

Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin



Der Senat hat den Krankenhausplan 2016 in seiner Sitzung am 24.11.2015 beschlossen. Das Abgeordnetenhaus von Berlin hat den Krankenhausplan 2016 am 27.11.2015 zur Kenntnis genommen (Drucksachen-Nr. 17/2610), der Rat der Bürgermeister am 17.12.2015 (Vorlage Nr. R-780/2015). Der Krankenhausplan 2016 wurde im Internet veröffentlicht

(<http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/>).

Der Krankenhausplan 2016 ist damit nach § 6 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist und nach § 6 Landeskrankenhausgesetz (LKG) in der Fassung vom 18. September 2011 (GVBl. S. 483), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21.11.2014 (GVBl. S. 410) verbindliche Planungsgrundlage bis zum Jahr 2020.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Oranienstraße 106
10969 Berlin

Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin

Vorwort des Senators zum Krankenhausplan 2016

Das Land Berlin stellt sich mit diesem Krankenhausplan veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Sie sind gekennzeichnet durch ein anhaltendes dynamisches Bevölkerungswachstum in Verbindung mit einem weiter voranschreitenden demografischen Wandel sowie Fortschritten in Medizin und Technik. Mit diesem Krankenhausplan schaffen wir die Voraussetzungen dafür, dass die Krankenhausversorgung in Berlin auch vor diesem Hintergrund künftig auf hohem Niveau gewährleistet wird. Die Bevölkerung kann auch weiterhin auf die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser vertrauen.

In einem dreijährigen Planungsverfahren, beginnend mit einem Workshop am 6. Dezember 2012, hatten die maßgeblichen Akteure des Krankenhauswesens Gelegenheit, sich in den Planungsprozess einzubringen und ihre Erwartungen zu formulieren. Dazu wurden auch themenspezifische Arbeitsgruppen des Fachausschusses Krankenhausplanung unter Einbindung externer Expertinnen und Experten gebildet. Im Ergebnis hatte die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales einen Vorschlag zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016 vorgelegt. Auch unter Berücksichtigung einer Stellungnahme des Ausschusses für Gesundheit und Soziales des Berliner Abgeordnetenhauses wurde dieser Krankenhausplan in besonderer Weise an Kriterien für die Sicherstellung einer hohen stationären Versorgungsqualität ausgerichtet.

In den Krankenhäusern ist seit geraumer Zeit eine hohe Leistungsverdichtung festzustellen, die mit dazu führt, dass Beschäftigte im Bereich der Pflege heute erheblich mehr Patienten betreuen und versorgen müssen, als noch vor einigen Jahren. Zur Abfederung dieser Entwicklung in den Krankenhäusern enthält der Plan wesentliche qualitätssichernde Anforderungen mit verbindlichem Charakter und solche mit empfehlendem. Danach muss jede Fachabteilung eines Plankrankenhauses künftig die formulierten Anforderungen zur fachärztlichen Mindestbesetzung erfüllen. Notfallkrankenhaus oder Notfallzentrum kann im planerischen Status nur das Krankenhaus sein, das die nun im Plan festgelegten Anforderungen für Notfallkrankenhäuser bzw. Notfallzentren auch erfüllt. Zu den Qualitätskriterien gehört zudem, dass erstmals im Krankenhausplan festgelegte Empfehlungen zur Personalausstattung von geriatrischen Abteilungen und auf Intensivstationen Berücksichtigung finden.

Die Phase des kontinuierlichen Abbaus von Planbetten endete bereits im letzten Planungszeitraum. Mit dem vorliegenden Krankenhausplan 2016 werden die Kapazitäten in Planbetten weiter deutlich erhöht. Die Zahl der in diesen Plan aufgenommenen Betten steigt um rund 1.300 auf 22.000 Betten. Gestärkt wurden insbesondere die psychiatrischen Fachgebiete, die Geriatrie, die Neurologie sowie das universitäre Bettenangebot.

Zusätzliche, durch den Krankenhausplan ausgelöste Investitionserfordernisse entstehen für das Land Berlin nicht, da die Förderung von Investitionskosten im Land Berlin jetzt durch feste jährliche Pauschalbeträge erfolgt. Diese Pauschalförderung der Investitionskosten ermöglicht den Krankenhäusern im Rahmen der Zweckbindung nunmehr ein planbares und freies Wirtschaften auf Basis der qualitativen Ziele des Krankenhausplans.

Mario Czaja
Senator für Gesundheit und Soziales



Inhalt

Vorwort	5
1. Ziele des Krankenhausplans 2016.....	9
2. Rechtsgrundlagen	10
3. Planungsverfahren	12
4. Abstimmung mit Brandenburg	16
5. Regelungsinhalte des Krankenhausplans 2016	18
5.1. Planungsgröße „Krankenhausbett“ und Gliederung nach stationären Versorgungsformen	18
5.2. Gliederung nach Fachgebieten – Fachabteilungssystematik	18
5.3. Qualitative bzw. quantitative Festlegung von Abteilungen	21
5.4. Festlegung von speziellen Versorgungsaufgaben.....	22
5.5. Festlegungen mit räumlichem Bezug.....	23
5.6. Krankenhausdatenblätter.....	24
6. Qualitätssicherung	24
7. Krankenhaushygiene	27
8. Vergleichende Darstellung von Krankenhausleistungen	29
9. Analyse der Krankenhausversorgung und Bedarfsermittlung.....	31
9.1. Analyse der Krankenhausversorgungssituation	31
9.2. Umsetzung der Fortschreibung 2010 des Berliner Krankenhausplans.....	42
9.3. Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2020 – Bevölkerungsprognose.....	43
9.4. Bedarfsermittlung und -prognose.....	45
9.4.1. Normauslastung	45
9.4.2. Bedarfsanalyse für die somatischen Fachgebiete	46
9.4.3. Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	48
9.4.4. Bedarfsprognose 2020 für die somatischen Fachgebiete	52
9.4.5. Bettenbedarfsprognose 2020 insgesamt.....	55
10. Versorgungsschwerpunkte	56
10.1. Notfallversorgung	56
10.2. Geriatrie und Versorgung Demenzerkrankter.....	65
10.3. Herzmedizin.....	73
10.3.1. Kardiologie	73
10.3.2. Herzchirurgie	75

10.4.	Neurologie	76
10.4.1.	Schlaganfallversorgung.....	76
10.4.2.	Neurologische Frührehabilitation.....	78
10.5.	Orthopädie und Unfallchirurgie.....	82
10.6.	Gefäßmedizin.....	83
10.7.	Tumormedizin	85
10.7.1.	Krankenhäuser mit tumormedizinischem Schwerpunkt	85
10.7.2.	Qualitätssichernde Anforderungen an Schwerpunktkrankenhäuser	86
10.7.3.	Spezialisierte Angebote	87
10.8.	Erkrankungen der Atmungsorgane.....	88
10.9.	Beatmungsentwöhnung/Weaning.....	89
10.10.	Versorgung von Kindern und Jugendlichen.....	91
10.10.1.	Somatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen	91
10.10.2.	Perinatal- und Neonatalversorgung.....	92
10.10.3.	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	94
10.11.	Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	96
10.12.	Krankenhausversorgung am Lebensende.....	100
11.	Transplantationsmedizin	103
12.	Charité – Universitätsmedizin Berlin.....	104
13.	Geplantes Bettenangebot.....	105
14.	Ausbildungsstätten.....	109
Abkürzungsverzeichnis		110
Anlagen:		115
Anlage 1:	Datenblätter	115
Anlage 2:	Verzeichnis der außerhalb des Berliner Krankenhausplans betriebenen Krankenhäuser.....	194
Anlage 3:	Veränderungen des Versorgungsbedarfs bis 2020 infolge der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung (Basisjahr 2013)	199
Anlage 4:	Wer macht was wie oft? – Leistungsvergleich der Berliner Krankenhäuser zu ausgewählten Behandlungen	200
Anlage 5:	Verzeichnis der Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe an Krankenhäusern.....	226
	A: Verzeichnis der Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe, die mit förderungsfähigen Krankenhäusern notwendigerweise verbunden und nach KHG und LKG förderfähig sind.....	226
	B: Verzeichnis der Ausbildungsstätten an Universitätskliniken (keine Förderfähigkeit nach dem KHG/LKG)	229
Anlage 6:	Stellungnahme der Ärztekammer im Rahmen der AG Notfallversorgung	230

1. Ziele des Krankenhausplans 2016

Die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung haben sich mit zunehmendem Einfluss der Bundesebene in den letzten Jahren stark verändert. Unabhängig davon tragen die Bundesländer wie bisher die Verantwortung dafür, eine bedarfsgerechte und humane Versorgung der Bevölkerung in leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen. Entscheidende Instrumente dabei sind Krankenhausplanung und -förderung. Der Krankenhausplan 2016 verfolgt das Ziel, die Krankenhausversorgung im Planungshorizont bis zum Jahr 2020 weiterhin auf qualitativ hochwertigem Niveau in Berlin zu gewährleisten.

