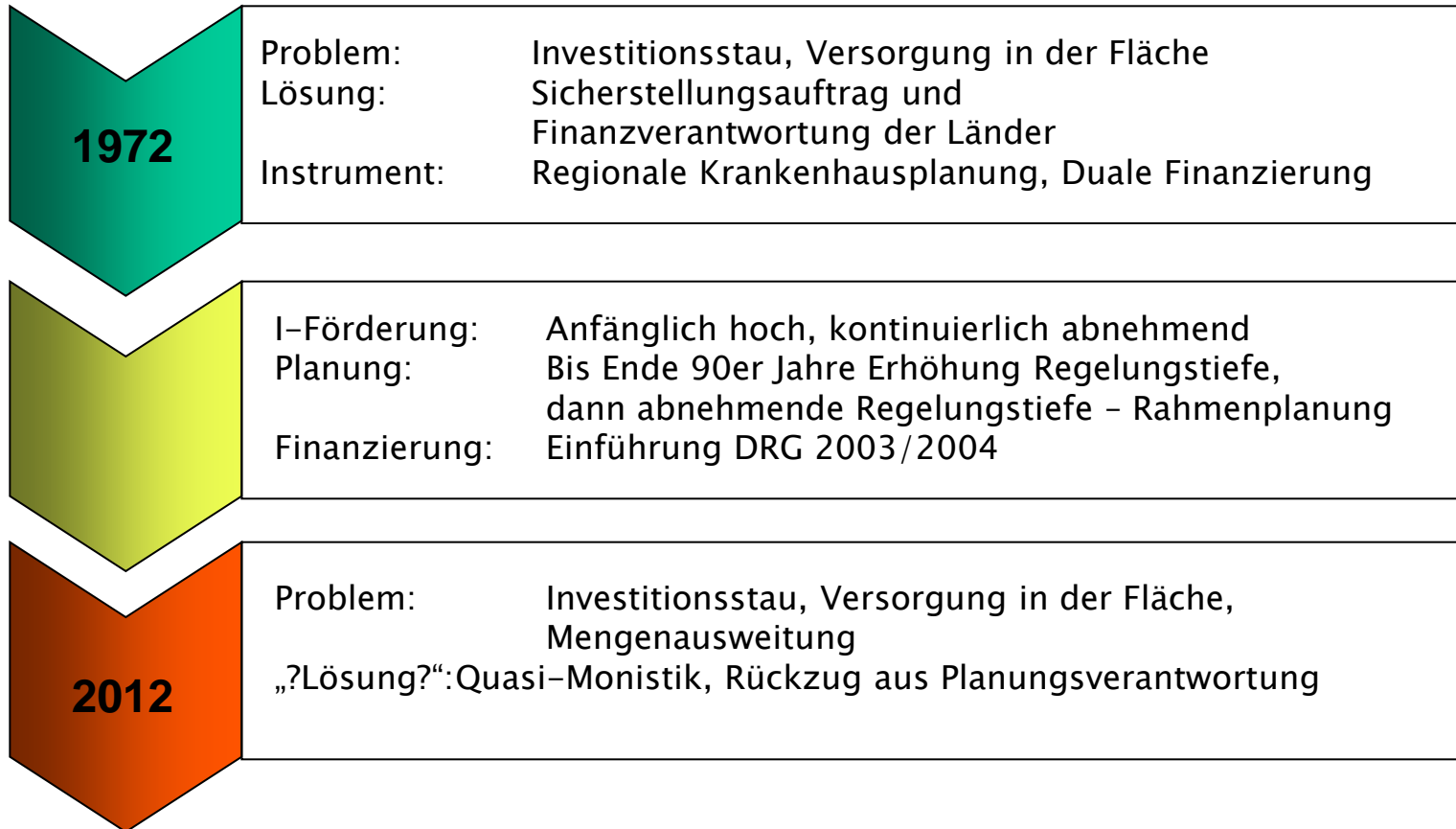
Verband der Ersatzkassen e. V.

Landesvertretung Berlin/Brandenburg

Workshop Krankenhausplan am 6. Dezember 2012

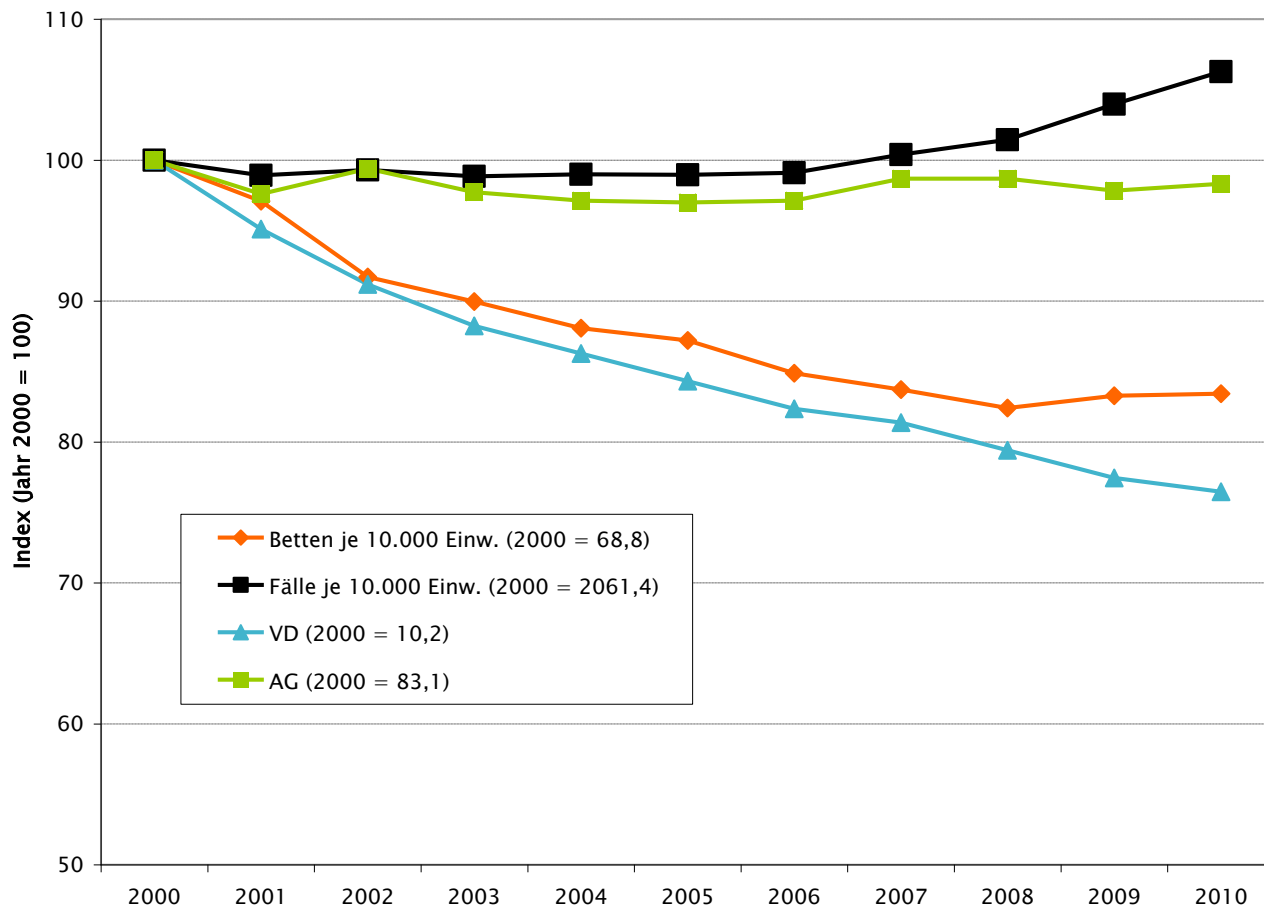
# 1. Ausgangssituation

## 1.1 Historischer Kontext – 40 Jahre KHG



# 1. Ausgangssituation

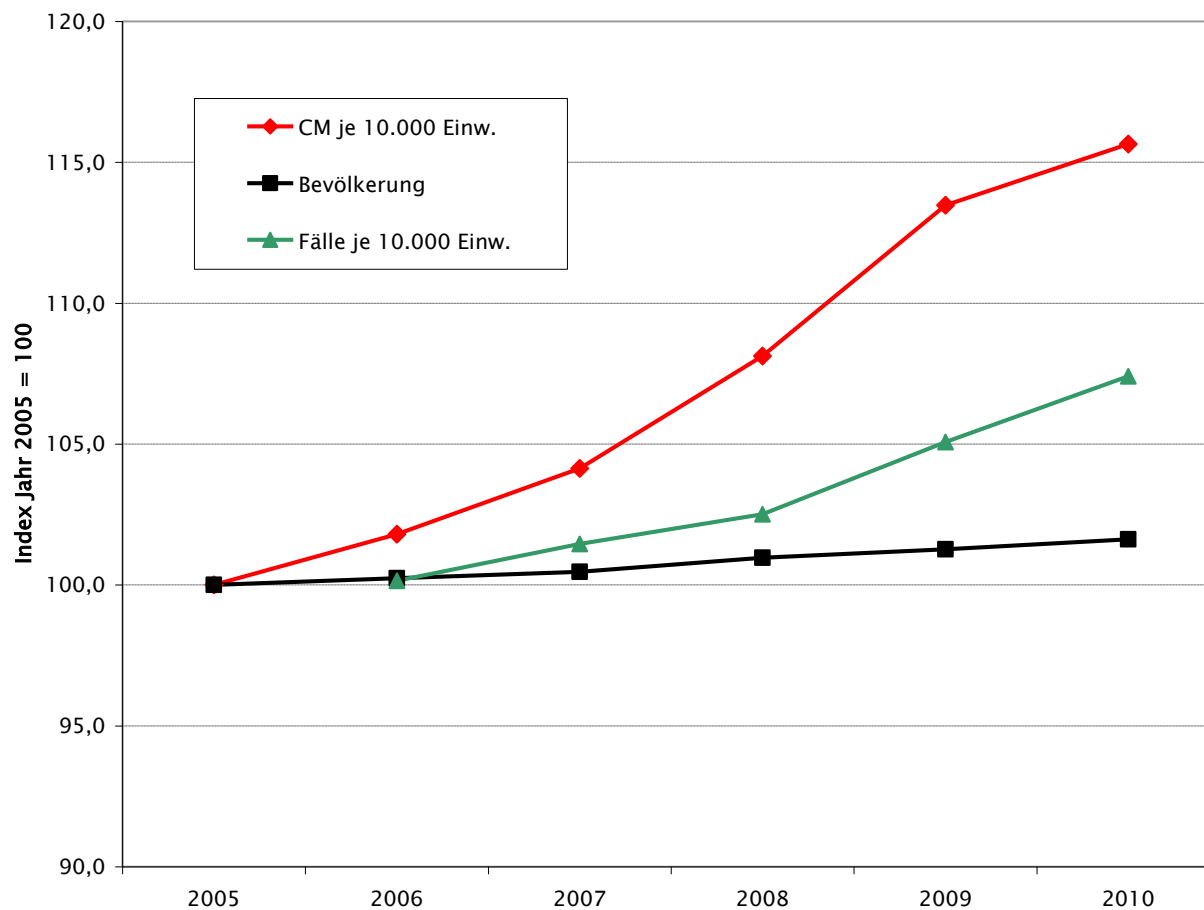
## 1.2 Berliner Zahlen – Alles im Lot?





# 1. Ausgangssituation

## 1.2 Berliner Zahlen – Alles im Lot?



# 1. Ausgangssituation

## 1.3 Berliner Realität 2012 – Drei Thesen

- **Krankenhausplanung wird zunehmend reaktiv**  
Die Krankenhausplanung zeichnet Entwicklungen am Markt nur noch nach. Ökonomisch starke Krankenhausträger setzen durch eigene Investitionen Fakten.
- **Krankenhausplanung öffnet zunehmend Markteintrittsmöglichkeiten**  
Verminderung der Regelungstiefe öffnet Marktmöglichkeiten für Krankenhausträger – Ausweitung des Leistungsspektrums (Portfolio) je Standort.
- **Krankenhausplanung richtet sich nach Investitionsmöglichkeiten**  
Krankenhäuser ebnen den Weg zur Aufnahme in den Krankenhausplan über Fördermittelverzicht. Planungsentscheidungen werden über Investitionsmöglichkeiten (mit-) bestimmt und nicht nur nach Bedarfs- und regionalen Versorgungsgesichtspunkten.

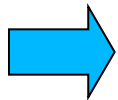
## 2. Erwartungen der Krankenkassen

### 2.1 Investitionsförderung

#### Gesetzlicher Auftrag der Länder: Förderung der Investitionskosten!

aber ...

- „... kann **durch die Bettenerhöhung** die wirtschaftliche Betriebsgröße optimiert werden, die es eher erlaubt, **Investitionsmittel aus laufendem Ergebnis** zu realisieren.“
- „Das Bettenhaus ist mit einem Investitionsvolumen von rd. 20 Millionen Euro **vollständig aus Eigenmitteln** ... ohne öffentliche Förderung finanziert.“
- „Notwendige **Investitionen** müssen zunehmend **aus eigener Kraft** finanziert werden. Die **Voraussetzungen dafür schaffen Land** ...“.



**Das Land muss der gesetzlichen Verpflichtung nachkommen, ausreichend Mittel zur Verfügung stellen, um eine an Bedarfsnotwendigkeit, Erreichbarkeit und Qualität ausgerichtete Planung zu fördern. Es darf kein Basar zu Lasten Dritter eröffnet werden.**

## 2. Erwartungen der Krankenkassen

### 2.2 Planungssicherheit und –zuverlässigkeit

**Planung braucht (Rechts–) Sicherheit und Zuverlässigkeit für alle Beteiligten – Krankenhausträger, aber auch Krankenkassen**

- **Transparenz im Verfahren – auch für Einzelfortschreibung**

Akzeptanz und Rechtssicherheit bedingen ein transparentes Verfahren – gerade auch für Einzelfortschreibungen. Eine isolierte Betrachtung führt hier zu einem Mehr an Kapazität ohne Nutzen für die Allgemeinheit.

- **Rechtssicherheit herstellen**

Planentscheidungen müssen klar, nachvollziehbar und für die Selbstverwaltungspartner umsetzbar in den Feststellungsbescheiden fixiert werden.

- **Planungsentscheidungen umsetzen**

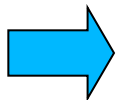
Planentscheidungen dürfen nicht durch „Aussitzen“ oder taktische Einzelfortschreibungen ausgehebelt werden. Konfliktfähigkeit statt Ausweichstrategien. Letztere führen regelmäßig zu zusätzlichen Kapazitäten

## 2. Erwartungen der Krankenkassen

### 2.3 Qualitätsanforderungen

**Der Weg der Länder hin zur Gewährleistungsplanung verbunden mit der Investitionsrealität und den Wirkmechanismen des Finanzierungssystems bedarf neuer Wege der Qualitätssicherung auch über die Krankenhausplanung**

- Rahmenbedingungen festlegen für sinnvolle Konzentrationsprozesse.
- Festlegung von Strukturvoraussetzungen für Leistungserbringung.
- Perspektivisch: Rahmen schaffen für planerischen Wirkmechanismen für Ergebnisqualität.



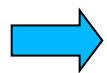
**Das Land Berlin muss die gegebenen Möglichkeiten offensiv ausloten und rechtssicher über Feststellungsbescheide implementieren**

## 2. Erwartungen der Krankenkassen

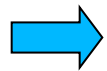
### 2.4 Länderübergreifende Anforderungen

**Das Land Berlin und das Land Brandenburg sind gemessen an der Patientenwanderung und regionalen Lage eine Gesundheitsregion in gemeinsamer Verantwortung beider Länder**

- Stärkung der Metropolfunktion durch sinnvolle Konzentration der Hochleistungsmedizin.
- Stärkung der Regionen in der Fläche durch intelligente Kooperation und Abstimmung der Vorhaltungen.
- Planentscheidungen bedürfen der vorherige Abstimmung eines Gesamtkonzeptes für 2018 – heutige Strukturentscheidungen dürfen gemeinsame Zielsetzung nicht be- oder verhindern.



**Verbindliche, schriftliche Fixierung einer gemeinsamen Zielsetzung**



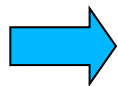
**Abstimmung der Planungsmethodik**

## 2. Erwartungen der Krankenkassen

### 2.5 Rechtliche Anforderungen

#### **Sinnvolle Weiterentwicklung der Krankenhausplanung bedarf ggf. der Weiterentwicklung des rechtlichen Rahmens**

- Noch stärkere gesetzliche Absicherung der Möglichkeit, Qualitätskriterien rechtssicher festzulegen.
- Für die Selbstverwaltungspartner müssen die Qualitätskriterien einen verbindlichen Charakter entfalten bis hin zur Schiedsstellenfähigkeit.
- Es bedarf der klareren Regelung bzgl. der planerisch verbindlichen Festlegung von Zentren und Schwerpunkten um den derzeit feststellbaren Wildwuchs in geordnete Bahnen zu lenken.