Seit Beschluss des letzten Krankenhausplans 2010 haben sich im Land Berlin die Bedingungen für die Krankenhausversorgung spürbar verändert. An erster Stelle ist hier die demografische Entwicklung zu nennen, die nicht nur mit einem höheren Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, sondern auch mit einer deutlichen Zunahme der Einwohnerzahl verbunden ist. Dies betrifft auch die unmittelbar an Berlin angrenzenden Regionen Brandenburgs, die partiell zum Einzugsbereich Berliner Krankenhäuser gehören. Weiter entfaltet der Wettbewerb der Krankenhäuser um höhere Versorgungsanteile und Erlössteigerungen im Ballungsraum Berlin mit hoher Krankenhausedichte und guten Erreichbarkeitsbedingungen im besonderen Maße seine Wirkung. Das drückt sich im Bestreben der Krankenhausträger nach Ausweitung des Versorgungsauftrages aus. Diese Interessenlage der Krankenhäuser wird auch nicht durch die vergleichsweise geringe Investitionsförderung der Krankenhäuser gedämpft.

Das Bestreben der Krankenhäuser nach Leistungsausweitung wird durch einen verstärkten Fokus der Berliner Krankenhausplanung auf die Qualitätssicherung begleitet. Daher gilt es zum einen die Entwicklungen auf der Bundesebene in den Blick zu nehmen und aus Landesperspektive aktiv mitzugestalten. Zum anderen sollen alle Möglichkeiten einer forcierten Weiterentwicklung der Qualitätsorientierung in der Berliner Krankenhausplanung genutzt werden.

Aus diesem Grund wird den bisherigen speziellen Versorgungszielen des Krankenhausplans 2010, die sich jeweils auf einzelne Versorgungsbereiche beziehen (nachfolgende Ziele 2 bis 5), ein allgemeines Qualitätsziel, das alle Versorgungsbereiche betrifft (Ziel 1), vorangestellt. Durch die Erweiterung um dieses allgemeine Qualitätsziel wird zum Ausdruck gebracht, dass die Krankenhausplanung durch die Formulierung von Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität und durch Herstellung von Bedingungen, die einen Wettbewerb um Qualität fördern, einen Beitrag zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung leistet.

Versorgungsziele des Krankenhausplans 2016

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

Bei der Aufstellung des Krankenhausplans 2016 wird auch die Entwicklung in den eng mit der Krankenhausversorgung verknüpften Versorgungsbereichen beachtet, insbesondere in der ambulanten Versorgung und rehabilitativen Versorgung. Planerische Konsequenzen hat dies vor allem in den Konzepten zur Notfallversorgung, zur psychiatrischen und geriatrischen Krankenhausversorgung sowie bei der stärkeren Einbindung der Berliner Krankenhäuser in neurologische frührehabilitative Versorgung.

Andererseits wurde deutlich, dass sich auch die mit der Krankenhausversorgung eng zusammenhängenden Strukturen auf künftige Anforderungen besser einstellen müssen (z. B. bessere Koordinierung von ambulanten Hilfen, verstärkte ambulante Versorgung durch Hausbesuche). Dies ist auch deshalb erforderlich, um die Krankenhausversorgung auf das notwendige Maß zu begrenzen und die gesundheitlich/soziale Versorgung insgesamt mit Blick auf den demografischen Wandel zukunftsfest zu gestalten. So soll beispielsweise das von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales initiierte Konzept „80plus - Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen“ (<http://www.berlin.de/sen/gessoz/80plus/>) entsprechende Entwicklungen anstoßen.

2. Rechtsgrundlagen

Die Krankenhausplanung beruht auf den krankenhausrrechtlichen Regelungen des Bundes, den Landeskrankenhausgesetzen und der Rechtsprechung zur Krankenhausplanung. Darüber hinaus bestehen Bezüge zum Europarecht.

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133), hat den Zweck, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 KHG). Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten (§ 1 Abs. 2 KHG). Zur Verwirklichung dieser Ziele stellen die Länder Krankenhauspläne auf (§ 6 Abs. 1 KHG) und passen sie der Bedarfsentwicklung an. Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt (§ 6 Abs. 4 KHG).

Das Land Berlin hat mit seinem **Landeskrankenhausgesetz (LKG)** vom 18. September 2011, zuletzt geändert durch das Erste Gesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes vom 21.11.2014 (GVBl. S. 410), die Ausgestaltung auf landesrechtlicher Ebene vorgenommen:

Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung stellt in Abstimmung mit der Krankenhausplanung des Landes Brandenburg einen Krankenhausplan auf. Vor der Aufstellung des Krankenhausplans wird dem für Gesundheit zuständigen Ausschuss des Abgeordnetenhauses Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Der Krankenhausplan wird vom Senat beschlossen, dem Abgeordnetenhaus von Berlin zur Kenntnis gegeben und im Internet veröffentlicht.

Der Krankenhausplan ist gemäß § 6 Abs. 2 LKG ein Rahmenplan, der insbesondere

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

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

In den Krankenhausplan werden die Universitätskliniken in Berlin einbezogen. Forschung und Lehre werden dabei angemessen berücksichtigt (§ 6 LKG).

Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung strebt bei der Krankenhausplanung mit den unmittelbar Beteiligten (Berliner Krankenhausgesellschaft, Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen, Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung) einvernehmliche Regelungen an (§ 5 LKG).

Dabei ist die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes zu beachten.

Ein Anspruch auf Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan besteht dann, wenn das Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und zur Deckung des zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht (Erste Entscheidungsstufe).

Erst wenn mehrere geeignete Krankenhäuser zur Bedarfsdeckung zur Verfügung stehen und diese nicht alle dafür benötigt werden, entfällt ein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan. An seine Stelle tritt ein Anspruch auf eine fehlerfreie Auswahlentscheidung (Zweite Entscheidungsstufe). Diese Rechtsprechung hat das Bundesverfassungsgericht gebilligt (BVerfG, Beschluss vom 12. Juni 1990 - 1 BvR 355/96 -, BVerfGE 82, 209).

Voraussetzung für die Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist auf beiden Entscheidungsstufen, dass das Krankenhaus bedarfsgerecht, also geeignet ist, einen vorhandenen Bedarf zu befriedigen. Das lässt sich nur auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse beurteilen.

Hierzu hat der **VGH Baden-Württemberg** in seiner Entscheidung vom 16. April 2002, Az.: 9 S 1586/01 Folgendes festgestellt: „Die Bedarfsanalyse ist die Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausbetten. Dabei kann zwischen der Beschreibung des gegenwärtigen Bedarfs und der Bedarfsprognose, also der Beschreibung des voraussichtlich in der Zukunft zu erwartenden Bedarfs, unterschieden werden. In beiden Hinsichten aber ist unter dem Bedarf der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf und nicht ein mit dem tatsächlichen nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf zu verstehen. Dem Land ist nicht erlaubt, bei der Ermittlung des zu versorgenden Bedarfs seiner Bedarfsanalyse nicht den tatsächlichen Bedarf zugrunde zu legen, sondern davon abweichende niedrigere Zahlen, und damit eine Minderversorgung in Kauf zu nehmen. Die Bedarfsanalyse als solche ist kein Planungsinstrument.“

Dem trägt der Berliner Krankenhausplan dadurch Rechnung, dass bei der Bedarfsanalyse und -prognose anerkannte statistische Verfahren auf der Grundlage der tatsächlichen Leistungs- und Bevölkerungsdaten zur Anwendung kommen.

Nach Aufstellung des Krankenhausplans wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan, die Beteiligung eines Krankenhauses an der Notfallversorgung und die Zuweisung besonderer Aufgaben gegenüber dem Krankenhausträger durch schriftlichen Bescheid festgestellt (Feststellungsbescheid). Der Bescheid kann Nebenbestimmungen enthalten, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich ist. Liegen die Voraussetzungen für die Erteilung des Bescheides ganz oder teilweise nicht mehr vor, so kann der Bescheid ganz oder teilweise widerrufen werden (§ 7 LKG).

Nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts hat der Krankenhausplan allein keine unmittelbare Rechtswirkung nach außen, also auch und

insbesondere nicht gegenüber den Krankenhausträgern. Der Krankenhausplan hat somit nicht den Charakter eines Verwaltungsaktes. Allerdings ist ihm eine mittelbare Außenwirkung insofern zuzurechnen, als die Landesbehörde in der Regel den Inhalt des Krankenhausplanes ihren Feststellungsbescheiden zugrunde legen wird.

Die Aufnahme in den Krankenhausplan durch Feststellungsbescheid ist Voraussetzung für den Anspruch auf Förderung (§ 8 Abs. 1 Satz 1 KHG). Sie begründet zugleich den Status als zugelassenes Krankenhaus und damit das Recht und die Verpflichtung, im Rahmen des festgelegten Versorgungsauftrages Krankenhausleistungen gegenüber gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zu erbringen (§ 108 Nummer 2 in Verbindung mit § 109 Abs. 4 SGB V). Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mit den in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern Budget- und Entgeltverhandlungen nach Maßgabe des KHG, des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zu führen (§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Gemäß § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V können konkretisierende bzw. ergänzende Vereinbarungen über die Leistungsstruktur zwischen den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen im Benehmen mit dem Land geschlossen werden.

Bezüge zum europäischen Recht

Der Europäische Gerichtshof hat für den Bereich der Krankenhausplanung anerkannt (siehe dazu die Urteile in den Rechtssachen Geraets / Smits sowie zuletzt Müller-Fauré und van Riet), dass die Zahl der Krankenanstalten, ihre geografische Verteilung, ihr Ausbau und die Einrichtungen, über die sie verfügen, oder auch die Art der medizinischen Leistungen, die sie anbieten können, planbar sein müssen. Insoweit wird eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs vom Europäischen Gerichtshof durch die Krankenhausplanung als gerechtfertigt angesehen (vgl. Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009, Seite 3, https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/krankenhausrahmenplan_2009.pdf).

3. Planungsverfahren

Workshop zum neuen Berliner Krankenhausplan 2016

Der Workshop „Der neue Berliner Krankenhausplan“ am 06.12.2012 bildete die Auftaktveranstaltung zur Vorbereitung des neuen Krankenhausplans. Die maßgeblichen Akteure hatten Gelegenheit, wichtige Handlungsfelder zur Verbesserung der Berliner Krankenhausversorgung zu benennen und Erwartungen an den neuen, ab 2016 gültigen Krankenhausplan zu formulieren. Eine ausführliche Dokumentation zum Workshop ist im Internet nachlesbar unter: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/krankenhauswesen/dokumente/der_neue_berliner_krankenhausplan_dokumentation_der_workshops_vom_6._dezember_2012.pdf?start&ts=1361369717&file=der_neue_berliner_krankenhausplan_dokumentation_der_workshops_vom_6._dezember_2012.pdf

Im Ergebnis des Workshops wurden unter Beteiligung des Fachausschusses Krankenhausplanung¹ **themenspezifische Arbeitsgruppen** gebildet, die sich in Detail mit wesentlichen methodischen und inhaltlichen Fragen des neuen Krankenhausplans befassten. Hervorzuheben ist dabei neben der Beteiligung der BKG und der Krankenkassen auch die Einbindung externer Experten und der Berliner Patientenbeauftragten, die durch ihre konstruktive Mitwirkung wesentlich die Arbeitsergebnisse prägten. Zukünftig wird neben der Berliner Patientenbeauftragten auch der für die allgemeine

¹ der „Fachausschuss Krankenhausplanung“ ist ein Arbeitsgremium unter Mitwirkung der „unmittelbar Beteiligten“ gemäß § 5 LKG, der für Finanzen und der für Wissenschaft zuständigen Senatsverwaltungen, der Berliner Ärztekammer sowie der Patientenbeauftragten unter Leitung der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung

Behindertenpolitik zuständige Fachbereichen und der Berliner Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen in das Planungsverfahren eingebunden werden.

Arbeitsgruppe Methodenfragen

Ausgehend von den Erfahrungen mit den bisherigen Krankenhausplänen wurden in der Arbeitsgruppe Methodenfragen verschiedene Planungsaspekte erörtert. Dabei ging es um die Frage, mit welchen krankenhauserplanerischen Mitteln unter den gewandelten Bedingungen die Ziele des KHG am besten erreicht werden können.

Besprochen wurden u. a. folgende Planungsaspekte:

- Rahmenplanung / Detailplanung
- Planungsziele / -grundsätze
- Planungsgröße Bett
- Fachabteilungssystematik
- Flexibilisierung fachabteilungsbezogener Bettenfestlegungen
- Qualitätsvorgaben
- Transparenzinformationen
- Methodik der Bedarfsermittlung
- Normauslastung.

Arbeitsgruppe Notfallversorgung

Bereits im Landeskrankenhausplan 2010 wurden qualitative Anforderungen an Notfallkrankenhäuser gestellt, die teilweise obligaten und teilweise fakultativen Charakter hatten. Es erfolgte im Juli 2013 eine Evaluation dieser Anforderungen. Auf der Basis der Ergebnisse wurden die bestehenden Anforderungen diskutiert und weiterentwickelt. Wesentliche Diskussionspunkte waren:

- interdisziplinäre Notaufnahme als strukturelle und bauliche Einheit
- ärztliche und pflegerische Leitung und eigener pflegerischer Personalstamm in der Notaufnahme
- Anwendung eines anerkannten Ersteinschätzungssystems
- Isolierung von infektiösen Patienten
- geriatrische und psychiatrische/psychosomatische Kompetenz in der Notaufnahme
- 24-Stunden Verfügbarkeit aller relevanten Notfallressourcen
- Mindestbettenzahl von 10 Intensivtherapieplätzen in Notfallkrankenhäusern
- internistische und chirurgische sowie speziell unfallchirurgische und viszeralchirurgische Kompetenz im Notfallkrankenhaus
- ambulante Notfallversorgung in Notaufnahmen
- elektronischer Versorgungskapazitätennachweis.

Arbeitsgruppe Geriatrie / Demenz

Keinen grundsätzlichen Änderungsbedarf bei den in Berlin bisher verwendeten Planungsparametern für das Fachgebiet Geriatrie sahen die Teilnehmer der Arbeitsgruppe Geriatrie und Demenz (Geriatrie als Hauptdisziplin, Wohnortnähe, Zuschnitt der Versorgungsregionen, Ablehnung von nicht bettenführenden funktionellen Geriatrieeinheiten). Weitere wesentliche Diskussionspunkte waren:

- Eignung von geriatrischen Fachkrankenhäusern
 - teilstationäre geriatrische Einheiten
 - Abteilungsmindestgrößen
 - kooperative Netzwerke, in die geriatrische Abteilungen eingebunden sind
 - geriatrisches Screening in Notaufnahmen
 - Empfehlungen zum Personalbedarf in geriatrischen Abteilungen
 - Entlassmanagement
 - Verbesserungen bei der Akutversorgung von Demenzkranken im Krankenhaus.
-

Landespsychiatriebeirat und seine Arbeitsgruppen

Gemäß § 6 des Gesetzes für psychisch Kranke (PsychKG) des Landes Berlin berät der Landespsychiatriebeirat das für Gesundheit zuständige Mitglied des Senats in allen zentralen Fragen der Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems. Für den Krankenhausplan 2016 haben zwei verschiedene Arbeitsgruppen des Landespsychiatriebeirates,

- die Arbeitsgruppe Erwachsene und
- die Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche,

Beschlussempfehlungen vorbereitet, die vom Landespsychiatriebeirat am 14.05.2014 beschlossen wurden (siehe: <http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/psychiatriebeirat/empfehlungen-und-stellungnahmen/>). Diese Empfehlungen nehmen die entwickelten Strukturen des Berliner Versorgungssystems auf und geben Hinweise zu erforderlichen strukturellen Anpassungen sowie Entwicklungsnotwendigkeiten. Die Empfehlungen zur Kapazitätsanpassung beruhen auf den Informationen zum Leistungsgeschehen und der Prognose zur demografischen Entwicklung in Berlin bis zum Jahr 2020.

Fachausschuss Krankenhausplanung

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

Die Arbeitsgruppenergebnisse wurden abschließend im Fachausschuss Krankenhausplanung beraten und als

„Vorschlag zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016

im Ergebnis der Erörterungen der themenspezifischen Arbeitsgruppen des Fachausschusses Krankenhausplanung“

von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales zusammengefasst.