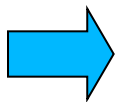


**Gemeinsam prüfen, an welchen Stellen Gesetzesinitiativen des Landes notwendig sind.**

## 3. Fazit

### 3.1 Motivlage der Krankenkassen

- **Erreichbarkeit**  
Krankenhausleistungen müssen für alle Versicherten in akzeptabler Zeit erreichbar sein.
- **Qualität und Transparenz**  
Krankenhausleistungen müssen auf qualitativ hohem Niveau erbracht werden und ein Höchstmaß an Sicherheit für die Patientinnen und Patienten bieten.
- **Finanzierbarkeit**  
Krankenhausleistungen dürfen die finanzielle Leistungsfähigkeit des Solidarsystems nicht überfordern.



**Es ist eine qualitätsgesicherte Kapazität vorzuhalten, die für eine medizinisch notwendige Leistungserbringung ausreichend ist**



## 3. Fazit

### 3.2 Berliner Realität 2018 – Drei Wünsche

#### **Das Land Berlin kommt seinem gesetzlichen Auftrag zur Investitionskostenfinanzierung nach**

Planungsentscheidungen werden nach Bedarf und Leistungsfähigkeit gefällt, Krankenhäuser können Betriebsmittel – die ausreichend von den Kassen zur Verfügung gestellt werden – einsetzen, wofür sie vorgesehen sind: insbesondere für Personal.

#### **Das Land Berlin setzt aktiv einen planerischen Rahmen, der rechtssicher Qualitätskriterien umsetzt**

Dadurch sinnvolle Konzentration von Leistungsangeboten, Zentren und Schwerpunkte, die ihren Namen verdienen, Rechtssicherheit für die Selbstverwaltungspartner im Budgetgeschäft.

#### **Das Land Berlin entwickelt gemeinsam mit dem Land Brandenburg die Krankenhausplanung mit dem Ziel einer einheitlichen und abgestimmten Vorgehensweise weiter – ab jetzt!**

Stärkung der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg unter Berücksichtigung des medizinisch Notwendigen und der begrenzten Mittel.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Gabriela Leyh

Leiterin der Landesvertretung

vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

Tel.: 030 / 253774-0, Fax: 030 / 253774-19, [gabriela.leyh@vdek.com](mailto:gabriela.leyh@vdek.com)

## 8. Geplantes Vorgehen

### Geplante Arbeitsschritte 2012/2013 (I)

- **Beteiligung Abgeordnetenhaus:**

Bei Beantragung eines entsprechenden Tagesordnungspunktes Unterrichtung des Gesundheitsausschusses zum geplanten Vorgehen

- Schriftliche / mündliche **Anhörung ausgewählter Krankenhäuser** auf der Basis der bereits erfolgten Datenabfrage

- Landesbezogene **Angebotsanalyse und Bedarfsprognose auf der Grundlage der dann vorliegenden Daten des Jahres 2011** des Amtes für Statistik Berlin insgesamt

- Abstimmung und Bestätigung der Angebotsanalyse und Bedarfsprognose mit der Leitung, **Vorschläge für Einzelfallentscheidungen**

Quelle: Folienvortrag SenGS im Rahmen Krankenhausbeirat, S. 30



# Krankenhausplanung in Berlin

**Workshop  
der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales  
zum nächsten Berliner Krankenhausplan  
06. Dezember 2012**

**Brit Ismer  
Uwe Slama**



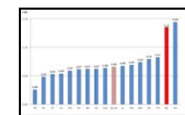
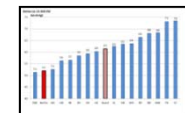
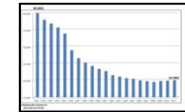
## Übersicht

1. Krankenhausversorgung in Berlin – bisherige Entwicklungen und aktuelle Versorgungssituation
2. Zukünftige Bedarfsentwicklung – Einflussfaktoren und Ausblick
3. Ordnungspolitische Rahmenbedingungen
4. Erwartungen an die zukünftige Krankenhausplanung in Berlin



## 1. Krankenhausversorgung in Berlin – bisherige Entwicklungen und aktuelle Versorgungssituation

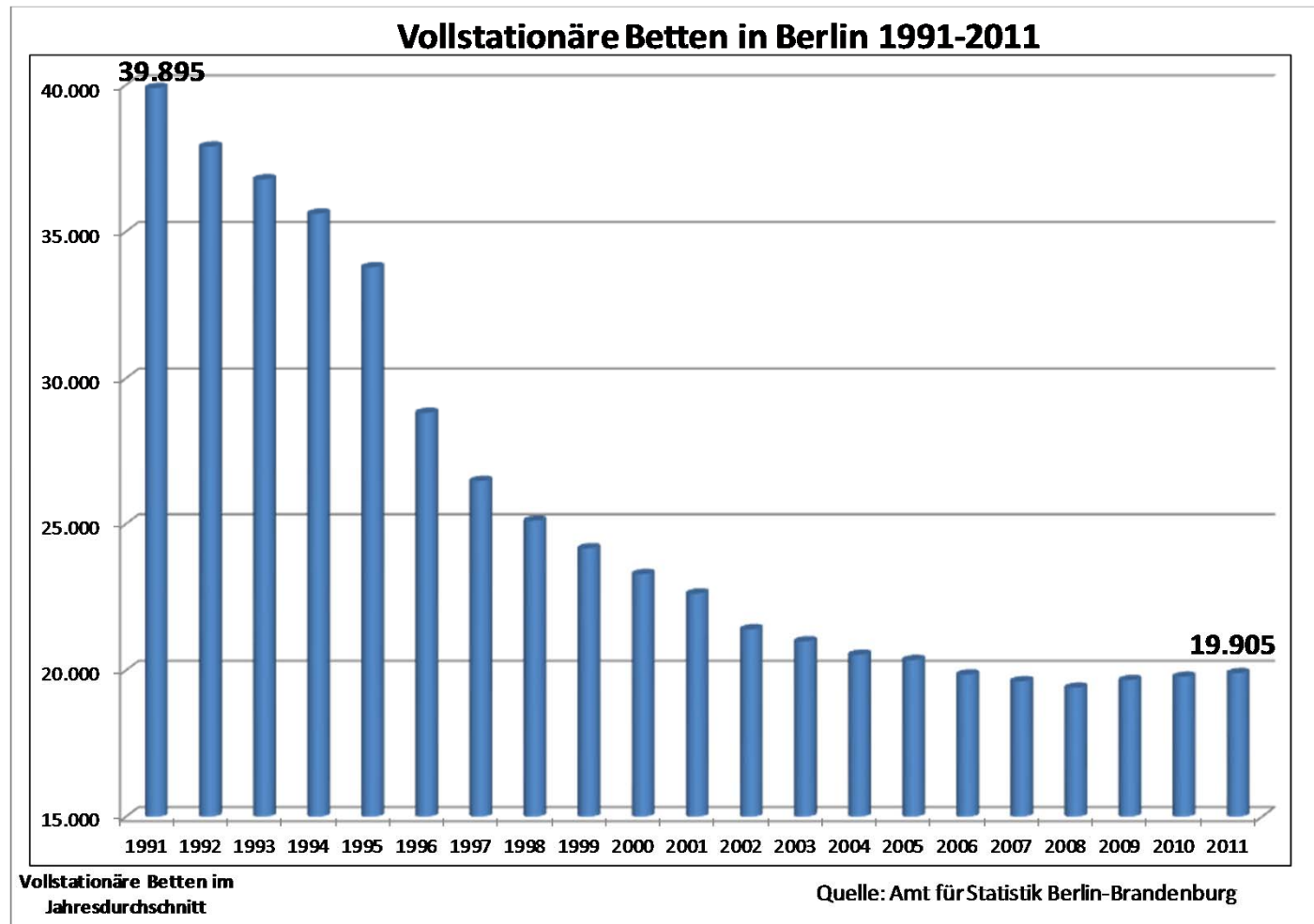
- Reduzierung der Bettenanzahl in den letzten 20 Jahren um mehr als die Hälfte: zweitniedrigste Bettenanzahl je Einwohner im Bundesvergleich (52,0 vollstationäre Betten/10.000 Einwohner, Bund 61,4)
- Zweitniedrigste Fallzahl je Einwohner im Bundesvergleich
- Sehr hohe Bettenauslastung auch im Bundesvergleich: 82,3 %, Bund: 77,3 %; hohe Auslastung um 100 % in Geriatrie und Psychiatrie
- Berlins Verweildauer liegt im Bundesschnitt, aber: der Berliner Schweregrad (Case-Mix-Index 1,22) ist der zweithöchste bundesweit
- Überdurchschnittlich hohe Produktivität (z.B. Kennziffer Casemix je VK)
- Der Berliner Landesbasisfallwert liegt seit Jahren unter dem Bundesdurchschnitt (2.970 €, ø Bund 3.008 € in 2012 )



- Fazit:**
- Erhebliche Strukturanpassungen und Wirtschaftlichkeitsoptimierungen in den letzten Jahren zu einer effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgung
  - Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen im Rahmen zukünftiger Planung
  - Handlungsbedarf insbesondere in der Geriatrie und Psychiatrie

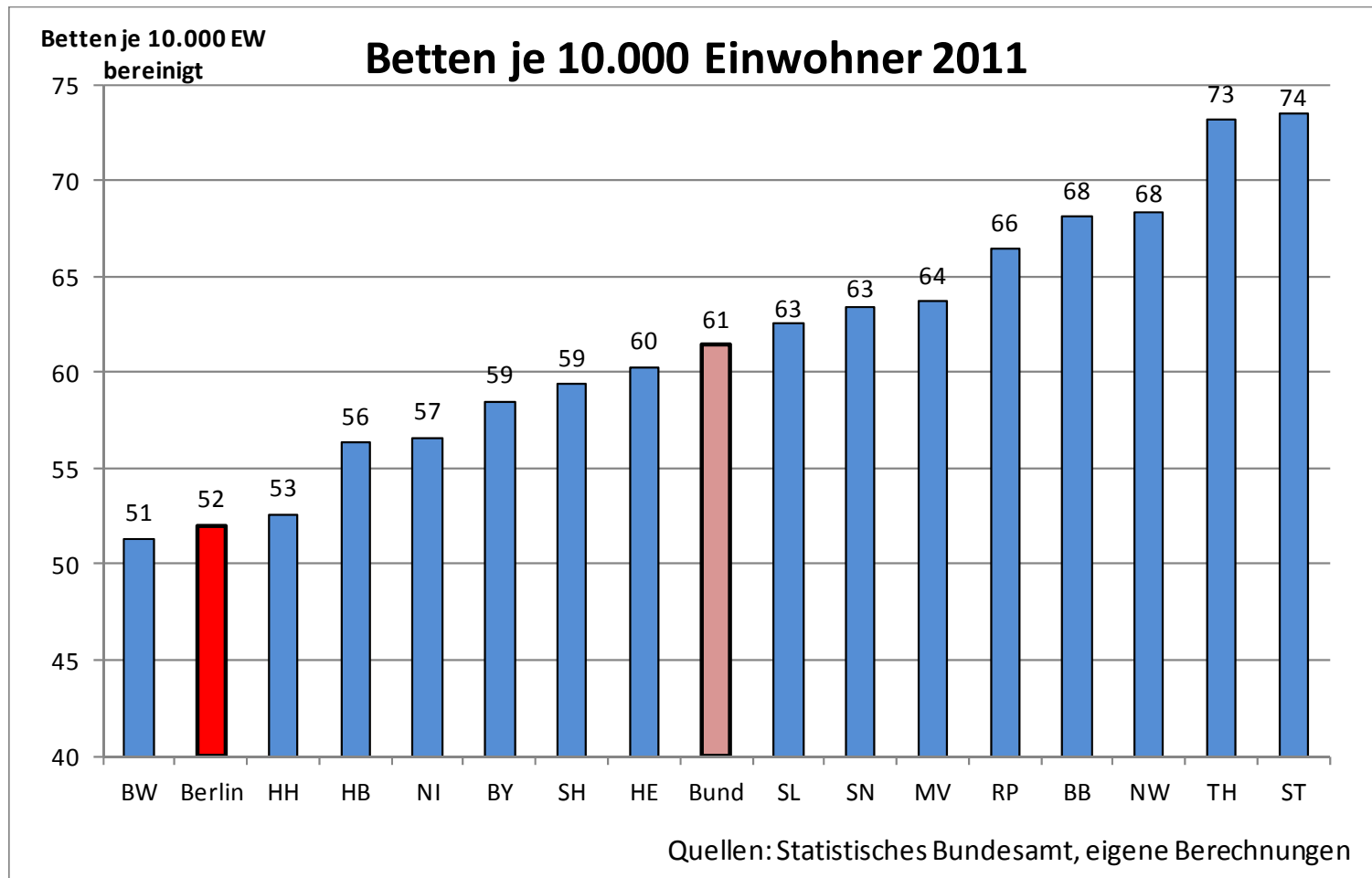


## 1. Krankenhausversorgung in Berlin – bisherige Entwicklungen und aktuelle Versorgungssituation





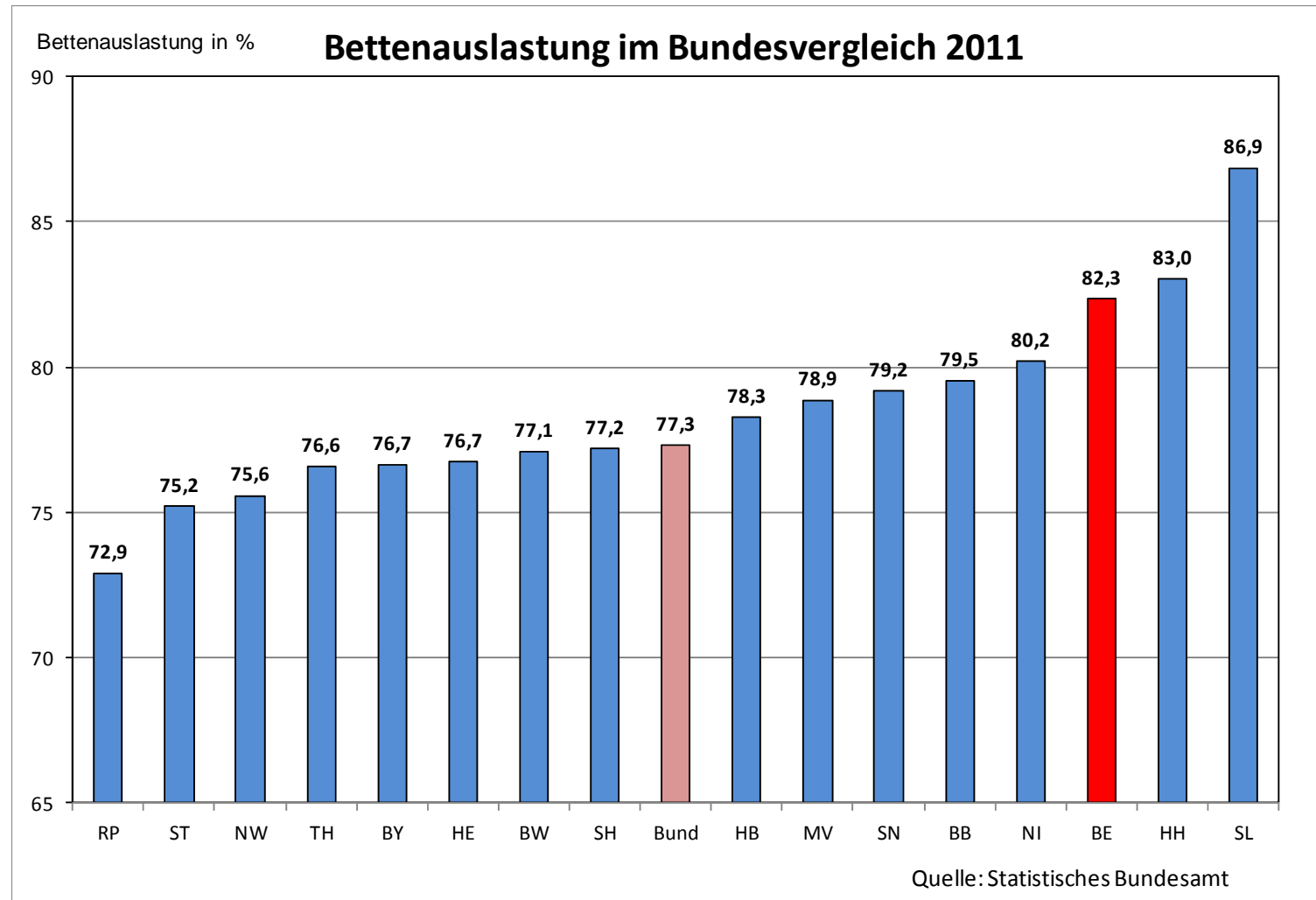
## 1. Krankenhausversorgung in Berlin – bisherige Entwicklungen und aktuelle Versorgungssituation