Sie waren Grundlage für Erörterungen im Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Berliner Abgeordnetenhauses, im Krankenhausbeirat sowie mit den unmittelbar Beteiligten nach § 5 LKG.

Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Berliner Abgeordnetenhauses

Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales hat mit Schreiben vom 28.05.2014 einen Vorschlag zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016 dem Ausschuss vorgelegt. Hierzu gab der Ausschuss am 23.06.2014 eine Stellungnahme ab (<http://www.parlament-berlin.de/ados/17/GesSoz/vorgang/gs17-0183-v-Stellungnahme%20GesSoz%20an%20SenGesSoz.pdf>) und machte damit von seinem Mitwirkungsrecht gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 LKG Gebrauch.

Der Ausschuss fordert den Senat auf, den Krankenhausplan 2016 verstärkt an Qualitätskriterien auszurichten. In der Stellungnahme heißt es hierzu: „Eine hohe Qualität der Krankenhausversorgung und der Patientensicherheit für die Berliner Bevölkerung ist für den Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Berliner Abgeordnetenhauses von hohem Interesse. Auch die Krankenhausplanung soll im Rahmen ihrer Möglichkeiten hierzu ihren Beitrag leisten.“

Krankenhausbeirat (1. Sitzung)

Der Krankenhausbeirat hat sich in seiner Sitzung am 24.06.2014 mit dem Vorschlag zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016 befasst und den Mitgliedern des Beirates Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Unmittelbar Beteiligte (1. Sitzung)

Eine abschließende Beratung des Vorschlags zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016 fand am 01.07.2014 statt. Unter Berücksichtigung der Beratungsergebnisse und Stellungnahmen wurden als Endfassung die

„Grundzüge zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016“

am selben Tag im Internet veröffentlicht und damit einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht (<http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/>).

Anhörung der Krankenhausträger

Die Grundzüge zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016 bildeten die Grundlage für die Anhörungen der Krankenhausträger zum neuen Krankenhausplan, die im Zeitraum Oktober bis Dezember 2014 unter Beteiligung der Kostenträger und teilweiser Beteiligung der BKG stattfanden. Im Vorfeld wurden die Krankenhausträger gebeten, schriftlich die Vorstellungen zur Entwicklung ihres Krankenhauses darzulegen und eine Überprüfung und Aktualisierung der Leistungsdaten ihres Krankenhauses vorzunehmen. Regelmäßig erklärten die Krankenhausträger ihr Einverständnis zur Übermittlung der Unterlagen auch an die Kostenträger.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der schriftlichen und mündlichen Anhörungen gaben die Krankenkassenverbände und Krankenkassen in Berlin in Ergänzung der bis dahin vorgetragenen Positionen im Januar 2015 eine Stellungnahme ab.

Entwurf des Krankenhausplans 2016

Im ersten Quartal 2015 wurden die Vorschläge zur Aufnahme der Berliner Plankrankenhäuser verwaltungsintern entwickelt, in einer verwaltungsinternen Klausur Mitte Januar 2015 erörtert und mit den Krankenhausträgern kommuniziert. Parallel wurde eine Senatsvorlage zur Berücksichtigung des Universitätsklinikums Charité im Krankenhausplan 2016 bis 2020 vorbereitet und am 31.03.2015 im Senat beschlossen.

Mit diesem Senatsbeschluss wurden einerseits Planungssicherheit für die Charité erreicht und andererseits gesicherte Planungsvoraussetzungen für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung im Land Berlin insgesamt, indem bei der Aufstellung des Krankenhausplans 2016 nach § 6 Abs. 2 Satz 2 eine Abstimmung des Bettenangebotes der Plankrankenhäuser mit dem des Universitätsklinikums ermöglicht wurde.

Wesentliche Auszüge des Planentwurfes wurden den Mitgliedern des Fachausschusses Krankenhausplanung übermittelt und am 23.06.2015 beraten. Im Ergebnis dieser Beratung wurde die Entwurfsfassung des Krankenhausplans 2016 den Krankenhausträgern und den Mitgliedern des Krankenhausbeirates als Beratungsunterlage zur Verfügung gestellt.

Krankenhausbeirat (2. Sitzung)

In der Sitzung der Krankenhausbeirates am 09.07.2015 wurde der Planentwurf vorgestellt und den Mitgliedern Gelegenheit gegeben, ihre Position und Anregungen zur Entwurfsfassung vorzutragen bzw. im Nachgang in Schriftform zu übermitteln.

Unmittelbar Beteiligte (2. Sitzung)

Mit dem Ziel, Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten nach § 5 LKG anzustreben, wurde die Entwurfsfassung des Krankenhausplans 2016 am 15.07.2015 eingehend erörtert.

4. Abstimmung mit Brandenburg

Berliner Krankenhäuser übernehmen in weiterhin steigendem Umfang Krankenhausversorgungsaufgaben für andere Bundesländer, insbesondere für die Bevölkerung Brandenburgs im näheren Umland Berlins. Auch umgekehrt nimmt die Berliner Bevölkerung Versorgungsangebote Brandenburger Krankenhäuser in Anspruch. Daraus ergibt sich gemäß § 6 Abs. 2 KHG in Verbindung mit § 6 Abs. 1 LKG die Notwendigkeit, die Krankenhausplanungen der Länder Berlin und Brandenburg abzustimmen. Diese Abstimmungen erfolgen kontinuierlich seit 1991 und wurden in den letzten Jahren intensiviert.

In Vorbereitung des Krankenhausplans 2016 wurden die Verflechtungsbeziehungen in der Krankenhausversorgung beider Länder auf der Grundlage aktueller Daten, insbesondere mit Blick auf spezielle Versorgungsschwerpunkte analysiert und die mit dem Land Brandenburg bestehenden Festlegungen zu konkreten Leistungsbereichen überprüft.

Zu den einzelnen Bereichen bestehen folgende Vereinbarungen für die Region Berlin und Brandenburg:

Transplantationsmedizin:

Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Niere: Vorhaltung der Kapazitäten für die gesamte Region in dem Berliner Universitätsklinikum (Charité) und im Deutschen Herzzentrum Berlin, regionaler Transplantationsverbund.

Herzchirurgische Notfallversorgung:

Sicherstellung der herzchirurgischen Notfallversorgung für die gesamte Region durch das Deutsche Herzzentrum Berlin, das Brandenburgische Herzzentrum Bernau und das Sana-Herzzentrum Cottbus.

Betreuung von Schwerbrandverletzten:

Vorhaltung von Kapazitäten für die gesamte Region im Unfallkrankenhaus Berlin.

Sonderisolierstation:

Vorhaltung in Spezialeinheiten der Charité und des Bundeswehrkrankenhauses für die gesamte Region.

AIDS-Versorgung:

Vorhaltung spezifischer Kapazitäten in Berlin für die gesamte Region.

Rehabilitation:

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen im Land Brandenburg werden grundsätzlich für die gesamte Region vorgehalten. Berlin und Brandenburg bilden eine Arbeitsgruppe, um angesichts der medizinischen und demografischen Entwicklung die künftige Ausgestaltung einer bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung der Berliner und Brandenburger Einwohner mit Rehabilitationsleistungen abzustimmen.

Gemeinsame Krankenhausplanung für Berlin und Brandenburg bis 2020

Ein gemeinsamer Krankenhausplan für Berlin und Brandenburg ist – solange sie eigenständige Länder sind – rechtlich nicht möglich.

Die für Gesundheit zuständige Berliner Senatsverwaltung und das für Gesundheit zuständige Ministerium des Landes Brandenburg streben jedoch an, die Abstimmungsgespräche zur Krankenhausplanung in der Gesamtregion Berlin/Brandenburg mit dem Ziel einer **gemeinsamen Krankenhausplanung** fortzuentwickeln. Diese soll als Grundlage der jeweiligen Krankenhauspläne für Berlin und für Brandenburg dienen.

Für eine gemeinsame Krankenhausplanung in der Gesundheitsregion Berlin/Brandenburg sprechen hinreichend gute Gründe, um dafür belastbare Strukturen aufzubauen und Verbindlichkeiten bei den Beteiligten zu schaffen. Das gilt trotz der unterschiedlichen Rahmenbedingungen, die sich aus den Strukturen eines Stadtstaates und eines Flächenlandes ergeben. Daran muss sich die Krankenhausplanung in dieser Gesundheitsregion zwar ausrichten, kann sich aber gleichwohl vornehmen, die fachlichen, regionalspezifischen, medizinischen und auch kulturellen Unterschiede auf ihre Relevanz in diesem Zusammenhang zu untersuchen. Es wird notwendig bleiben, bestimmte unterschiedliche Festlegungen zu treffen, aber es wird vor allem möglich werden, bisherige unterschiedliche Anforderungen, Grundzüge und Kriterien der jeweiligen Krankenhausplanungen zu überwinden und zu harmonisieren.