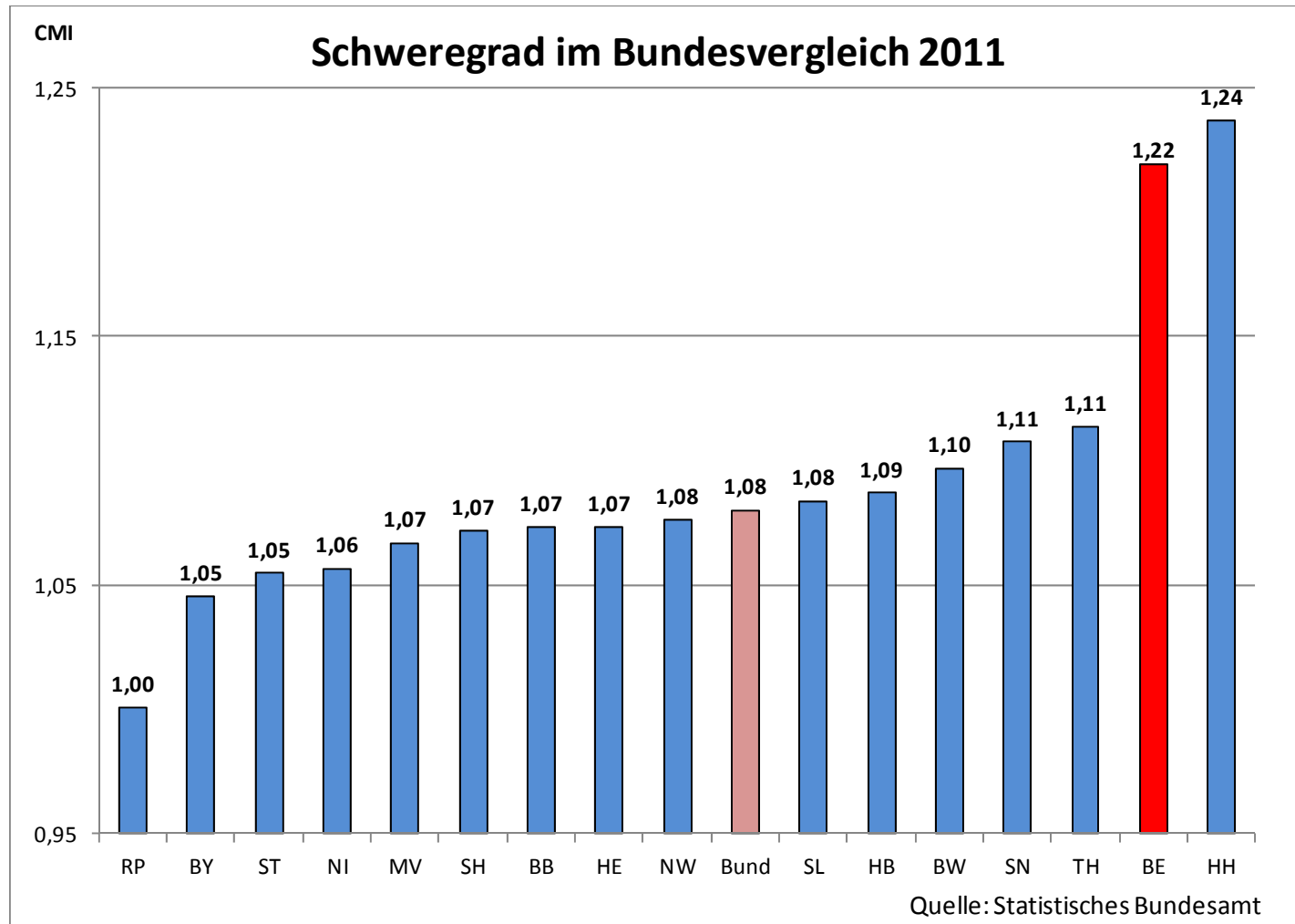


## 1. Krankenhausversorgung in Berlin – bisherige Entwicklungen und aktuelle Versorgungssituation



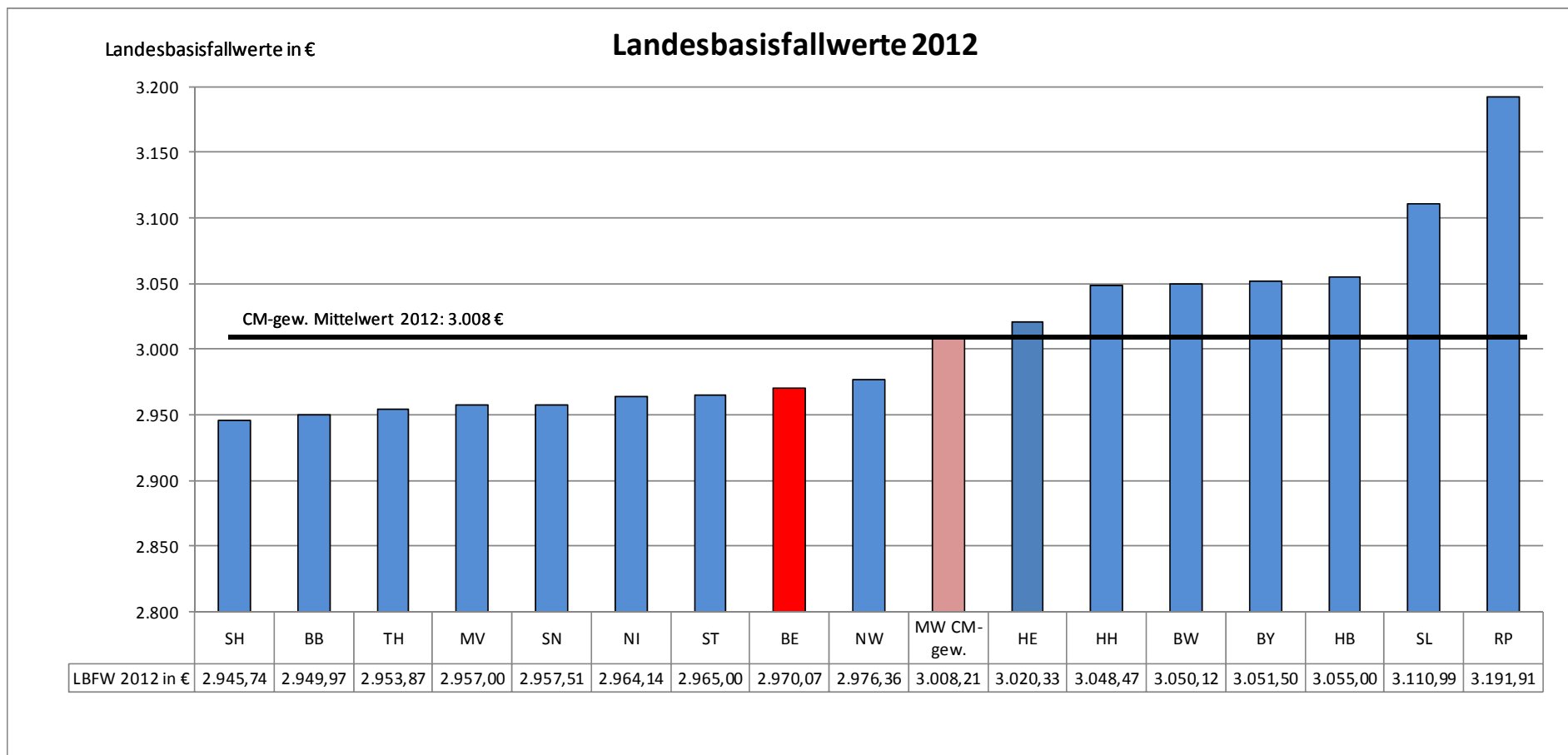


## 1. Krankenhausversorgung in Berlin – bisherige Entwicklungen und aktuelle Versorgungssituation





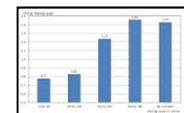
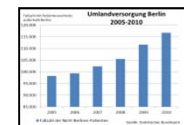
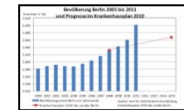
## 1. Krankenhausversorgung in Berlin – bisherige Entwicklungen und aktuelle Versorgungssituation





## 2. Zukünftige Bedarfsentwicklung – Einflussfaktoren und Ausblick

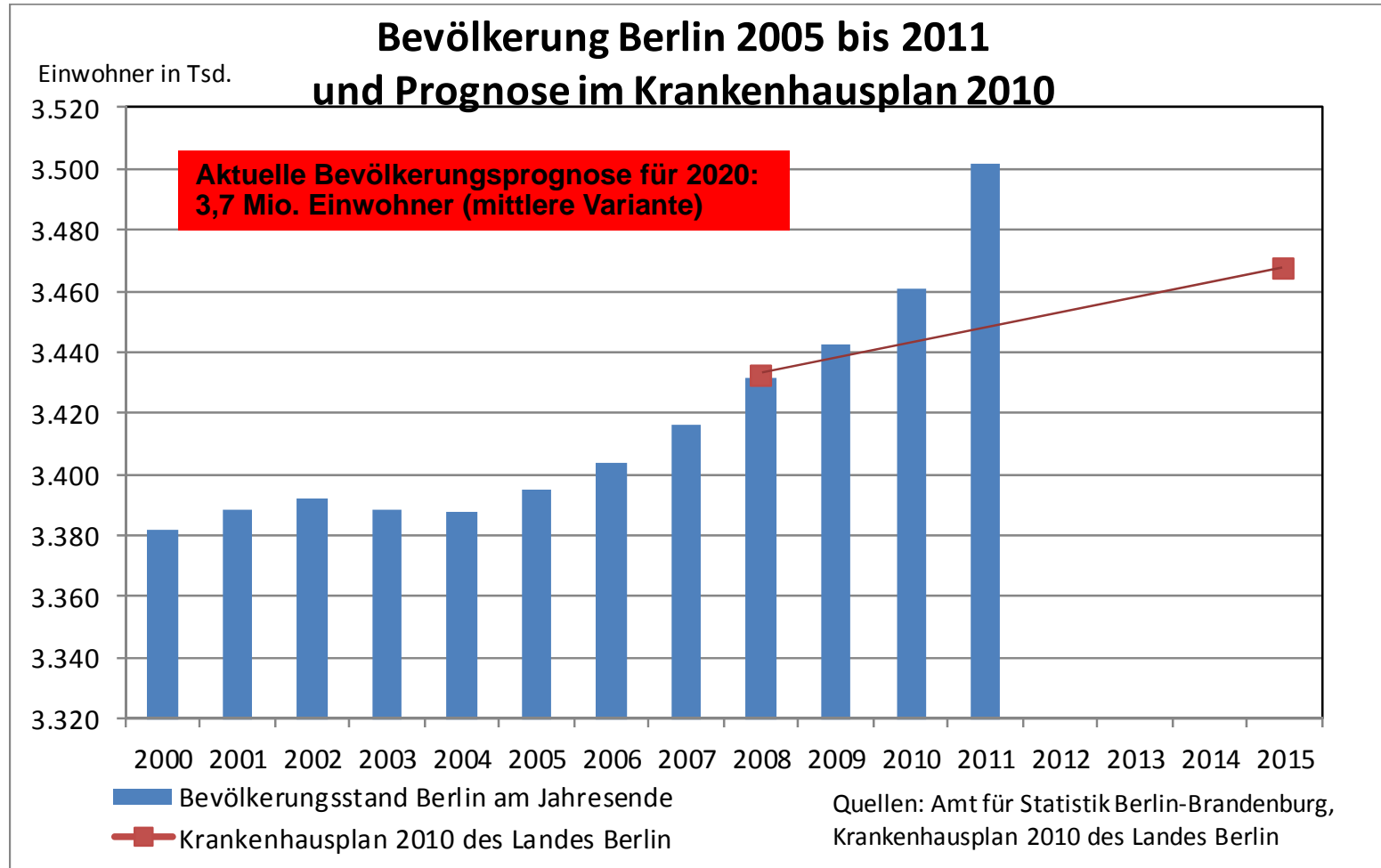
- Berliner Bevölkerung wächst: Einwohnerzahl in Berlin mit 3,502 Mio. Einwohnern in 2011 bereits höher als im aktuellen Krankenhausplan für 2015 prognostiziert; aktuelle Bevölkerungsprognose 2020: 3,698 Mio. E (mittlere Variante) (bisherige Bevölkerungsprognose 2020: 3,478 Mio. E)
- Anstieg der Umlandversorgung
- Altersstruktur ändert sich: deutlicher Anstieg der über 65-Jährigen
- Altersdurchschnitt und Lebenserwartung steigen an
- Deutlich höherer Leistungsaufwand bei älteren Patienten (CMI > 1,4)
- Morbiditätsveränderungen beeinflussen Fallzahlhäufigkeit, Schweregrad und VD
- Medizin-technischer Fortschritt beeinflusst ebenfalls Fallzahlen und Verweildauer
- Weitere Einflüsse auf den zukünftigen Bedarf durch ambulante und sektorübergreifende Versorgung, soziodemographische Aspekte und gesetzliche Rahmenbedingungen



- Fazit:**
- Sachgerechte Bedarfsanalyse und –prognose erforderlich
  - Tendenziell zunehmender Versorgungsbedarf
  - Flexible Ausrichtung der Planung (Rahmenplanung), um auf veränderte Rahmenbedingungen reagieren zu können