Die aktuellen Krankenhauspläne Berlins und Brandenburgs enthalten länderübergreifende Festlegungen zu den oben stehenden Leistungsbereichen. Eine gemeinsame Krankenhausplanung wird über die Inhalte dieser bisherigen Vereinbarungen beider Länder hinaus u.a. folgende Themenfelder einbeziehen und auf ihre Eignung für weitere Festlegungen untersuchen:

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

Organisation der gemeinsamen Krankenhausplanung

Für die Zusammenarbeit bei der gemeinsamen Krankenhausplanung in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg soll ein „Regionalausschuss Krankenhausplanung“ gebildet werden, der einmal jährlich tagt und in dem als ständige Mitglieder mindestens die Krankenhausgesellschaften beider Länder und die in beiden Ländern verantwortlichen Krankenkassen vertreten sind. Die Einzelheiten werden zwischen den für das Gesundheitswesen zuständigen Verwaltungen beider Länder in Abstimmung mit den Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen erarbeitet und vereinbart. Auftrag und Aufgaben der in beiden Ländern zur Krankenhausplanung bereits bestehenden gesetzlich verankerten oder organisatorisch eingesetzten Gremien (Krankenhausbeirat, Landeskrankenhauskonferenz, Fachausschüsse) sind davon nicht berührt.

Mit einer „Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ ist ein länderübergreifender Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft etabliert worden. Diese Werkstatt dient als Dialogplattform, kreative Ideenschmiede und Impulsgeber für die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure in der Region Berlin-Brandenburg mit ihren unterschiedlichen Ausgangssituationen in der Metropolenregion sowie im ländlichen Raum in Brandenburg. Sie wird auch Themen, die

mit der Krankenhausplanung zusammenhängen, aufgreifen und mit den inhaltlichen Schwerpunkten der jeweiligen Zukunftswerkstatt verbinden. Umgekehrt wird die Krankenhausplanung auch aus der Werkstatt Impulse erhalten, findet aber weiterhin davon unabhängig und außerhalb der Zukunftswerkstatt in den dafür künftig gemeinsam etablierten Strukturen statt.

5. Regelungsinhalte des Krankenhausplans 2016

5.1. Planungsgröße „Krankenhausbett“ und Gliederung nach stationären Versorgungsformen

Die Regelungsinhalte des Krankenhausplans müssen es erlauben, den Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses oder des Universitätsklinikums hinreichend genau zu bestimmen. Eine zentrale Rolle bei der krankenhauserischen Beschreibung des Versorgungsauftrages spielt bundesweit unverändert die Planungsgröße „Krankenhausbett“. Das Krankenhausbett hat einen unmittelbaren Bezug zum Baukörper Krankenhaus und es erlaubt gleichzeitig mit einer gewissen Flexibilität die Leistungen des Krankenhauses in qualitativer und quantitativer Hinsicht festzulegen. Auch im Krankenhausplan 2016 wird auf das Krankenhausbett abgestellt. Wie bisher beziehen sich in der Berliner Krankenhausplanung die Planfestlegungen auf die ordnungsbehördlich genehmigten Betten. Eine weitere Differenzierung nach den stationären Versorgungsformen

- vollstationäre Versorgung: (vollstationäre) Betten
- teilstationäre Versorgung: (teilstationäre) Plätze
- belegärztliche Versorgung: Belegbetten

wird vorgenommen. Für alle drei Versorgungsformen werden Kapazitäten auf Ebene der Hauptdisziplinen festgelegt (vgl. Abschnitt 5.3.). Betten für gesunde Neugeborene und Begleitpersonen bleiben unberücksichtigt.

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

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

5.2. Gliederung nach Fachgebieten – Fachabteilungssystematik

Grundlage für die Differenzierung nach Fachgebieten bildet die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin (WBO). Die WBO gliedert sich fachlich in Gebiete, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Hauptdisziplinen entsprechen. Die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin differenzieren sich jeweils in mehrere Facharztkompetenzen, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Subdisziplinen entsprechen.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen zunehmenden Bedeutung der geriatrischen Versorgung wird abweichend von der WBO die Geriatrie krankenhauplanerisch als Hauptdisziplin ausgewiesen (in der WBO ist Geriatrie eine Facharztkompetenz innerhalb der Inneren Medizin). Dies ist sachgerecht und hat zur Folge, dass für die Geriatrie eine differenzierte Bedarfseinschätzung und ein quantitativer Bettenausweis vorzunehmen ist.

In die Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2016 sind nur Betten führende Haupt- und Subdisziplinen aufgenommen. Intensivbetten oder andere interdisziplinär genutzte Einheiten (z. B. Betten einer Aufnahmestation) werden dabei entsprechend den Vorgaben der amtlichen Krankenhausstatistik im Umfang der durchschnittlichen Nutzung den einzelnen Disziplinen gemäß Fachabteilungssystematik zugeordnet. Sie sind in der nachstehenden Übersicht (Tab. 5.2.) dargestellt:

Tab. 5.2. – 1: Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2016

Fachgebiet ¹⁾	Schl.-Nr. (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Ausweis im Krankenhausplan 2016		
		Angabe mit Bettenzahl	Angabe ohne Bettenzahl	generell kein Ausweis
Augenheilkunde	2700	X		
Chirurgie		X		
davon: Gefäßchirurgie	1800			X ²⁾
Herzchirurgie	2100	X		
Kinderchirurgie	1300		X	
Orthopädie und Unfallchirurgie	2316		X ³⁾	
Plastische und Ästhetische Chirurgie	1900			X
Thoraxchirurgie	2000		X	
Visceralchirurgie	1500			X
Allgemeine Chirurgie	1500 / 1590			X
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2400 / 2425 2490 / 2500	X		
Geriatric	0200	X		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2600	X		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3400	X		
Innere Medizin		X		
davon: Innere Medizin und Angiologie	3750			X ²⁾
Innere Medizin und Endokrinologie	0600			X
Innere Medizin und Gastroenterologie	0700			X
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	0500 ⁴⁾			X ⁵⁾
Innere Medizin und Kardiologie	0300		X	
Innere Medizin und Nephrologie	0400		X	
Innere Medizin und Pneumologie	0800		X	
Innere Medizin und Rheumatologie	0900		X	
Allgemeine Innere Medizin	0100 / 0190 ⁴⁾			X
Kinder- und Jugendheilkunde	1000 / 1100 / 1200	X		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3000	X		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3500	X		
Neurochirurgie	1700	X		
Neurologie	2800 ⁶⁾	X		
Nuklearmedizin	3200	X		
Physikalische und Rehabilitative Medizin	3792	X		
Psychiatrie und Psychotherapie	2900	X		
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	3100	X		
Strahlentherapie	3300 ⁴⁾	X		
Urologie	2200	X		

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

Intensivbetten und andere interdisziplinäre Einheiten (z. B. Aufnahmebetten) werden gemäß Krankenhausstatistikverordnung im durchschnittlichen Nutzungsumfang den spezifischen Fachabteilungen zugeordnet

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

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

- 4) Schlüssel-Nr. 3752 für palliativmedizinische Einheiten

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

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

5.3. Qualitative bzw. quantitative Festlegung von Abteilungen

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

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

Wie bereits gemäß Krankenhausplan 2010 kann auf der Ebene der Hauptdisziplinen in vorgegebenen Grenzen von den je Standort im Plan festgestellten abteilungsbezogenen Bettenzahlen in Eigenverantwortung des Krankenhausträgers abgewichen werden (Flexibilisierung). Diese Abweichung darf bei unveränderter Gesamtbettenzahl des Krankenhausstandortes für keine Hauptdisziplin die vorgegebene Planbettenzahl um 15 Prozent über- oder unterschreiten. In die Flexibilisierung einbezogen sind die innerhalb einer Hauptdisziplin betriebenen teilstationären Kapazitäten. Die Zahl der teilstationären Plätze darf ebenfalls maximal ± 15 Prozent von der Planvorgabe abweichen. Die übrigen vollstationären Kapazitäten der jeweiligen Hauptdisziplinen verringern (bei Erhöhung des teilstationären Angebotes) bzw. erhöhen (bei Verringerung des teilstationären Angebotes) sich entsprechend.