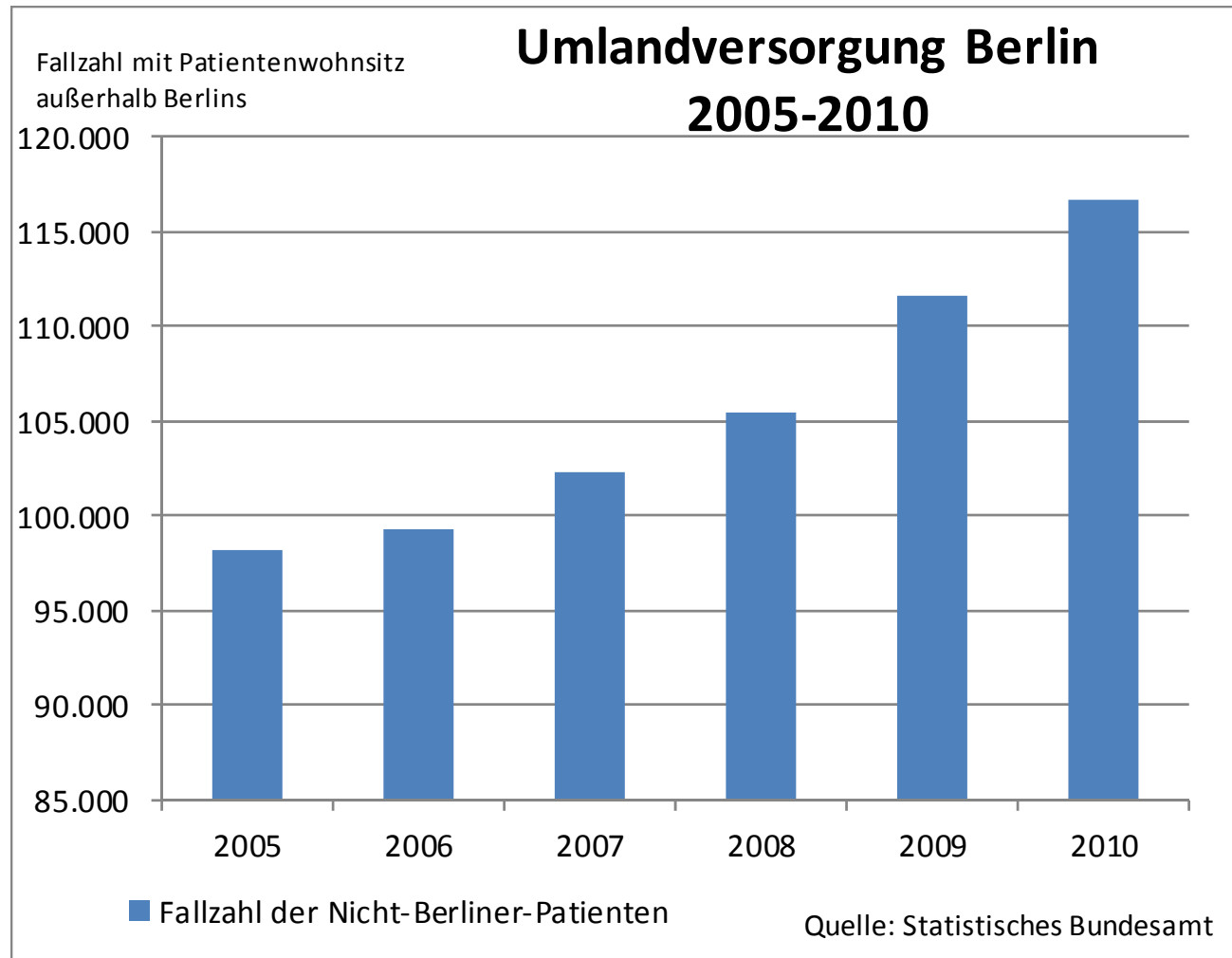


## 2. Zukünftige Bedarfentwicklung – Einflussfaktoren und Ausblick



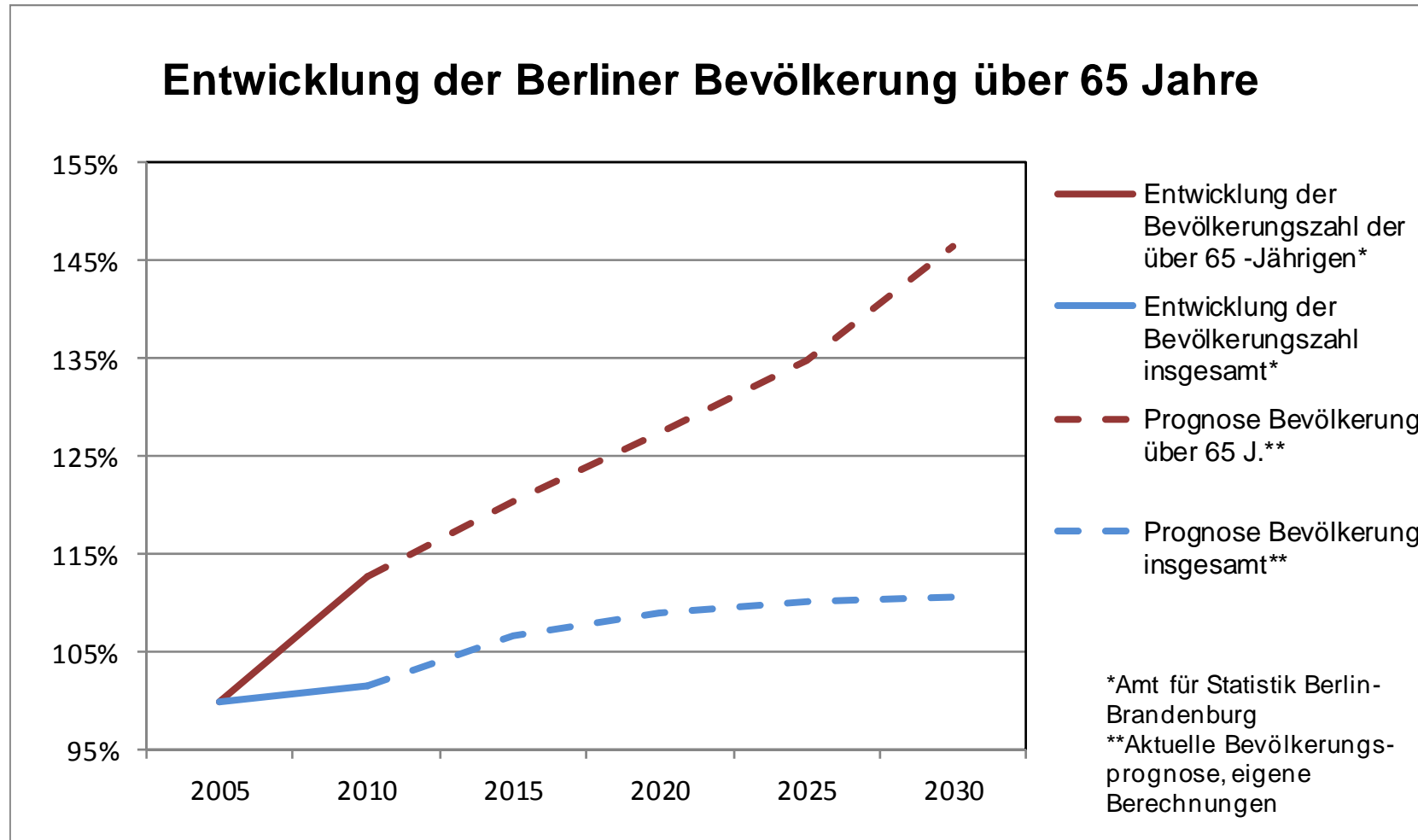


## 2. Zukünftige Bedarfsentwicklung – Einflussfaktoren und Ausblick



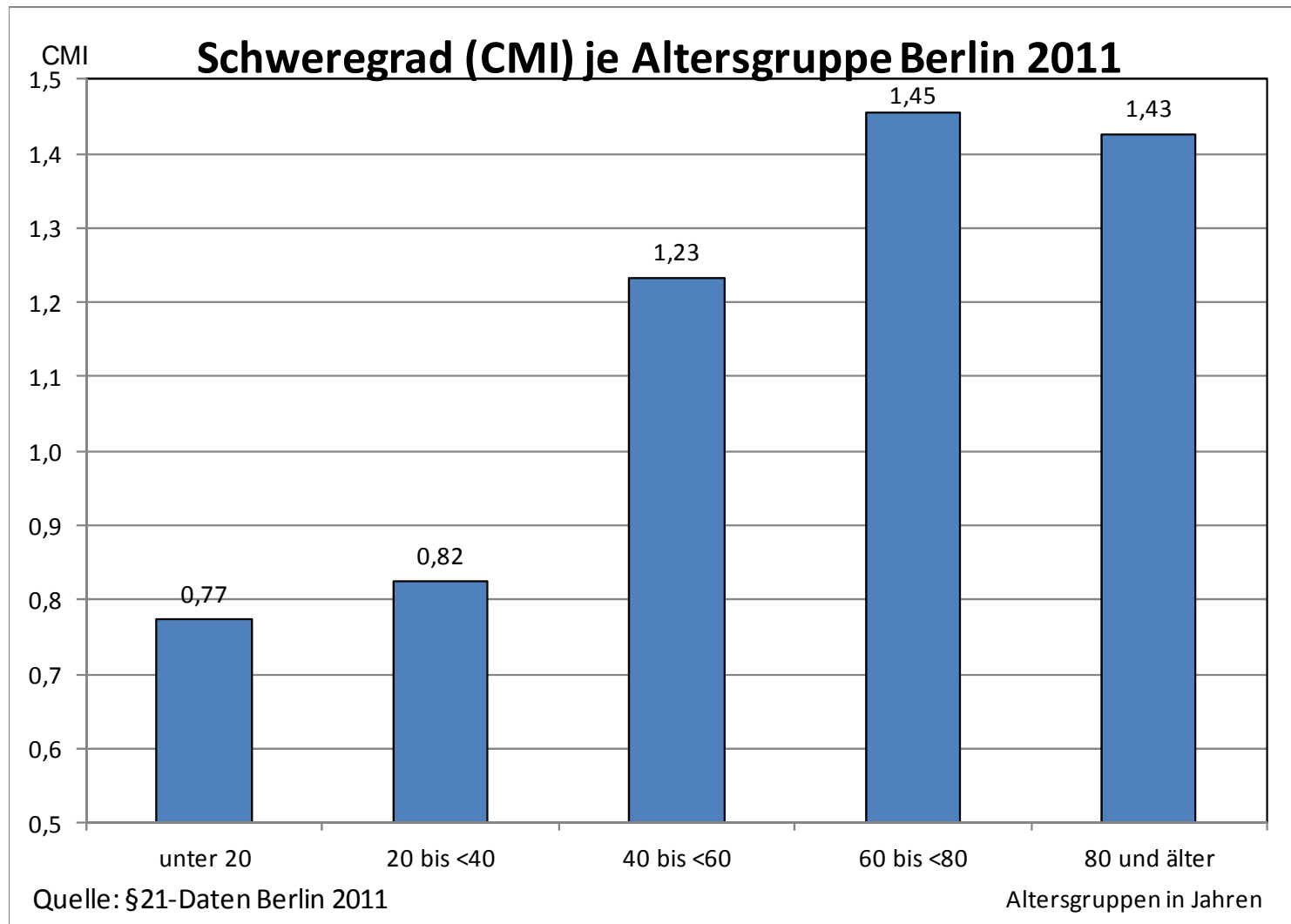


## 2. Zukünftige Bedarfsentwicklung – Einflussfaktoren und Ausblick





## 2. Zukünftige Bedarfsentwicklung – Einflussfaktoren und Ausblick







## **3. Ordnungspolitische Rahmenbedingungen**

- a) Sicherstellungsauftrag
- b) Investitionsfinanzierung
- c) DRG-Finanzierung
- d) Ambulante und sektorübergreifende Versorgung



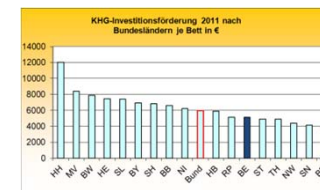
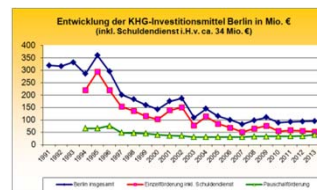
## 3. Ordnungspolitische Rahmenbedingungen

### a) Sicherstellungsauftrag

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gem. § 1 KHG liegt beim Land
- Öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge unter Berücksichtigung der Trägervielfalt
- Erreichung dieser Zielsetzungen durch Aufstellung von Krankenhausplänen
- Zulassung nach § 108 SGB V, Versorgungsauftrag nach § 109 SGB V

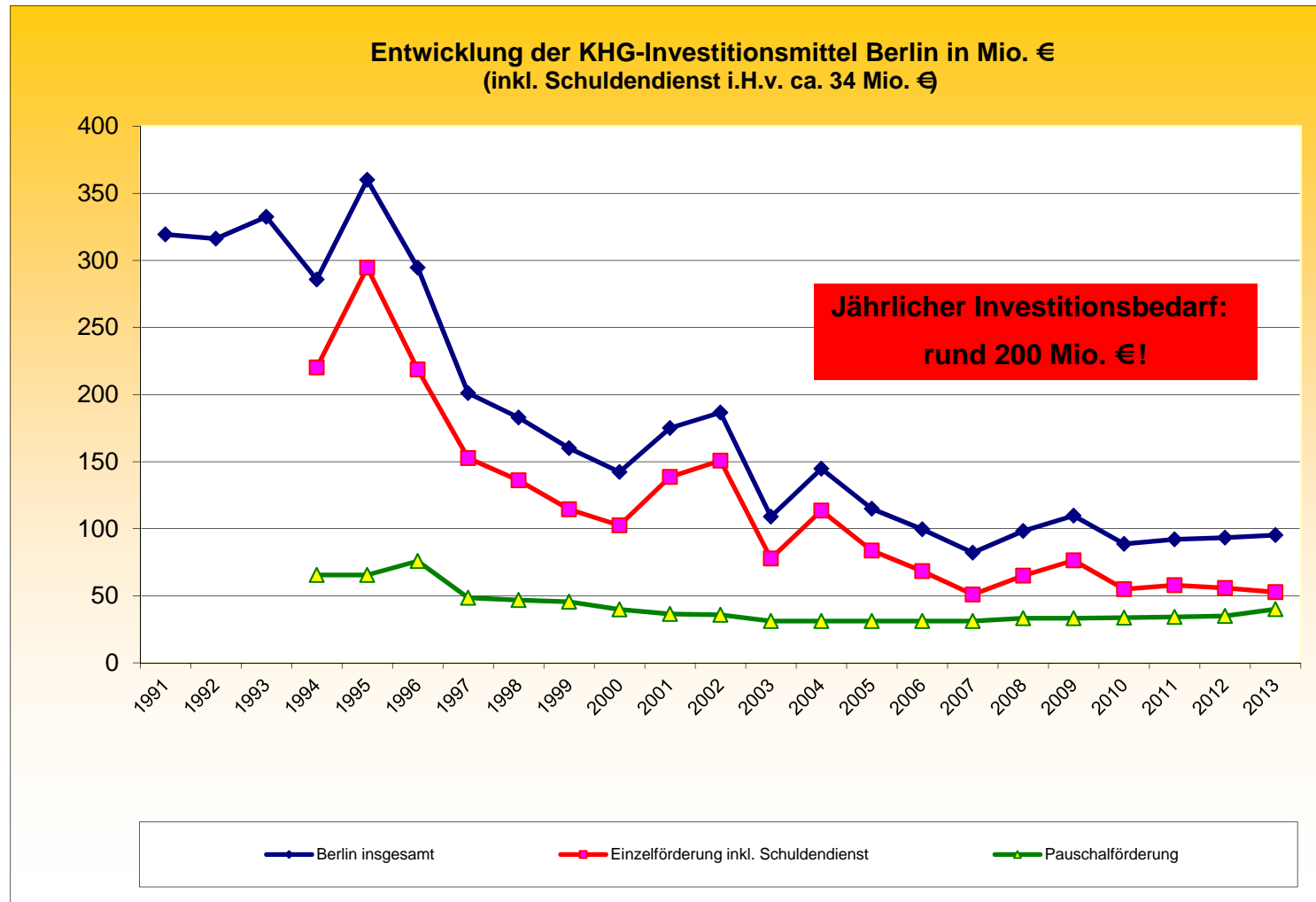
### b) Investitionsfinanzierung

- § 1 KHG: wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung und leistungsfähige Krankenhäuser
- Anspruch des Krankenhauses auf Förderung der notwendigen Investitionen, um Versorgungsauftrag zu erfüllen
- Anforderungen an eine zukünftige Investitionsfinanzierung sind finanzpolitisch in den Haushaltsplänen umzusetzen; erster Schritt hierzu: Verwendung der auslaufenden Darlehensmittel für Krankenhausinvestitionen



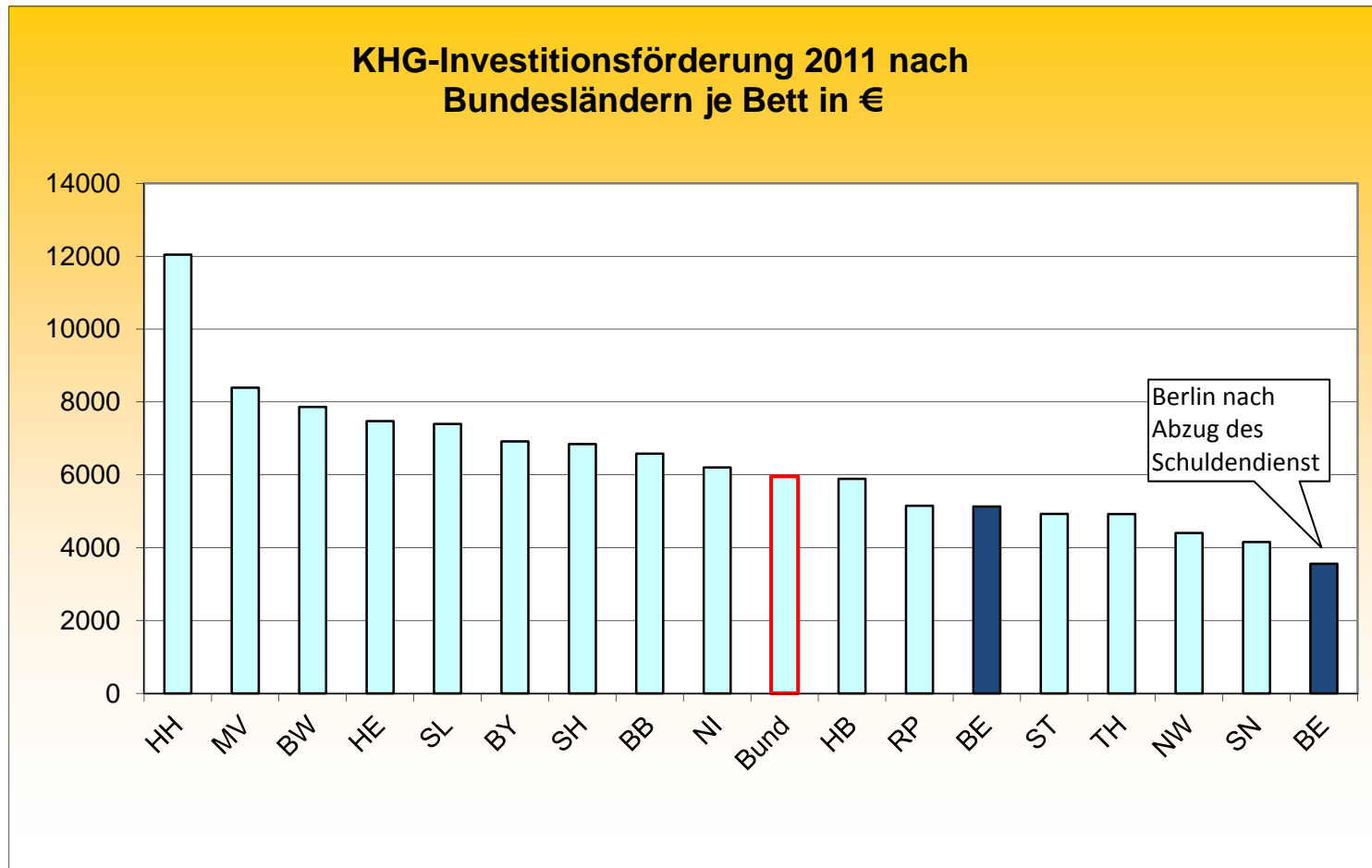


## 3. Ordnungspolitische Rahmenbedingungen





## 3. Ordnungspolitische Rahmenbedingungen



Quelle: KHG-Investitionsfördermittel gem. Umfrage der AG Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG); KHG-Betten gem. Statistisches Bundesamt, Grunddaten 2011



### 3. Ordnungspolitische Rahmenbedingungen

#### c) DRG-Finanzierung

Wirtschaftliche Sicherung auch durch Verbesserungen in der Betriebskostenfinanzierung dringend erforderlich, damit die Ziele der Krankenhausplanung – eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern – auch zukünftig erreicht werden können:

- Abschaffung der Kollektivhaftung
- Vermeidung der doppelten Degression
- Berücksichtigung der Kostenentwicklungen im Orientierungs-/Veränderungswert  
→ Klinikfinanzierung mit sachgerechten Anreizen

#### d) Ambulante und sektorübergreifende Versorgung

- Intensive Nutzung der bestehenden ambulanten/komplementären Versorgungsstrukturen in Berlin durch die Krankenhäuser (niedrige Fallhäufigkeit, hoher Schweregrad)
- Stärkere Verzahnung und Öffnung der Krankenhäuser im Sinne integrierter Gesundheitszentren mit entsprechenden Anreizen erforderlich
- Beratung von Schnittstellenfragen im Landesgremium § 90a möglich, gesetzliche Änderungen zur Öffnung der KHer aber erforderlich



## **4. Erwartungen an die zukünftige Krankenhausplanung in Berlin**

- a) Bedarfsanalyse und –prognose
- b) Weiterentwicklung der Rahmenplanung
- c) Qualität und Transparenz in der Krankenhausplanung
- d) Abstimmung der Krankenhausplanung mit Brandenburg
- e) Verfahrensaspekte zur Aufstellung eines Krankenhausplanes 2016



## 4. Erwartungen an die zukünftige Krankenhausplanung in Berlin

### a) Bedarfsanalyse und –prognose

- § 6 LKG: „Der Krankenhausplan ist ein Rahmenplan, der insbesondere 1. eine Bedarfsanalyse enthält, ...“
- Transparente Bedarfsanalyse und –prognose als Grundlage für die Bedarfsfeststellung erforderlich
- Bedarfsprognose und Planung des „tatsächlichen und nicht gewünschten Bedarfs“
- Überprüfung und Anpassung der Normauslastung
- Überprüfung der Bettenmessziffer im Bereich der Psychiatrie



## 4. Erwartungen an die zukünftige Krankenhausplanung in Berlin

### b) Weiterentwicklung der Rahmenplanung

- Wettbewerbsorientierung, medizin-technischer Fortschritt sowie Veränderungen auf der Nachfrageseite erfordern grundsätzlich flexible Angebotsstrukturen
- Weiterentwicklung der Rahmenplanung:
  - Standortplanung mit Bettenausweis nur für das Krankenhaus
  - Fachabteilungsausweis nach Hauptdisziplinen WBO ohne Bettenausweis
  - Subdisziplinen nur in begründeten Ausnahmefällen
  - „Leitplanken“: Mindestvorgaben bzw. Ausweis von besonderen Aufgaben nur in Ausnahmefällen
- Belegleistungen: Verzicht auf eine quantitative Festlegung von Belegbetten, lediglich qualitativer Ausweis (im Rahmen zugelassener Hauptfachabteilungen).
- Teilstationären Leistungen: Differenzierung in vollstationäre und teilstationäre Bettenkapazitäten grundsätzlich entbehrlich.





## 4. Erwartungen an die zukünftige Krankenhausplanung in Berlin

### c) Qualität und Transparenz

- Berliner Krankenhäuser stellen schon heute auf Grund einer Vielzahl gesetzlicher und von der Selbstverwaltung gemeinsam umgesetzter Qualitätssicherungsvorgaben sowie freiwilliger Qualitätsinitiativen eine – auch im Vergleich zu anderen Ländern – hohe Versorgungsqualität sicher
- Transparenz durch eine Vielzahl unterschiedlichster Informationsmöglichkeiten: Qualitätsberichte, Berliner Krankenhausverzeichnis, Weiße Liste, Gesundheitsberater Berlin, Qualitätskliniken.de etc.
- Verantwortung für die Qualitätssicherung u. Transparenz liegt vor allem bei der Selbstverwaltung auf Bundesebene bzw. dem Krankenhausträger; planungsrechtlich begründete Qualitätsanforderungen als „Leitplanke“ für Rahmenplanung unter bestimmten Voraussetzungen.



## 4. Erwartungen an die zukünftige Krankenhausplanung in Berlin

### c) Qualität und Transparenz

- Voraussetzungen für planerisch begründete Qualitätsfestlegungen:
  - Nachweis einer drohenden medizinischen Unter- oder Fehlversorgung,
  - Vorrang der gesetzlichen und angewandten Qualitätssicherungsmaßnahmen der hierfür qualifizierten Institutionen (G-BA, InEK, KRINKO, AQUA, DIMDI etc.),
  - Qualitätsvorgaben müssen geeignet und verhältnismäßig sein (Instrumente der Krankenhausplanung i.d.R. nicht flexibel genug),
  - Ergebnisqualität ungeeignet, da keine justifiable Datengrundlage und ausreichend risikoadjustierte Indikatoren vorhanden,
  - Prüfung zusätzlicher Kosten und Finanzierung erforderlich.
- Entwicklung geeigneter, patientenverständlicher, risikoadjustierter Qualitätsindikatoren zur Information und Orientierung von Patienten und Einweisern (Transparenz) erfolgt durch / im Auftrag des G-BA



## 4. Erwartungen an die zukünftige Krankenhausplanung in Berlin

### d) Abstimmung der Krankenhausplanung mit Brandenburg

- Berliner Krankenhäuser übernehmen Versorgungsaufgaben auch für Brandenburg
- Abstimmungen in den Schnittstellen der spezialisierten länderübergreifenden Versorgung, wie z.B. Transplantationen, Schwerbrandverletzte, herzchirurgische Notfallversorgung, weiter fortsetzen
- Verflechtungsbeziehungen insbesondere im näheren Umlandbereich Berlins bei der Bedarfsanalyse und -prognose beachten
- Unterschiedliche Rahmenbedingungen und Anforderungen von Metropolregionen und Flächenländern erfordern differenzierte Planungskriterien und -inhalte



## 4. Erwartungen an die zukünftige Krankenhausplanung in Berlin

### e) Verfahrensaspekte zur Aufstellung eines Krankenhausplanes 2016

- Planungshorizont: 4-5 Jahre (Planungssicherheit) mit der Möglichkeit von Einzelfortschreibungen in einem transparenten Verfahren
- Einbeziehung der unmittelbar Beteiligten bzw. des Planungsausschusses in die Bedarfsanalyse und –prognose bzw. Festlegung von Planungsparametern
- Beteiligung Planungsausschuss bei der Vorbereitung der Aufstellung des Plans 2015
- Einbeziehung der Unmittelbar Beteiligten
- Krankenhausanhörungen



# Sicherstellung der stationären Versorgungsqualität

**Workshop zum nächsten Berliner Krankenhausplan am 6.12.2012 –  
Neue Wege in der Krankenhausplanung**

Hildegard Esser

Elke Huster-Nowack und Dagmar Jensen

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg



- **Übersicht: Metropolregion und Gesundheitsstandort Hamburg**
- **Rahmenbedingungen der Krankenhausplanung**
- **Herausforderungen der Krankenhausplanung in der Zukunft**
- **insb. Berücksichtigung von Qualitätsparametern**
- **Anforderungen an die stationäre Versorgungsqualität**
- **Perspektiven und Weiterentwicklung**



## Metropolregion Hamburg

**800 Orte, 14 Kreise, drei Länder, eine Region – das ist die Metropolregion Hamburg**

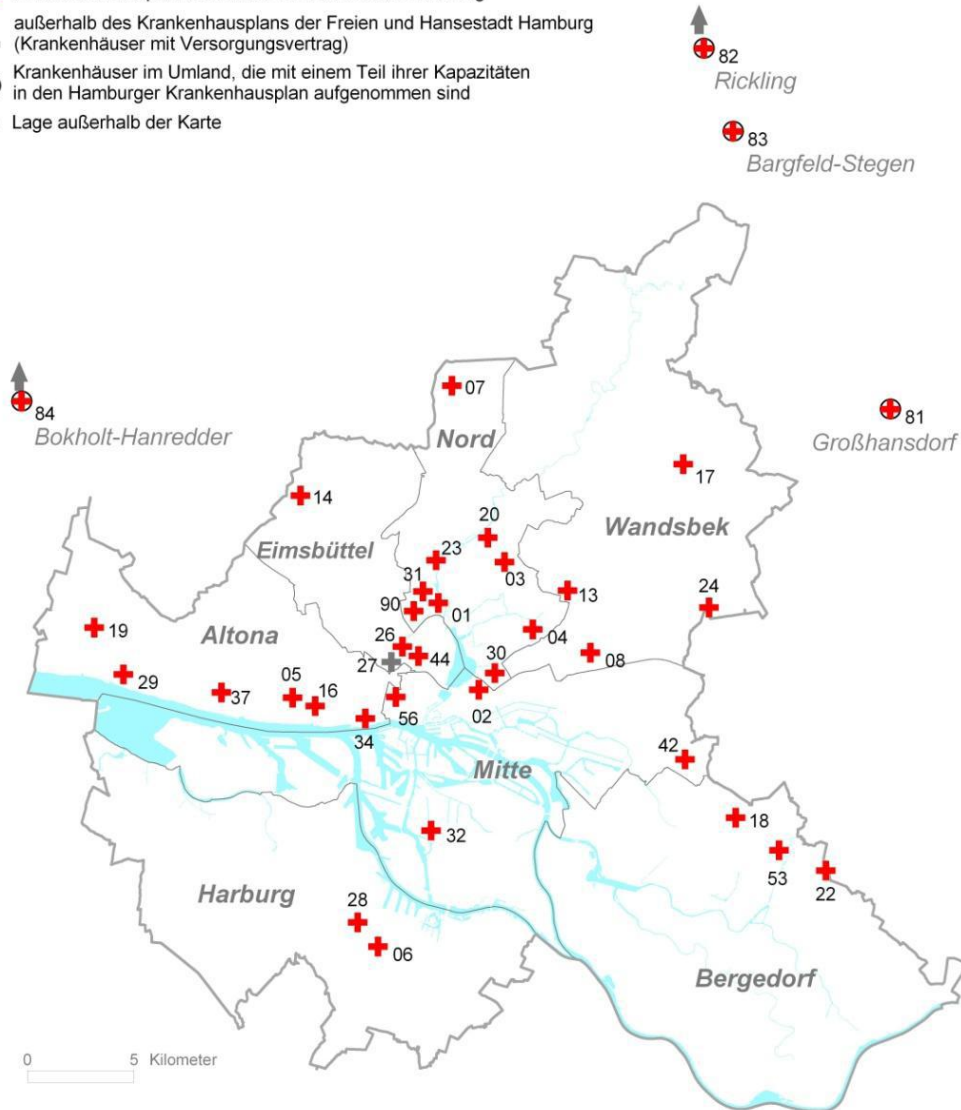
**Hier leben und arbeiten 4,3 Millionen Menschen**

**Freie und Hansestadt Hamburg mit rd. 1,8 Mio. Einwohnern/innen**

# Krankenhausversorgung in Hamburg

## Krankenhäuser

- + im Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg
- + außerhalb des Krankenhausplans der Freien und Hansestadt Hamburg (Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag)
- Krankenhäuser im Umland, die mit einem Teil ihrer Kapazitäten in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen sind
- ↑ Lage außerhalb der Karte



## Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg

sowie Krankenhäuser des Umlandes, die mit einem Teil der Kapazitäten in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen sind

**Insgesamt 55  
Krankenhäuser  
mit z.Z. rd. 11.800  
Betten**



## Besonderheiten des Standortes Hamburg

- **Gesundheits- und Medizinmetropole Hamburg**
- **Anteil versorgter Patientinnen und Patienten aus dem Umland liegt bei rd. 30 %, in einzelnen Fachgebieten (Augenheilkunde, Neurochirurgie) bis zu 50 %**
- **Hoher Anteil von Hochleistungskrankenhäusern u. -abteilungen**
- **Spezialangebote auch in kleineren Kliniken**
- **Wirtschaftsfaktor „Gesundheit“**
- **In den letzten 15 Jahren Zusammenführung von einer Reihe von Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft an jeweils einem Standort**

# Krankenhausplanung in Hamburg

## Der Gestaltungsspielraum der Krankenhausplanung reduziert sich kontinuierlich durch:

- rechtliche Grenzen der Krankenhausplanung / grundgesetzlich geschützte Unternehmerfreiheit
- Modelle integrierter Versorgung (IV)
- Krankenkassenwettbewerb mit der Folge von Sonderverträgen, auch mit nicht-zugelassenen Krankenhäusern
- Marktverhalten der Krankenhausträger, verstärkt insb. durch Klinikketten
- Detailvorgaben im Rahmen GBA-Richtlinien, DRG-Ausgestaltung

## Fazit:

- **Klassische Instrumente der Krankenhausplanung (Betten, Abteilungen, Fallzahlen) werden zunehmend wirkungsloser.**
- **Wenn Länder im Interesse der Patienten weiter planen wollen, müssen sie nach neuen Instrumenten Ausschau halten.**

## Welche Ansatzpunkte zur Entwicklung der Qualitätssicherung gibt es derzeit in Deutschland für die stationäre Versorgung?