Die ausgewiesenen Kapazitäten der psychiatrisch/psychotherapeutischen und psychosomatischen Disziplinen sind unveränderbar. Lediglich zwischen den jeweiligen fachspezifischen voll- und teilstationären Angeboten kann im oben genannten vorgegebenen Rahmen flexibilisiert werden.

Auf der Ebene der Subdisziplinen erfolgt keine Vorgabe für die Bettenzahl der Abteilungen. Allerdings wird für eine Reihe von Subdisziplinen ausgewiesen, ob ein Krankenhaus mit einer Abteilung dieser Subdisziplin in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Dieser (qualitative) Ausweis ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Nur soweit spätestens bei Erlass des Feststellungsbescheides diese Voraussetzungen nachgewiesen und ihre dauerhafte Einhaltung zugesichert werden kann, erfolgt der Ausweis im Feststellungsbescheid. Falls bei der Darstellung der besonderen Versorgungsschwerpunkte (siehe Abschnitt 10 „Ausgewählte Versorgungsschwerpunkte“) keine weitergehenden Anforderungen formuliert sind, setzt der Ausweis einer Abteilung auf der Ebene der Subdisziplinen (ebenso wie auf Ebene der Hauptdisziplinen) zumindest voraus, dass die Abteilung ordnungsbehördlich genehmigt bzw. von der Konzession erfasst ist und eine angemessene pflegerische und ärztliche Versorgung gewährleistet ist. Das heißt insbesondere, dass die Vorgabe zur fachärztlichen Mindestausstattung einer Abteilung eingehalten werden kann (siehe Abschnitt 6, „Qualitätssicherung“).

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

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

Auf den Ausweis folgender Subdisziplinen wird gänzlich verzichtet:

Subdisziplinen der Chirurgie

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

Subdisziplinen der Inneren Medizin

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

Bei allen Krankenhäusern, die mit Kapazitäten der Hauptdisziplinen Chirurgie bzw. Innere Medizin in den Plan aufgenommen sind, können die Vertragsparteien im Rahmen der Budgetverhandlungen bei erkennbarer Nachfrage und gegebenen Eignungsvoraussetzungen Leistungen vereinbaren, die gemäß Weiterbildungsordnung diesen nicht ausgewiesenen Subdisziplinen zuzuordnen sind. Grundsätzlich ist dabei Voraussetzung, dass das Krankenhaus eine Abteilung dieser Subdisziplin führt, die die Anforderungen des Krankenhausplans erfüllt.²

5.4. Festlegung von speziellen Versorgungsaufgaben

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

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

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

Weiterhin werden ebenfalls abhängig von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen die Beteiligung von Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten an der Notfallversorgung (Notfallkrankenhaus, Notfallzentrum), die Beteiligung an der onkologischen Versorgung (onkologischer Schwerpunkt) sowie im Rahmen der Fächerkombination Chirurgie und

² Auch aus Sicht der Berliner Ärztekammer „ist im Sinne einer Strukturqualität daher grundsätzlich anzustreben, die personellen Voraussetzungen des Facharztstandards mit strukturellen Vorgaben im Sinne einer Ausweisung entsprechender Fachabteilungen für die Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen zu verknüpfen, um dadurch auch die erforderliche Prozessqualität im Behandlungsablauf sicherstellen zu können. Nochmals sei an dieser Stelle betont, dass innerhalb der Abteilungsstrukturen in den vorzuhaltenden Spezialisierungen eine kontinuierliche, fachärztliche Versorgung „rund um die Uhr“ nachhaltig gesichert sein muss, um eine qualitativ hochwertige Versorgung und Patientensicherheit auch bei kurzfristigen Interventionserfordernissen, außergewöhnlichen Vorkommnissen, Notfällen und Komplikationen sicherstellen zu können. Personelle Mindestanforderungen zur Einhaltung des Facharztstandards und entsprechende Abteilungsstrukturen bilden somit auf Ebene der Spezialisierungen eine miteinander verknüpfte, wesentliche Voraussetzung zur Einhaltung der geforderten Strukturqualität.“ [Zitat aus dem Schreiben der Ärztekammer Berlin vom 05.08.2015]

Innere Medizin die Beteiligung an der gefäßmedizinische Versorgung (gefäßmedizinische Schwerpunkte) ausgewiesen.

5.5. Festlegungen mit räumlichem Bezug

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

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

Um die für diese Bereiche vorgegebenen Versorgungsziele planerisch umsetzen zu können, werden wie bisher im Krankenhausplan 2016 folgende Festlegungen mit räumlichem Bezug getroffen:

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

Somatische Basisversorgung

In diesem Zusammenhang bedarf es einer inhaltlichen Beschreibung des Bereiches der somatischen Basisversorgung. Die Charakterisierung der somatischen Basisversorgung bleibt im Vergleich zum Krankenhausplan 2010 unverändert. Folgende Angebote gehören dazu:

- Betten in geriatrischen Abteilungen
- Betten in ausgewählten Abteilungen des Gebietes Innere Medizin, nämlich der Subdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie und Kardiologie
- Betten in ausgewählten Abteilungen des Gebietes Chirurgie, nämlich der Subdisziplinen Allgemeine Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Visceralchirurgie
- Betten in Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Wegen der speziellen Aufgabenstellung der Universitätsmedizin insbesondere für Forschung und Lehre sowie der höheren Fallschwere (Case Mix Index) auch in den Abteilungen, die der Basisversorgung zugerechnet werden, werden die Betten der Charité in den o. g. Abteilungen bei der Beurteilung der Wohnortnähe von Krankenhausversorgungsangeboten nur zur Hälfte der Basisversorgung zugerechnet.

Die mit einem speziellen Versorgungsauftrag ausgewiesenen Betten für Innere Medizin des Paulinenkrankenhauses werden nicht der Basisversorgung zugeordnet.

Da sich die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenhausplanung im Wesentlichen auf der Ebene von fachabteilungsbezogenen Kapazitätsfestlegungen vollziehen, bleibt die inhaltliche Charakterisierung der Basisversorgung auf das Merkmal „Fachabteilung“ beschränkt. Eine so vorgenommene Beschreibung der Basis- bzw. Grundversorgung ermöglicht naturgemäß nur eine grobe Charakterisierung.

5.6. Krankenhausdatenblätter

Die Einzelheiten der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan 2016 sind im Krankenhausdatenblatt wiedergegeben. Die Berliner Krankenhausplanung erfolgt Krankenhausstandort bezogen. Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten gibt es deshalb je Standort ein Datenblatt sowie ein Datenblatt, das eine Zusammenfassung der Standortdatenblätter für das Gesamtkrankenhaus darstellt (siehe Anlage 1).

Der Aufbau der Datenblätter wird in Anlage 1 erläutert.

6. Qualitätssicherung

Die Patienten müssen sich in den Berliner Krankenhäusern auf eine medizinisch gebotene und hohe Versorgungsqualität verlassen können. Bereits heute wird durch die Berliner Krankenhäuser ein qualitativ hohes medizinisches Versorgungsniveau sichergestellt.

Krankenhäuser erzielen ihre Einnahmen zu einem sehr hohen Anteil aus den DRG-Erlösen. Um wettbewerbsfähig zu bleiben, müssen Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten. Verbesserungen in der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses können einerseits durch Steigerung der Fallzahlen bei wirtschaftlich attraktiven DRGs mit möglichst geringem zusätzlichen Aufwand herbeigeführt werden. Das könnte zu einer Ausweitung der Indikationsstellung und der Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen und einer Vernachlässigung medizinisch notwendiger, aber wirtschaftlich weniger attraktiver Leistungen führen. Andererseits kann die Wirtschaftlichkeit durch geringere Kosten pro Fall erhöht werden. Da über 60 Prozent der Kosten durch Personalaufwand verursacht wird, könnten problematische Einsparungen im ärztlichen und pflegerischen Personal die Folge sein. Diese Sorge ist auch deshalb berechtigt, weil sich das Verhältnis „Fälle je Pflegekraft“ in den zurückliegenden Jahren kontinuierlich erhöht hat, ausreichendes und qualifiziertes Krankenhauspersonal jedoch eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine adäquate Qualität ist.

Auch die Patientenbeauftragte des Landes Berlin hat sowohl im Rahmen ihrer Beteiligung an der Vorbereitung dieses Krankenhausplanes als auch in ihrem Tätigkeitsbericht 2012 bis 2014 (<https://www.berlin.de/lb/patienten/service/publikationen/>, S. 25 ff.) nachdrücklich auf von Patientinnen und Patienten wahrgenommene Qualitätsdefizite in Berliner Krankenhäusern hingewiesen und Veränderungen eingefordert.