- **Strukturqualität**  
z.B. Facharztstandard, Ablauforganisation, räumliche Gegebenheiten
- **Prozessqualität**  
z.B. Zeitvorgaben innerhalb notfallmäßiger Herzinfarktversorgung
- **Ergebnisqualität**  
z.B. im Rahmen des EQS-Verfahrens für ausgewählte Behandlungen / Indikationen

## Vorgaben zur Qualität der Patientenversorgung im HmbKHG

- **Krankenhaushygiene**
- **Soziale Beratung und Entlassungsmanagement**
- **Beschwerdemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten**
- **Notfallversorgung im Krankenhaus, Einsatz- und Alarmpläne**
- **Kind im Krankenhaus**
- **Qualitätssicherung:**  
„Das Krankenhaus ist verpflichtet, Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität und dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend zu erbringen. Zur Erfüllung dieser Pflicht trifft es Maßnahmen entsprechend den Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.“

## Struktur- und Prozess - Vorgaben im Krankenhausplan der FHH

- Not- und Unfallversorgung (z.B. Zentrale Notaufnahmen)
- Teilnahme an der Schlaganfall- und Herzinfarktversorgung
- Ausweisung Versorgungsauftrag Teilgebiet Herzchirurgie
- Ausweisung Versorgungsauftrag Frührehabilitation und Beatmungsmedizin
- Geburtshilfe/ Neonatologie: neonatologische Versorgung grundsätzlich durch die Kinderkliniken, teilweise durch Satelliteneinheiten in Geburtskliniken

## Struktur- und Prozess - Vorgaben im Krankenhausplan der FHH

- **Strukturvorgaben für die geriatrische Versorgung (u.a. Tageskliniken)**
- **Kindgerechte Versorgung im Krankenhaus**
- **Sektorversorgung Psychiatrie/Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie**
- **Gescheitert vor einigen Jahren: Qualitätskriterien Palliativeinheiten**
- **Neu: Verfahrensregelungen beim Einsatz von Honorarärzten**

# Strukturvorgaben im Hamburger Krankenhausplan

## Fazit:

- **Der Hamburger Krankenhausplan enthält wichtige Elemente für Strukturqualität, wenige zur Prozessqualität.**
- **Nicht alle Vorgaben sind explizit im Krankenhausplan / Feststellungsbescheid ausgeführt, vieles ist zwischen allen Beteiligten konsensual, z.B. Facharztstandard, Struktur der neonatologischen Versorgung innerhalb der Geburtshilfe.**
- **Die Erfüllung der Vorgaben wird von der Planungsbehörde nicht im Detail kontrolliert. Lediglich bei Neu-Anträgen auf Aufnahme von neuen Krankenhäusern oder neuen Versorgungsangeboten in den Krankenhausplan bzw. bei Beschwerden erfolgt eine vertiefte Überprüfung.**



## Mögliche weitere Regelungen zur Qualität der Krankenhausplanung im HmbKHG

- Ermächtigung der Krankenhausplanungsbehörde, weitere Qualitätsparameter vorzugeben
- Festschreibung des Facharztstandard
- Konkrete Vorgaben zur Umsetzung der Hygieneverordnung inkl. Veröffentlichung eines Hygieneberichtes
- Vorgaben für den Einsatz von Honorarärztinnen und Honorarärzten in Hamburger Plankrankenhäusern (aktuell in den Feststellungsbescheiden aufgenommen)
- Koppelung der Aufnahme einer Abteilung an dortige Weiterbildungsermächtigung
- Vorgaben zur Durchführung von Patientenbefragungen und zur Veröffentlichung der Ergebnisse

# Mögliche zukünftige Strukturvorgaben

## Mögliche weitere Qualitätsparameter im Rahmen der Krankenhausplanung

– 1 –

- Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz im Krankenhaus  
Etablierung von Strukturen für ein demenzsensibles Krankenhaus, insbesondere Demenz-Assessment in den Zentralen Notaufnahmen
- Geriatrische Versorgung:  
abgestufte und qualitätsorientierte medizinische Versorgung für die steigende Zahl betagter und hochbetagter Menschen in Hamburg

# Mögliche zukünftige Strukturvorgaben

## Mögliche weitere Qualitätsparameter im Rahmen des Krankenhausplans

– 2 –

- **Vorgaben für Krankenhäuser mit psychiatrischen / psychosomatischen Versorgungsangeboten**
  - Sicherstellung der psychiatrischen Versorgungskette (z.B. durch Bildung von Zentren für Seelische Gesundheit).
  
- **Weitergehende Verbesserung des Entlassungsmanagements der Hamburger Krankenhäuser**
  - z.B. der ausreichenden Vorbereitung auf die Anschlussversorgung nach der Entlassung
  - besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse wohnungsloser Patientinnen und Patienten.

# Aussicht

## **Fazit:**

- Paradigmenwechsel sowohl durch die ökonomische Entwicklung des Gesundheitssystems als auch durch die zunehmende Bedeutung der Qualitätsdiskussion:

Weniger Planung der Quantitäten als inhaltliche Vorgaben werden die Krankenhausplanung prägen.

- Die Zulässigkeit der Formulierung zusätzlicher oder anderer Qualitätsvorgaben als die des G-BA u.a. als Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan ist Streitbehaftet und muss daher wahrscheinlich im HmbKHG festgelegt werden.
- Auf absehbare Zeit wird es keine belastbaren Parameter für Ergebnisqualität der stationären Behandlung geben, die die Auswahlentscheidung für die Aufnahme in den Krankenhausplan unterstützen.



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

**Hildegard Esser  
Abteilung Gesundheit  
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz  
Hildegard.Esser@bgv.hamburg.de**

# Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung in der Region Berlin-Brandenburg

Anforderungen an die  
Krankenhausplanungen beider Länder

Thomas Barta, MUGV Brandenburg

# ***Berlin-Brandenburg = eine Gesundheitsregion***

- Gemeinsamer Masterplan für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg
- Abgestimmte Leistungsangebote, länder-übergreifende Gesundheitsprojekte und kooperative Mediziner Ausbildung
- Patientenwanderungen
- Berlin + Brandenburg = Verbindung unterschiedlicher Herausforderungen



**Krankenhausplanung ist immer für die gemeinsame Region zu gestalten.**

# Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg: Vier Handlungsfelder und fünf Integrativthemen mit ausgewählten Beispielen

Handlungsfelder	Biotechnologie / Pharma	Medizintechnik	Neue Versorgungsformen und Rehabilitation	Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitstourismus
Integrativthema Fachkräfte	Qualifizierung für die personalisierte Medizin weiterentwickeln und umsetzen	Ausbau der Weiterqualifizierungsmöglichkeiten in medizinischen/ medizintechnischen Fragen für Absolventen von MINT-Fächern	Programme zur intelligenten Arbeits(zeit)gestaltung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen	Betriebliche Gesundheitsförderung
Ansiedlung/ Bestandsentwicklung	Systematischer Aufbau von Kooperationen der regionalen Wissenschaft mit Pharmaunternehmen	Aufbau von Kooperationsbeziehungen entlang der Wertschöpfungskette zur effizienteren Einbindung von Technik in und zur Gestaltung der Versorgung	Modelle sektorübergreifender Zusammenarbeit der kompletten Versorgungskette (Vor- und Nachsorge, ambulante und stationäre Versorgung, Reha, häusliche Versorgung)	Ausbau Gesundheits-, Kur- und Wellnesstourismus im Naherholungsbereich
Internationalisierung	Internationale Markterschließung für KMU	Geronto- und Medizintechnik in ausgewählten Zielländer anbieten, etwa: Pflege und Gerontotechnik für Pflegeinfrastruktur in der Türkei	Internationale Kooperationen bei der Entwicklung von Systemlösungen	Internationalen Patiententourismus als imageträchtigen Nischenmarkt nutzen
E-Health	Bioinformatik und Systembiologie zur Entwicklung personalisierter Therapieverfahren	AGnES plus: Ausbau der telemedizinischen Unterstützungsinfrastruktur für die Gemeindenähe, arztentlastende Versorgung	Telemedizin für die Reha-Nachsorge und Abbildung der Versorgungswertschöpfungskette nutzen	Telemedizinische Unterstützung von Präventions- und Freizeitangeboten
Alternde Gesellschaft	Molekulare Diagnostik zur Früherkennung von altersbedingten Krankheiten.	Stärkung der Gerontotechnik innerhalb des Medizintechnik Clusters	Integrierte (geriatrische) Versorgungslösungen für chronische Krankheiten, Multimorbidität, Demenz	Präventionskonzepte für einkommensschwache und bildungsferne Gruppen

(Quelle: IAT/MUGV)



# Abgestimmte Leistungsangebote, länderübergreifende Gesundheitsprojekte und kooperative Mediziner Ausbildung

- **Gegenseitige intensive Beteiligung** bei der Erstellung der Krankenhauspläne, z.B. Berlin-Brandenburg-Tage der Krankenhausreferate
- **Transplantationsmedizin:** Vorhaltung der Kapazitäten für die gesamte Region in Berliner Universitätsklinik und Deutschen Herzzentrum Berlin, regionaler Transplantationsverbund.
- **Herzchirurgische Versorgung:** Sicherstellung der herzchirurgischen Versorgung für die Gesamtregion durch das Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB), die Charité, Herzzentrum Bernau und Herzzentrum Cottbus.
- **Betreuung von Schwerbrandverletzten:** Vorhaltung von Kapazitäten für die gesamte Region im Unfallkrankenhaus Berlin (UKB).

# Abgestimmte Leistungsangebote, länderübergreifende Gesundheitsprojekte und kooperative Mediziner Ausbildung

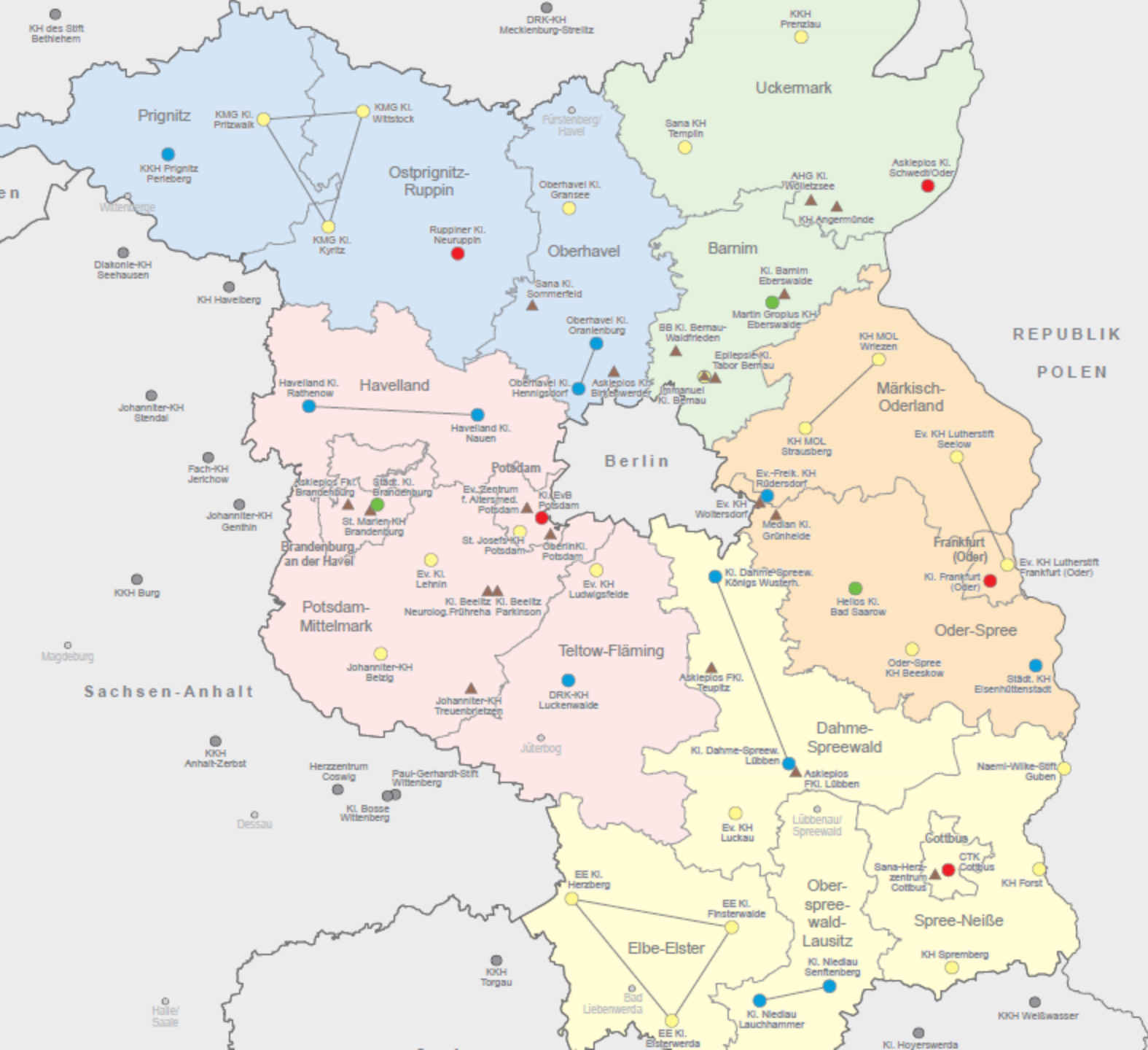
- **Seuchenstation:** Vorhaltung einer Spezialeinheit in der Charité für die gesamte Region.
- **AIDS-Versorgung:** Vorhaltung spezifischer Kapazitäten in Berlin für die gesamte Region.
- **Universitätsklinik:** Ausbildung von Medizinern in der Gesamtregion durch medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin; Akadem. Lehrkrankenhäuser in Brandenburg
- **Rehabilitation:** Stationäre Rehabilitationseinrichtungen im Land Brandenburg vorzuhalten; in Berlin von Landesseite keine Initiative zur Schaffung von zusätzlichen Kapazitäten für die stationäre Rehabilitation.

# Patientenwanderungen werden bei Krankenhausplanung beachtet

- Anteil Brandenburger Patienten am Gesamtleistungsaufkommen Berlins bei 10,4 % und damit hinter dem Umlandversorgungsanteil anderer Regionen (Schleswig-Holstein in Hamburg: 16,7 %, Niedersachsen in Bremen: 35,3 %).
- Eigenversorgungsquote liegt in Brandenburg bei 83,3 % gegenüber 85,2 % in Schleswig Holstein, 87,4 % in Niedersachsen und 94,5 % in Berlin (Krankenhausreport 2012).
- Berliner Patienten vor allem in Brandenburger Fachkliniken im Berliner Umland. Zahl der „Berliner“ Fälle im Jahr 2011 rund 18.000, der prozentuale (steigende) Anteil liegt bei 3,1 %. (in einzelnen Fachkliniken bis zu 46 %).

# ***Berlin + Brandenburg = unterschiedliche Herausforderungen***

- Metropole Berlin:
  - Verdichtetes Versorgungsangebot
  - kurze Wege
- „Umlandregion“ Brandenburg:
  - weite Wege
  - Bevölkerungsrückgang



# Krankenhäuser Land Bra

## nach Versorgungsstufen

- Versorgungsstufe**
- Krankenhaus der Grund- und Fachversorgung
  - Krankenhaus der Regionalversorgung
  - Krankenhaus der Qualitätssicherung
  - Krankenhaus der Spitzenversorgung
  - ▲ Fachkrankenhaus
  - Krankenhaus der Grund- und Fachversorgung
  - Krankenhaus der Grund- und Fachversorgung
- Krankenhausstandort in Nachbarbundesländern

— verbundene Standorte

- Versorgungsgebiete**
- Prignitz-Oberhavel
  - Uckermark-Barnim
  - Havelland-Fläming
  - Lausitz-Spreewald
  - Oderland-Spree

— Landesgrenze  
 — Kreisgrenze



# „Metropolregion“

## Bevölkerungsentwicklung 2009 gegenüber 2005



### Land Berlin

Bevölkerungszahl von  
3,40 Mill. (2005) auf  
3,44 Mill. (2009) gestiegen  
= + 1,4 %

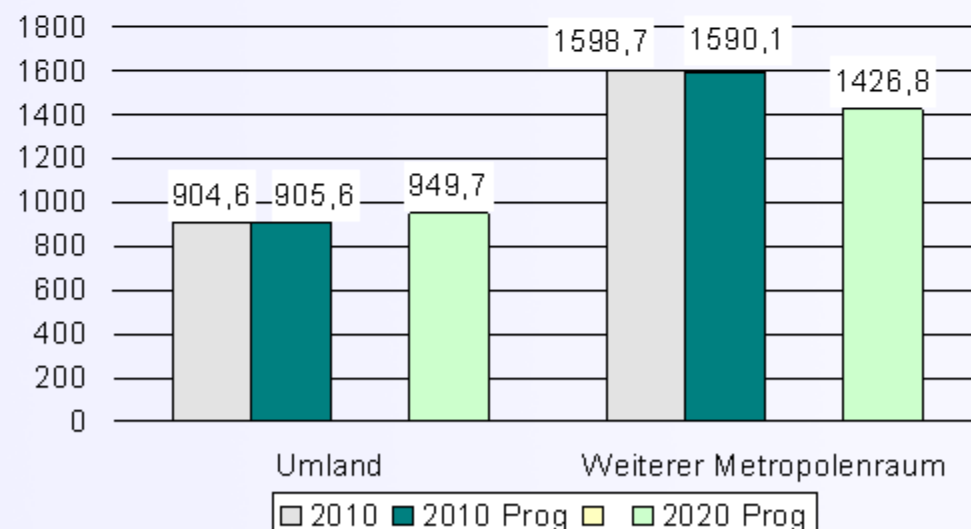
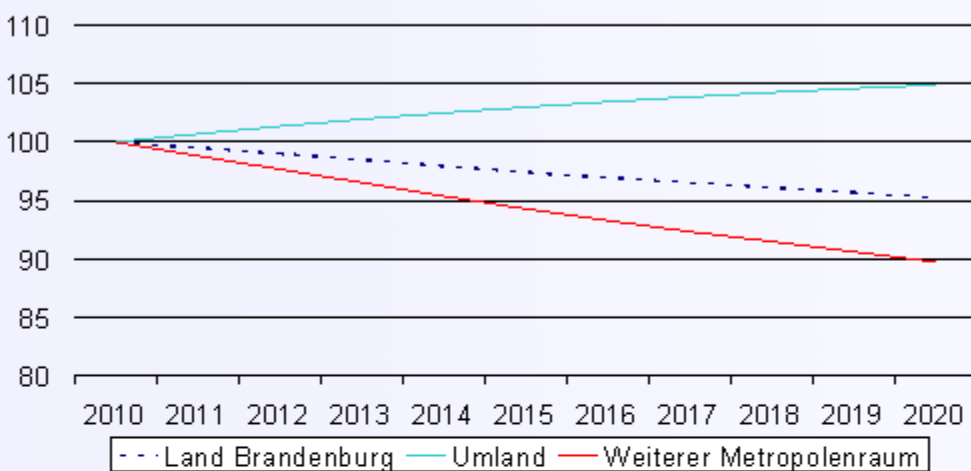
### Land Brandenburg

Bevölkerungszahl von  
2,56 Mill. (2005) auf  
2,51 Mill. (2009) gesunken  
= - 1,9 %

Bevölkerungsgewinne im  
**Stadt-Umland-Zusammenhang  
von Berlin und Potsdam**  
(+3,6%)

Bevölkerungsverluste im  
**weiteren Metropolitanraum**  
(-4,7%)

# Prognose der Bevölkerung insgesamt



## Land Brandenburg

- Abw : -0,3%
- 2010: 2495,8
- 2020: 2376,5 / -4,8%
- Ant. 100 %

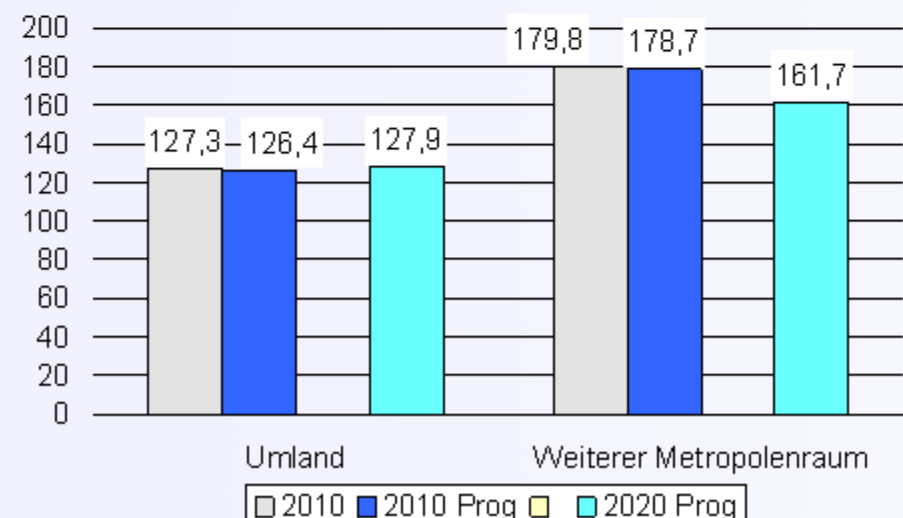
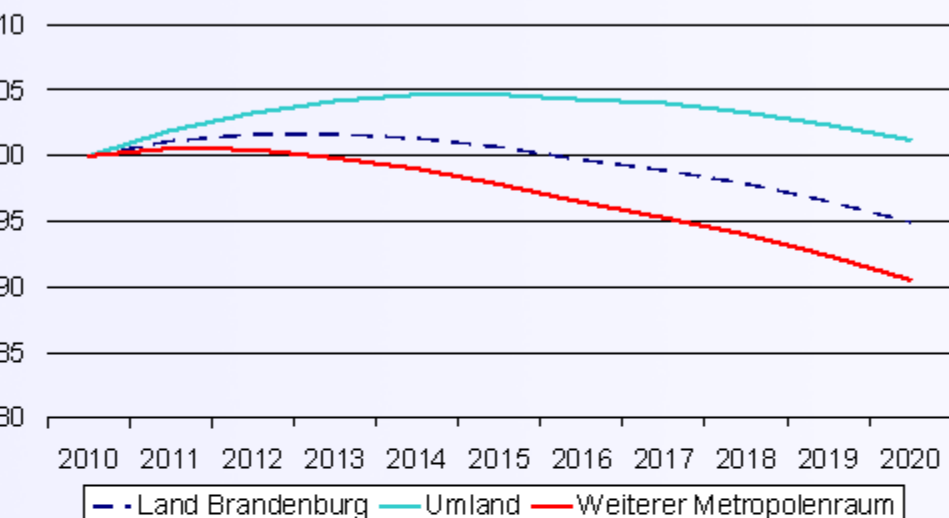
## Umland

- Abw 0,1:
- 2010: 905,6
- 2020: 949,7 / 4,9 %
- Ant. 36% > 40,0%

## Weiterer Metropolitanraum

- Abw : -0,5%
- 2010: 1590,1
- 2020: 1426,8 / -10,3%
- Ant: 64% > 60%

# Unter 16 - Jährige



## Land Brandenburg

- *Abw* : -0,7%
- 2010: 305,1
- 2020: 289,6 / -5,1%.
- Ant. 12,2 % > 12,2%

## Umland

- *Abw* -0,7%:
- 2010: 126,4
- 2020: 127,9 / 1,2 %
- Ant. 14,0% > 13,5%

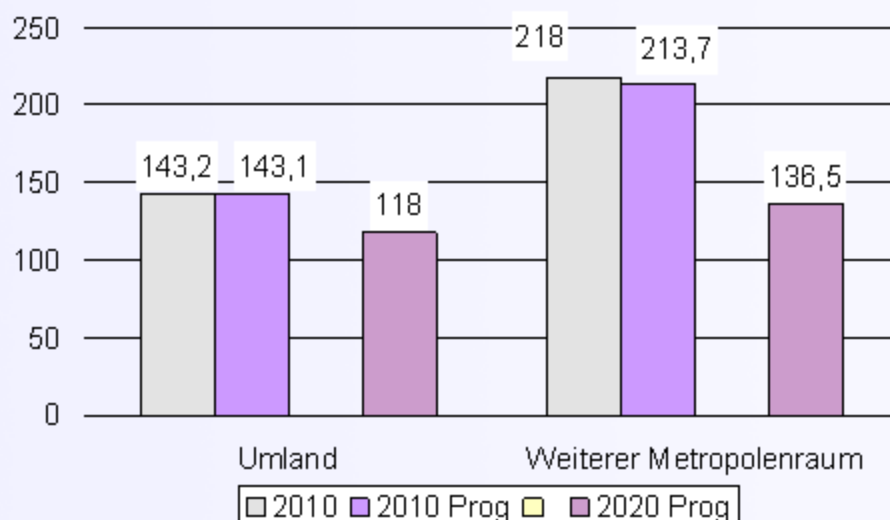
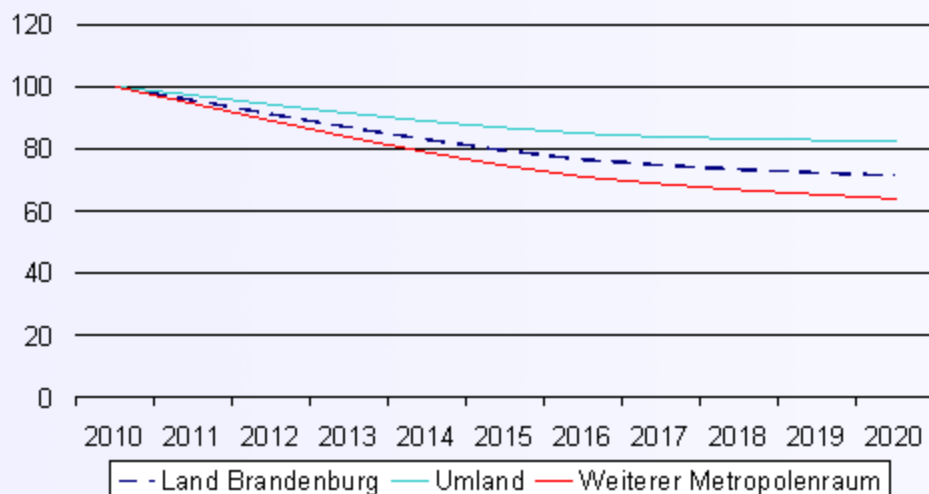
## Weiterer Metropolitanraum

- *Abw* : -0,8%
- 2010: 178,7
- 2020: 161,7 / -9,5%
- *Ant*: 11,2% > 11,3%





# 20 bis unter 45 – jährige Frauen



## Land Brandenburg

- Abw : -1,2 %
- 2010: 355,8 Tsd.
- 2020: 254,5 Tsd./-28,5%
- Ant. 14,3 % > 10,7%

## Umland

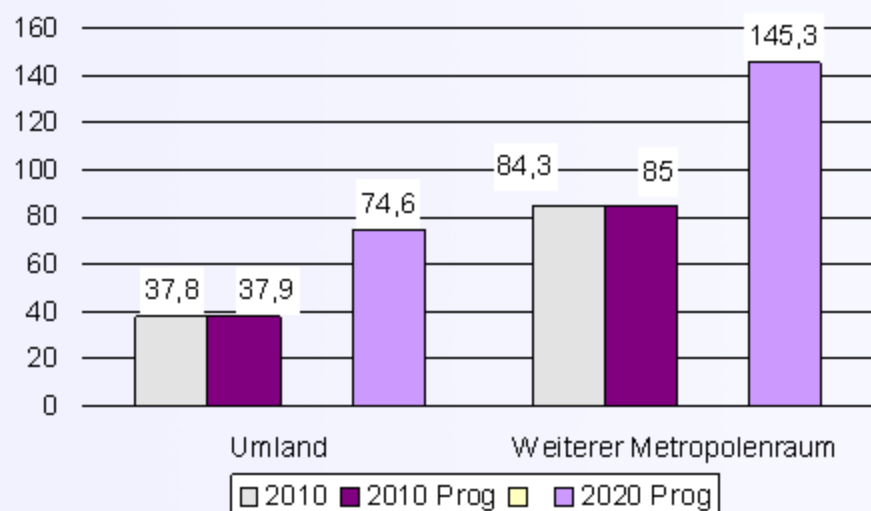
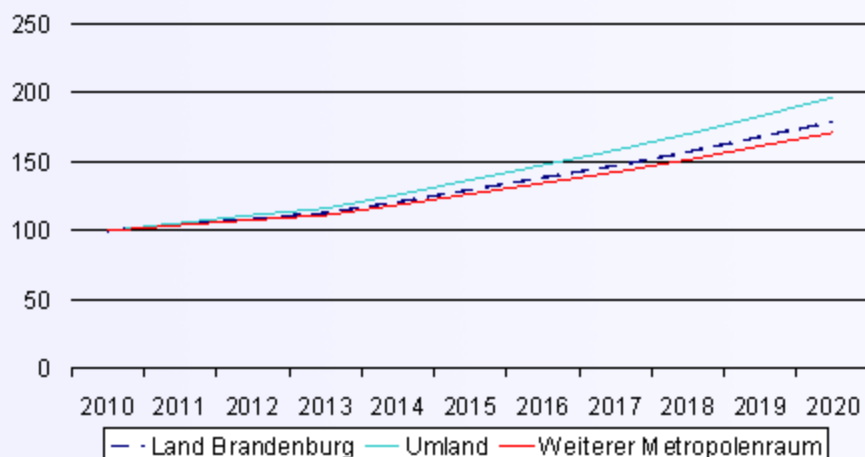
- Abw : -0,1%
- 2010: 143,1 Tsd.
- 2020: 118,1 Tsd./-16,9%
- Ant. 15,7 % > 12,4%

## Weiterer Metropolitanraum

- Abw : -2,0 %
- 2010: 213,7 Tsd.
- 2020: 136,5 Tsd./-36,1%
- Ant. 13,4 % > 9,6%



# Über 80 - Jährige



## ■ Land Brandenburg

- Abw : 0,7%
- 2010: 122,9
- 2020: 219,9 / 78,9%.
- Ant. 4,9% > 9,3%

## ■ Umland

- Abw 0,3%:
- 2010: 37,9
- 2020: 74,6 / 96,9%
- Ant. 4,2% > 7,9%

## ■ Weiterer Metropolitanraum

- Abw : 0,8%
- 2010: 85,0
- 2020: 145,3 / 70,9%
- Ant: 5,3% > 10,2%

# Bedarfsberechnung mit Demografiefaktoren

- Definition „Berliner Umland“ – „Weiterer Metropolenraum“ gemäß Landesentwicklungsplan Berlin-Brandenburg vom 31.12.2009
- Bestimmend für demografischen Faktor ist grundsätzlich der Standort des Krankenhauses und Zuordnung Alterskohorten zu Disziplinen

# Altersgruppenzuordnung Fachgebiete

Fachgebiete	Bevölkerung
Chirurgie, HNO, MKG, ErwPsych, Ortho, Nchir	<b>Gesamtbev.</b>
KChir, Kinderheilkunde, Ki u JuPsych,	<b>0-16 Jährige</b>
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	<b>16 u. ä. weiblich</b>
Sonderbetrachtung der Geburtenentwicklung	<b>21- 45 weiblich</b>
Urologie	<b>55 u. ä. männlich</b>
Augenheilkunde, HuG, HerzChir, Innere, Neuro, Neuro Phase B, Strahlenheilkunde	<b>65 u. ä.</b>
Geriatric	<b>80 u. ä.</b>

# ***Bausteine gemeinsamer Krankenhausplanung***

- Zentrale / dezentrale Versorgungsangebote
- Eckpunkte der Planung, differenziert nach Metropole und Flächenland
- Entwicklung der medizinischen Fachgebiete
- Bedarfsermittlung (demografische Faktoren)
- Harmonisierung der Fortschreibungsintervalle

---

# **Gestaltungsspielräume bei der Krankenhausplanung aus rechtlicher Sicht**

***Workshop „Der neue Krankenhausplan“***

Berlin, 6. Dezember 2012

Dr. Maren Bedau

Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht

Raue LLP

---

## Überblick

1. Gesetzliche Vorgaben – Welche Mindestanforderungen muss ein Krankenhausplan erfüllen?
2. Gestaltungsspielräume – Welche Anforderungen an die Qualitätssicherung darf der Planer verlangen?
3. Marktzutritt neuer Krankenhäuser – Welche Entscheidungsmöglichkeiten gibt es?
4. Ausblick: Come back der Detailplanung nach Umstellung auf Baupauschale?

## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung – Gesetzliche Grundlagen

### **Die Zuständigkeit der Länder ergibt sich aus dem Grundgesetz.**

- Art. 74 Nr. 19a GG weist dem Bund die Zuständigkeit für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze zu (Krankenhausfinanzierungsgesetz).
- Krankenhausplanung wird nicht erwähnt.
- Krankenhausplanung ist originäre Landeskompetenz (Art. 70 Abs. 1 GG).



# 1. Gesetzliche Vorgaben - Mindestanforderungen

## Bundesrecht:

- Inhalt des Krankenhausplans ist bundesrechtlich nicht näher bestimmt
- Aber: Verpflichtung, den Plan zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele aufzustellen ( § 6 Abs. 1 KHG)
- Ziele des § 1 KHG:
  - bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung
  - mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern
  - Beitrag zu einem sozial tragbaren Pflegesatz

# 1. Gesetzliche Vorgaben - Mindestanforderungen

## Landesrecht:

§ 1 Abs. 1 LKG lautet:

„Ziel dieses Gesetzes ist es, die bedarfsgerechte und humane stationäre Versorgung der Bevölkerung in leistungsfähigen und sparsam wirtschaftenden Krankenhäusern öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Träger sicherzustellen.“

## Zwei Zielsetzungen

- Umsetzung von § 1 KHG (wirtschaftliche Sicherung)
- Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags (aus Sozialstaatsprinzip)

# 1. Gesetzliche Vorgaben - Mindestanforderungen

§ 6 Abs. 2 LKG:

„Der Krankenhausplan ist ein Rahmenplan, der insbesondere

1. eine Bedarfsanalyse erhält,
2. Versorgungsziele, Qualitätsanforderungen und die Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung benennt,
3. die Standorte der Krankenhäuser mit den Fachrichtungen ausweist und krankenhausesbezogene Festlegungen zur Anzahl der standort- und abteilungsbezogenen Krankenhausbetten treffen kann,  
[...]
6. medizinische Versorgungskonzepte und Informationen zum Leistungsgeschehen enthalten kann und [...]“

## 1. Gesetzliche Vorgaben - Mindestanforderungen

### **Tendenzen der letzten Jahre: „Deregulierung“ – Verringerung der Regelungstiefe (KHPlan Berlin 2010)**

Bundesweit wurden in den letzten Jahren verschiedene Ansätze verfolgt  
durch Verzicht auf

- eine Bettenzuweisung pro Abteilung (nur noch „Gesamtplanbetten-zahl“ etwa in Baden-Württemberg und Brandenburg),
- auf Ausweisung von Teilgebieten / Subdisziplinen
- auf Ausweisung von Betten (stattdessen: Behandlungsfälle)

Ziel: Erhöhung der Gestaltungsfreiräume der Krankenhäuser und Verhandlungsspielräume der Kostenträger

## 1. Gesetzliche Vorgaben - Mindestanforderungen

### Bewertung der geringeren Regelungstiefe etwa bei fehlenden Teilgebietsausweisungen durch Gerichte

- Wird dem Krankenhaus durch Feststellungsbescheid der Versorgungsauftrag für ein Gebiet (Hauptdisziplin) zugewiesen, ergeben sich daraus KEINE Beschränkungen für etwaige Teilgebiete (Subdisziplinen), es sei denn eine solche Beschränkung wird im Krankenhausplan und im Feststellungsbescheid explizit geregelt
- LSG NRW, Urteil v. 26.6.2008 – L 5 KR 19/07, juris; OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 11.3.2011 – 13 A 1745/10, MedR 2011, 740, 741. Vertiefend: Sodan, GesR 2012, 641 ff.