Seit Einführung des DRG-Systems haben die Bemühungen zur Qualitätssicherung kontinuierlich zugenommen. Bundesrechtliche Regelungen bestehen nach §137 SGB V und verpflichten Krankenhausträger und Krankenkassen überwiegend eigenverantwortlich zu Maßnahmen der Qualitätssicherung. Hinzu kommt, dass die zugelassenen Krankenhäuser nach § 135a SGB V verpflichtet sind, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, in den strukturierten Qualitätsberichten Aspekte ihrer Qualität darzulegen und sich anhand bestimmter Qualitätsindikatoren einem externen Qualitätsvergleich zu stellen.

Nur wenige der bundesgesetzlichen Regelungen treffen Vorgaben zur Strukturqualität in der Krankenhausversorgung, die Auswirkungen auf die Krankenhausplanung haben können. In einem Gutachten zur Vorbereitung des Krankenhausplans 2015 von Nordrhein-Westfalen wurden folgende Regelungen zur Festlegung von Strukturqualität in der Krankenhausversorgung identifiziert:

- Gesetzliche Regelungen:
 - 5 Vorgaben zur externen Qualitätssicherung gemäß § 137 Abs. 1 SGB V
 - 7 Richtlinien zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
 - Abrechnungsvorschriften:
-

- 55 Vorgaben im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Katalog
- Vorgaben von Fachgesellschaften:
 - 32 Vorgaben im Rahmen von Zertifizierungen durch Verbände / Fachgesellschaften
 - 15 Vorgaben in S3-Leitlinien der Mitgliedsgesellschaften der AWMF.

Die Festlegung von Vorgaben zur Strukturqualität in den Krankenhausplänen von 12 Bundesländern spiegelt wider, dass es von vielen Ländern als sinnvoll und notwendig angesehen wird, im Rahmen der Krankenhausplanung ergänzende Regelungen zur Gewährleistung einer guten Qualität vorzusehen. Dieser Bedarf an planungsrelevanten Indikatoren, die der Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung dienen, fand Eingang in die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform 2015³. Es ist geplant, die „patientengerechte und qualitativ hochwertige Versorgung“ neben der wirtschaftlichen Sicherung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung in § 1 Abs. 1 KHG aufzunehmen. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sollen vom G-BA erstellt und als Empfehlung an die Länder übermittelt werden, wobei ergänzende Maßnahmen der Länder möglich sind. Weitere Rechtsgrundlagen für Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung sind die gesetzliche Verpflichtung zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch leistungsfähige Krankenhäuser (§ 6 Abs. 1 KHG), wobei die Qualität ein Aspekt der Leistungsfähigkeit ist, sowie in der klarstellenden Regelung des § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V, wonach ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung zulässig sind.

Bereits seit der Einführung der DRG-Vergütung ist es eine der wesentlichen Aufgaben der Berliner Krankenhausplanung, dafür Sorge zu tragen, dass das Bestreben der Krankenhäuser um mehr Wirtschaftlichkeit nicht zu Lasten der Qualität geht, sondern diese gesichert und verbessert wird.

Qualitätssichernde Anforderungen im Krankenhausplan 2016

Vor diesem Hintergrund wird der neue Berliner Krankenhausplan 2016 verstärkt Qualitätsanforderungen aufnehmen:

Generelle qualitätssichernde Anforderungen für alle Plankrankenhäuser

Facharztbesetzung einer Fachabteilung⁴

Eine von einem Plankrankenhaus geführte Fachabteilung muss folgende Mindestanforderungen erfüllen:

- Chefarztärztin bzw. Chefarzt und Stellvertretung verfügen über eine der Abteilung entsprechende abgeschlossene Facharztweiterbildung, und Fachärztinnen und Fachärzte der entsprechenden Facharzttrichtung im Gesamtumfang (inkl. Leitung) von mindestens zwei Vollzeitstellen sind in der Abteilung dauerhaft tätig⁵.
- Um Leistungen erbringen zu können, die gemäß Weiterbildungsordnung einem bestimmten Fachgebiet zugeordnet sind, soll das Plankrankenhaus eine Fachabteilung dieses Fachgebietes führen.
- Die ärztlichen Leistungen werden überwiegend von im Krankenhaus festangestellten Ärztinnen und Ärzten erbracht, um die Stabilität organisatorischer Prozesse einschließlich bei Notfällen zu gewährleisten (gilt nicht für Belegabteilungen).

³ Eckpunktepapier Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform 2015

⁴ Die Definition der Fachabteilung richtet sich dabei nach den bundeseinheitlichen Regelungen der Krankenhausstatistik: Fachabteilungen sind ordnungsbehördlich genehmigte, organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte.

⁵ Gemäß Stellungnahme der Ärztekammer Berlin zu den Anforderungen an die personelle Struktur- und Prozessqualität im Krankenhausplan 2016 vom 28.01.2015

Pflegepersonal auf Intensivstationen

Für Intensivstationen wurde gezeigt, dass eine adäquate Personalausstattung mit qualifizierten Pflegekräften zu einer Erhöhung der Qualität, u. a. zu einer niedrigeren Anzahl von Medikationsfehlern, Pneumonien, respiratorischen Komplikationen, katheterassoziierten Sepsis, Dekubitalgeschwüren und kritischen Zwischenfällen führt. Daher sind auf Intensivstationen der Berliner Plankrankenhäuser möglichst die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) einzuhalten⁶:

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

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

Die Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität im Rahmen von Versorgungskonzepten werden in den einzelnen Kapiteln detailliert beschrieben. Bereits im Krankenhausplan 2010 waren bestimmte Planfeststellungen, beispielsweise die Ausweisung von Abteilungen auf der Ebene der Subdisziplinen, an die Erfüllung von Kriterien der Struktur- und Prozessqualität gebunden. An diesen Anforderungen wird festgehalten. Das betrifft die Ausweisung von

- Kardiologischen Abteilungen (Abschnitt 10.3.)
- Orthopädisch/unfallchirurgischen Abteilungen (Abschnitt 10.5.)
- Gefäßmedizinischen Schwerpunkten (Abschnitt 10.6.)
- Thoraxchirurgischen Abteilungen (Abschnitt 10.8.).

Die Anforderungen an Notfallkrankenhäuser werden im Rahmen eines Versorgungskonzeptes (Abschnitt 10.1.) weiter ausgestaltet, um eine zeitgerechte und eine dem Facharztstandard entsprechende Versorgung von Notfallpatienten in der Notaufnahme des Krankenhauses zu gewährleisten. Ergänzend soll ein Monitoring-System zur Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Ressourcen aufgebaut werden (online Melde-, Kommunikations- und Monitoringsystem zur Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Ressourcen).

Die Anforderungen an Krankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen werden ebenfalls weiterentwickelt und im Geriatriekonzept dargelegt (Abschnitt 10.2.).

Weiterhin werden im Krankenhausplan 2016 Krankenhäuser/Krankenhausstandorte, die schwerpunktmäßig an der onkologischen Versorgung beteiligt sind, als onkologischer Schwerpunkt ausgewiesen, soweit sie definierte Anforderungen erfüllen und sich zu deren dauerhafter Einhaltung verpflichten.

Überdies werden Anforderungen an die zur Versorgung des akuten Schlaganfalls geeigneten Krankenhäuser (Stroke Units; Abschnitt 10.4.1.), Anforderungen zur neurologischen Frührehabilitation (siehe Abschnitt 10.4.2.) und zur Beatmungsentwöhnung

⁶ http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf

(Abschnitt 10.9.) aufgenommen. Bis zum Greifen der Regelungen durch das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie sind Festlegungen der Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (PsychPV) verbindlich und umzusetzen.

Ergänzend wird auf die erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommenen Darstellungen zur Krankenhaushygiene und Transplantationsmedizin hingewiesen (Abschnitte 7. und 11.).

Transparenzinformationen

Seit 2006 werden die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erhobenen Daten über die Beteiligung der Berliner Krankenhäuser an verschiedenen Behandlungen abgebildet. Auch im Krankenhausplan 2016 wird dies fortgesetzt. Ziel ist, in einer Zeit des stärkeren Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern Bürgerinnen und Bürgern bei der Auswahl eines Krankenhauses mit objektiven Informationen ergänzend zu unterstützen. Ein Wettbewerb mit Vorteilen für Patientinnen und Patienten entsteht nur dann, wenn Patienten (bzw. einweisende Ärztinnen und Ärzte) eine bewusste, an Leistungs- und Qualitätsinformationen orientierte Entscheidung bei der Wahl ihres Krankenhauses treffen können. Hierzu wird der Leistungsumfang zu ausgewählten Versorgungsbereichen der Berliner Plankrankenhäuser für die Öffentlichkeit vergleichbar dargestellt (siehe Abschnitt 8.).