## **2. Gestaltungsspielräume**

**Welche Anforderungen an die Qualitätssicherung darf der Planer verlangen?**

## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung – Gesetzliche Grundlagen

Bundesrechtliche Zuständigkeit zur Qualitätssicherung:

### **Richtlinien des GBA**

- Auf der Basis seiner Richtlinienkompetenz definiert der Gemeinsame Bundesausschuss, welche Qualitätsanforderungen im GKV-Bereich gelten (Voraussetzung für Abrechnungsfähigkeit, leistungsbezogener Qualitätsbegriff)
- Wichtigster Zankapfel der letzten Jahre: Mindestmengenregelungen des GBA (Neonatologie, Knie-TEP etc) gemäß § 137 SGB V

## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung – Gesetzliche Grundlagen

### Verhältnis GBA-Richtlinien zur Krankenhausplanung?

- Grundsatz: Landesplanung regelt Marktzugang, GBA-Richtlinien regeln Abrechnungsfähigkeit
- Aber: Wenn eine vom GBA festgelegte Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird, darf ein Krankenhaus entsprechende Leistungen nicht erbringen ( § 137 Abs. 3 Satz 2 SGB V)
- Ausnahmeentscheidungen durch Landesbehörde sind möglich, wenn Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung gefährdet ist, § 137 Abs. 3 Satz 3 SGB V



## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung – Gesetzliche Grundlagen

### Qualitätsanforderungen durch Landesplanung

Gesetzliche Grundlage erforderlich?

- Ja, Krankenhausplanung berührt den Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit, wenn Nichterreichen der Qualitätsanforderungen Leistungsausschluss zur Folge haben soll
- Das Grundgesetz erlaubt den Eingriff in die Berufsfreiheit nur auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung, die Umfang und Grenzen des Eingriffs deutlich erkennen lässt (BVerfG, Beschluss vom 25.03.1992)

## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung – Gesetzliche Grundlagen

### Welche gesetzlichen Grundlagen gibt es für die Planungsbehörde?

- § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V: „Ergänzende Qualitätsanforderungen einschließlich der Vorgaben zur Führung klinischer Krebsregister im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.“
- § 6 Abs. 2 Nr.2 LKG nennt „Versorgungsziele, Qualitätsanforderungen und Voraussetzungen zur Notfallversorgung“

„Im Krankenhausplan formulierte Qualitätsanforderungen sollen dazu beitragen, dass insbesondere hinsichtlich der personellen und sächlichen Ausstattung der Krankenhäuser und der zeitlichen Verfügbarkeit bestimmter Krankenhausleistungen Mindeststandards in Plankrankenhäusern gewährleistet werden und der Wettbewerb der Krankenhäuser nicht zu Lasten der Qualität geführt wird.“ (Abg.-Drs. 16/3988)

## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung – Gesetzliche Grundlagen

### Exkurs: Welche Möglichkeiten hat eine Planungsbehörde ohne gesetzliche Grundlage?

- Beispiel Brustzentren in Nordrhein-Westfalen
- Bezugspunkt: Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses
- OVG NRW 18.12.2008 – 13 A 2221/08: Mindestzahlen sind unter Verweis auf die für die Zertifizierungen vorgesehenen Qualitätsstandards der Deutschen Krebsgesellschaft, ... vom Planungsermessen gedeckt und rechtfertigen wegen des überragend wichtigen Gemeinschaftsguts der Bekämpfung von Brustkrebs für Frauen den Eingriff in Art. 12 Abs. 1 GG, 14 Abs. 1 GG
- Im Schrifttum nahezu einhellig abgelehnt

## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung

### Aus der Rechtsprechung

BVerwG, Urteil vom 14. April 2011 – 3 C 17.10, Rdnr 20

„Allerdings ist es richtig, dass das Krankenhausfinanzierungsgesetz die Landesbehörden dazu ermächtigt, mit ihrer Krankenhausplanung zugleich gestaltende Planungsziele zu verfolgen. Hierzu dürfen und sollen sie Versorgungskonzepte entwickeln, namentlich die Anbieter der verschiedenen Versorgungsstufen in ihr Raumkonzept der zentralen Orte einpassen, eher Allgemeinversorger oder eher Fachkliniken bevorzugen, Versorgungsschwerpunkte bilden, Kooperationen benachbarter Kliniken fördern, auch besondere Strategien zur Steigerung der Trägervielfalt verfolgen, und anderes mehr“

## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung

### Aus der Praxis

#### Vorgaben zur Strukturqualität

- Die Kriterien können sich auch auf andere sächliche, personelle, ggf. bauliche und organisatorische Bedingungen für ein bestimmtes Leistungsspektrum beziehen.
- In der Regel beschränken sich Vorgaben in Krankenhauspläne auf strukturelle Anforderungen etwa bei ausgewählten Fachgebieten, bei Schwerpunkten bzw. bei zugewiesenen Aufgaben (Geburtshilfe, Geriatrie, Notfallversorgung)

## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung

### Aus der Praxis

Vorgaben zur Prozessqualität (d.h. Vorgaben hinsichtlich Arbeitsabläufe, Versorgungsschritte)

- Prozessqualität liegt im Wesentlichen in der Organisationshoheit der Krankenhäuser
- Aber bereits umgesetzte Beispiele: Schlaganfallversorgung, Herzinfarktversorgung, Perinatalversorgung

## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung

### Grenzen

Dienen Qualitätsanforderungen einem zulässigen Planungsziel (nämlich Umsetzung der Planungsgrundsätze) oder allgemein der Optimierung der Behandlungsqualität bzw. „gesundheitspolitischen Fernzielen“?

„Für die Leistungsfähigkeit einer Klinik ist der aktuelle Stand des Krankenhauswesens maßgeblich. Werden gesundheitspolitische Fernziele, die diesen Stand weit überschreiten, als Maßstab gewählt, so verstößt das gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (BVerfG, Beschluss vom 12. Juni 1990 – 1 BvR 355/86).“

(Leistungsfähigkeit durfte nicht verneint werden, weil neben dem Leiter der FA Psychiatrie kein zweiter Facharzt vorhanden war).

## 2. Gestaltungsmöglichkeiten der Landeskrankenhausplanung

### Verhältnismäßigkeitsgrundsatz (Art 12, 14 GG)

- Sind strukturelle Vorgaben fachlich / empirisch belegbar?
- Sind strukturelle Vorgaben noch mit den anderen Zielen der Krankenhausplanung vereinbar?
- Werden Anforderungen refinanziert (Beispiel: Krebsregister, Tumorzentren)



**3.  
Marktzutritt neuer Krankenhäuser –  
Welche Entscheidungsmöglichkeiten gibt es?**

### 3. Marktzutritt neuer Krankenhäuser

#### Besteht ein Rechtsanspruch?

§ 8 Abs. 2 Satz 1 KHG:

„Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht.“

Aber ständige Rechtsprechung des BVerwG: Vorschrift ist verfassungskonform auszulegen.

### 3. Marktzutritt neuer Krankenhäuser

#### Zwei-Stufenlehre

##### Erste Stufe

- Auf der ersten Stufe wird geprüft, welche Krankenhäuser leistungsfähig sowie kostengünstig und wirtschaftlich sind und für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in Betracht kommen.
- Sollte die Zahl der Betten, die in den geeigneten Krankenhäusern vorhanden bzw. geplant sind, die Zahl der benötigten Betten nicht übersteigen, besteht ein Anspruch auf Planaufnahme.

##### Zweite Stufe

- Übersteigt aber die Zahl der angebotenen Betten die Zahl der benötigten Planbetten, sind also mehrere Krankenhäuser bedarfsgeeignet, ist auf der zweiten Stufe eine Auswahlentscheidung zu treffen.

### 3. Marktzutritt neuer Krankenhäuser

## Planverfestigung

BVerwG, Urteil vom 14.4.2011 – 3 C 17.10, Rdnr. 28

„Zum anderen und vor allem aber führt auch die Aufnahme eines Krankenhauses in den Plan nicht dazu, dass der von ihm gedeckte Bedarf in Zukunft für dieses Krankenhaus reserviert wäre. Vielmehr muss die zuständige Behörde bei Hinzutreten eines Neubewerbers ihre bisherige Versorgungsentscheidung insgesamt überprüfen und ggf. korrigieren. Das kann auch zur Herausnahme eines bisherigen Plankrankenhauses aus dem Krankenhausplan führen. Daran ändert es nichts, wenn im Einzelfall Gründe bestehen, welche die Herausnahme des vorhandenen Plankrankenhauses erschweren. Jede andere Entscheidung käme einer Versteinerung der Krankenhauslandschaft gleich, die mit dem grundrechtlich unterfangenen Anspruch des Neubewerbers auf gleichen Marktzutritt unvereinbar wäre.“

### 3. Marktzutritt neuer Krankenhäuser

#### Planverfestigung

Auf beiden „Stufen“ zu prüfen

- Auch Häuser mit „neuem“ Versorgungsangebot sind in die Bedarfsanalyse einzubeziehen
- Auswahlentscheidung ist unter allen Krankenhäusern zu treffen, unabhängig ob Planstatus bereits vorliegt

### 3. Marktzutritt neuer Krankenhäuser

#### Gestaltung des Verfahrens bis zur Auswahlentscheidung – Anhörung

##### Planaufstellung

- Anhörung aller Krankenhäuser mit Versorgungsangebot im Verfahren der Aufstellung eines neuen Plans erfüllt die Anforderungen gemäß § 28 VwVfG

##### Einzelfortschreibung

- Enge Tatbestandsvoraussetzung in § 6 Abs. 1 Satz 4 LKG („geänderter Bedarf“) begegnet rechtlichen Bedenken, je älter der Krankenhausplan ist, da Versteinerung droht
- Bedarfsermittlung/-analyse ist kein Planungsinstrument („ist“, nicht „soll“)
- Andere Krankenhausträger sind aber erst dann anzuhören, wenn belastender VA (Entzug (Teil-)Versorgungsauftrags / Bettenreduzierung) in Rede steht.

## 4. Ausblick:

Auswirkungen der Einführung einer Baupauschale auf die  
Krankenhausplanung

## 4. Ausblick

- Wird die Einführung einer „Baupauschale“ zu neuen Anforderungen in der Krankenhausplanung führen?
- Investitionspauschalen berechnen sich aus einem auf Landesebene festzulegenden Investitionsfallwerts multipliziert mit bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen.



## 4. Ausblick

### **Anknüpfungspunkte für planerische Überlegungen: Leistungsorientierung**

#### Befürchtungen

- Anreiz für Krankenhäuser, Leistungsspektrum „investitionsförderungsorientiert“, also nach Höhe der Investitionsbewertungsrelation auszurichten
- Krankenhausplanung als Rahmenplanung (insbesondere Verzicht auf Teilgebietsausweisung) würde dies ermöglichen

## 4. Ausblick: Steht also ein Come back der detaillierten Krankenhausplanung bevor?

Zweifelhaft

- „Missbrauchsargument“ aus DRG-System bekannt; bestätigt durch Fehlbelegungsprüfung? (-)
- Vereinbar mit Wettbewerb um Patienten / Patientenorientierung?
- Detaillierte Krankenhausplanung muss justiziable Versorgungsaufträge hervorbringen (sehr schwierig bei Beschränkung von „lukrativen“ Leistungssegmenten auf einzelne Häuser)

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

# Dr. Maren Bedau



**Dr. Maren Bedau**  
**Associate Partner**

**Fachanwältin für Medizinrecht**

030-818 550 360  
maren.bedau@raue.com

Dr. Maren Bedau berät Krankenhäuser und Gemeinschaftspraxen in allen Fragen des Medizinrechts, sowie Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller bei der Durchführung von klinischen Prüfungen. Sie verfügt über umfangreiche Erfahrung in der Beratung von Krankenhausträgern und Ärzten bei der Gründung von und Beteiligung an Medizinischen Versorgungszentren.

Dr. Maren Bedau studierte in Potsdam und Berlin, war bis 2003 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Bürgerliches Recht Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, privates Bau- und Immobilienrecht sowie Neuere und Neueste Rechtsgeschichte (Prof. Dr. Rainer Schröder) und ist seit 2004 als Rechtsanwältin tätig. Sie ist Fachanwältin für Medizinrecht.

## **Ausgewählte Publikationen:**

- Rechtsbeziehungen zu Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in: Helge Sodan [Hrsg.], Handbuch des Krankenversicherungsrechts (mit Kuhla), 2010
- DKG-Musterverträge zur Kooperation von Krankenhäusern und Gewebebanken bei Gewebeentnahmen, Das Krankenhaus 2010, S. 1 ff.
- Adam/Bedau, Abrechnung von Sachkosten bei wahlärztlichen Leistungen - Zugleich eine Besprechung von BGH, Urteil vom 4. November 2010 - III ZR 323/09, GesR Heft 6, 2011, S. 338 ff.

Workshop

# Der neue Berliner Krankenhausplan

6. Dezember 2012

## Erwartungen von Patientinnen und Patienten

**Karin Stötzner**

**Patientenbeauftragte für Berlin**

# Anregungen zum Krankenhausplan aus der Sicht von Patienten

- **Das Amt**
- **Beschwerden als Basis**
- **Ausschnitte aus der Realität**

# Die Themen

- **Aufnahme – Rettungsstellen**
- **Versorgung besonderer Zielgruppen**
- **Versorgung und Profession(en)**
- **Qualität und Transparenz**
- **Versorgung und Wettbewerb**
- **Entlassungsmanagement**

## Aufnahme – Rettungsstellen

- **Lange Wartezeiten**
- **Kommunikation der Triage**
- **Verfügbarkeit von Fachärzten**
- **Hochschulambulanzen**
- **Abstimmung mit ambulanter Notfallversorgung**
- **Kinderrettungsstellen**



## Versorgung besonderer Zielgruppen

- **Menschen mit Demenz in der Akutversorgung**  
(oder mit besonderen Einschränkungen)
- **Seltene Erkrankungen**
- **Assistenz für Behinderte**
- **Patienten mit Migrationsgeschichte**
- **geriatrische Patienten**
- **Palliativversorgung**

## Versorgung und Professionen

- **Überlastung des Personals**
- **Gestresste Pflegekräfte**
- **Zu wenig Zeit für „Heilung“**
- **Fluktuation und Aushilfskräfte**
- **Leitlinien und Personalbemessung**
- **Keine Bezugsversorgung – bzw. pflege**
- **Ärzte im Spagat**

## Kommunikation

- **Aufklärung und Kommunikation**
- **Einbindung von Angehörigen**
- **Augenmerk auf Alleinstehende**
- **Umgang mit Fehlern**

## Entlassungsmanagement

- **Übergänge in die Nachsorge**
- **Kapazitäten der Sozialdienste**
- **zu „schnelle“ Entlassung**
- **Medikamentenversorgung**
- **fehlende Versorgungsverantwortung**

## Qualität und Transparenz

- verständliche, leicht zugängliche Informationen
- Versorgungspfade
- Kompetenz und Schwerpunkte
- Strukturvorgaben
- Zentrenbildung
- Beschwerdemanagement - feedback
- Sicherheit und Vertrauen
- Hygiene und Keime
- Transplantation

## Versorgung und Wettbewerb

- **Steuerung über wirtschaftliche Anreize**
  - **Bonusverträge**
  - **Einweiserbindung**
- **gesundheitspolitische Fürsorgefunktion**
- **Zuwendung statt Geräte**
- **Konzentration und Trägervielfalt**
- **Ethik und Versorgung**

# Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

**Karin Stötzner**

**Patientenbeauftragte für Berlin**

**[patientenbeauftragte@sengs.berlin.de](mailto:patientenbeauftragte@sengs.berlin.de)**