Die Möglichkeiten der Krankenhausplanung zur Qualitätssicherung sollten realistisch gesehen werden. Eine gute Qualität erfordert vor allem, dass in der Kommunikation zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient herausgefunden wird, von welchen Maßnahmen der/die Patient/in voraussichtlich den größten Nutzen haben wird bzw. was ihrem/seinem gesundheitlichen Wohlergehen am meisten dient. Es kommt nicht nur darauf an, dass beispielsweise eine Operation gut durchgeführt wird, sondern die Operation sollte auch mit Blick auf mögliche Behandlungsalternativen unter Beachtung der konkreten Umstände und der Lebensperspektive der Patientin bzw. des Patienten den größten Gewinn an Lebensqualität erwarten lassen. Dieser kommunikative Prozess kann durch planerische Vorgaben, beispielsweise zu Strukturen, nur partiell unterstützt werden. Auch die Messung einer so verstandenen Qualität ist kaum bzw. nur ansatzweise möglich. Deshalb ist die allgemeine Forderung nach Entwicklung einer Qualitätskultur im Krankenhaus berechtigt. Es geht um Rahmenbedingungen für ein diagnostisches und therapeutisches Handeln zum Wohle des Patienten, die Raum dafür geben, sich kritisch mit erzielten Behandlungsergebnissen auseinanderzusetzen und Verbesserungsprozesse zu organisieren. Die ökonomischen Interessen des Wirtschaftsbetriebes Krankenhaus müssen damit im Einklang stehen.

7. Krankenhaushygiene

Die Sicherung einer guten Versorgungsqualität als ein Schwerpunkt des Berliner Krankenhausplans 2016 schließt auch den Bereich der Krankenhaushygiene ein. Nosokomiale Infektionen führen nicht selten zu Ausbrüchen in stationären Einrichtungen. Besonders gefürchtet sind diese Infektionen, wenn sie durch multiresistente Erreger (MRE) verursacht werden, da Therapieoptionen deutlich eingeschränkt sind. Die demografische Alterung der Berliner Bevölkerung, die Dichte an spezialisierten Zentren für unterschiedliche Therapien in Berlin, aber auch die besondere Struktur der Bevölkerung mit Menschen aus allen Regionen der Welt lassen eine Zunahme von nosokomialen Infektionen und Infektionen durch resistente Erreger für die nächsten Jahre erwarten. Die Fokussierung auf die Vermeidung nosokomialer Infektionen gewinnt hierdurch immer mehr an Bedeutung. Der wachsenden Aufmerksamkeit einer zunehmend informierten Bevölkerung kommen die Krankenhäuser durch Transparenz auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene nach.

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

Die Krankenhausleitungen haben sicherzustellen, dass die Anforderungen hinsichtlich der baulichen Ausstattung, der innerbetrieblichen Strukturen und der Verfahrensabläufe eingehalten werden. Eine zentrale Verantwortung in Hygienefragen tragen die jeweiligen Hygienekommissionen der einzelnen Krankenhäuser, da sie u. a. die Hygienepläne beschließen, den einrichtungsspezifischen Bedarf an Hygienefachpersonal feststellen und Festlegungen zur Erfassung und Bewertung des Auftretens von MRE, zum Screening von Patientinnen und Patienten mit besonderen Risiken und zum Verbrauch von Antibiotika treffen. Aus der Analyse aller Daten sind dann einrichtungsspezifische Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Angesichts der Fülle der Aufgaben und der standortspezifischen Herausforderungen ist es erforderlich, dass Krankenhäuser mit mehreren Standorten für jeden Standort mit mehr als 400 Betten je eine Hygienekommission einrichten. Die Bedeutung qualifizierten Personals in ausreichender Anzahl für die Umsetzung hoher krankenhaushygienischer Standards wird auch vom Bundesgesundheitsministerium⁷ betont und deshalb die Finanzierung durch das Hygieneförderprogramm des Bundes⁸ unterstützt. Die Hygieneverordnung sieht für jedes Krankenhaus die Beschäftigung mindestens einer Hygienefachkraft und die Bestellung mindestens einer hygienebeauftragten Ärztin bzw. Arztes vor. Der genaue Bedarf wird jeweils durch die Hygienekommission festgestellt. Jedes Krankenhaus hat zudem die Mitarbeit einer Krankenhaushygienikerin oder eines Krankenhaushygienikers sicherzustellen. Krankenhäuser mit mehr als 400 Betten sollen vor dem Hintergrund zunehmender Infektionen durch MRE im Einklang mit den KRINKO-Empfehlungen mindestens eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker in Vollzeit beschäftigen. Verfügen die Krankenhäuser über mehrere Standorte, so sollte die Beschäftigung einer Krankenhaushygienikerin bzw. eines Krankenhaushygienikers in Vollzeit für jeden einzelnen Standort mit mehr als 400 Betten sichergestellt werden. Damit wird gewährleistet, dass die zunehmende Fülle an Aufgaben, die sich zwischen den einzelnen Standorten stark unterscheiden können, zeitnah durch kundiges Hygienepersonal bewältigt werden kann. Die erforderliche Qualifikation dieser Berufsgruppen ist in der Hygieneverordnung genau geregelt. In einer Übergangsregelung können bis zum 31. Dezember 2016 auch andere fachlich geeignete Personen diese Funktionen ausfüllen. Qualifikationsmaßnahmen, die seit 2013 durch das Hygieneförderprogramm des Bundes unterstützt werden, müssen bis zu diesem Zeitpunkt soweit fortgeschritten sein, dass die entsprechenden Aufgaben von qualifiziertem Personal übernommen werden können. Darüber hinaus müssen regelmäßig Schulungen zu krankenhaushygienischen Themen stattfinden.

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

Für die Überwachung der Einhaltung der Regelungen gemäß § 23 IfSG und der Hygieneverordnung in den Krankenhäusern sind die Berliner Gesundheitsämter

⁷ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html>

⁸

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

verantwortlich. Die Leitungen der Krankenhäuser ermöglichen dem zuständigen Gesundheitsamt die Wahrnehmung dieser Aufgaben.

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

8. Vergleichende Darstellung von Krankenhausleistungen

Im Krankenhausplan 2006 wurden erstmals die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erhobenen Daten dazu genutzt, die unterschiedliche Beteiligung der Berliner Krankenhäuser bei verschiedenen Behandlungen vergleichend darzustellen. Fallzahlen der Kliniken bei bestimmten Krebsoperationen wurden öffentlich gemacht und in der Folge jährlich aktualisiert. Mit dem Krankenhausplan 2010 wurde diese Veröffentlichung auf weitere medizinische Fachgebiete ausgedehnt. Unter **Wer macht was wie oft?** werden seitdem Fallzahlen zu folgenden Behandlungen jährlich aktualisiert und auf der Homepage der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales veröffentlicht (Anlage 4):

- Krebsoperationen
- Akuttherapie von Herzinfarkt und Schlaganfall
- Behandlung peripherer Durchblutungsstörungen
- Künstlicher Gelenkersatz an Hüfte und Knie
- Chirurgie im Säuglingsalter
- Palliativmedizin.

Mit dem Krankenhausplan 2016 wird dies fortgesetzt. Ziel ist, den Leistungsumfang der Berliner Plankrankenhäuser und ihre Spezialisierungen zu ausgewählten wichtigen Versorgungsbereichen durch diese leichtverständlichen Darstellungen für die Öffentlichkeit noch besser vergleichbar zu machen. In einer Zeit, in der stationäre Versorgung zunehmend durch einen immer stärkeren Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern geprägt ist, benötigen Kranke vermehrt objektive Informationen, insbesondere solche, die sie bei der Auswahl eines geeigneten Krankenhauses für ihre Behandlung unterstützen. Wer etwas öfter macht, der gewinnt an Erfahrung, nicht zuletzt bei der Organisation lückenloser Behandlungspfade. Für ihn lohnen sich der oft mühevoll Aufbau eines unterstützenden Netzes verschiedenster Kooperationen und die Anschaffung der eventuell erforderlichen teuren Medizintechnik.

Es ist beabsichtigt, die Transparenzinformationen künftig einem noch breiteren Nutzerkreis möglichst leicht zugänglich zu machen.

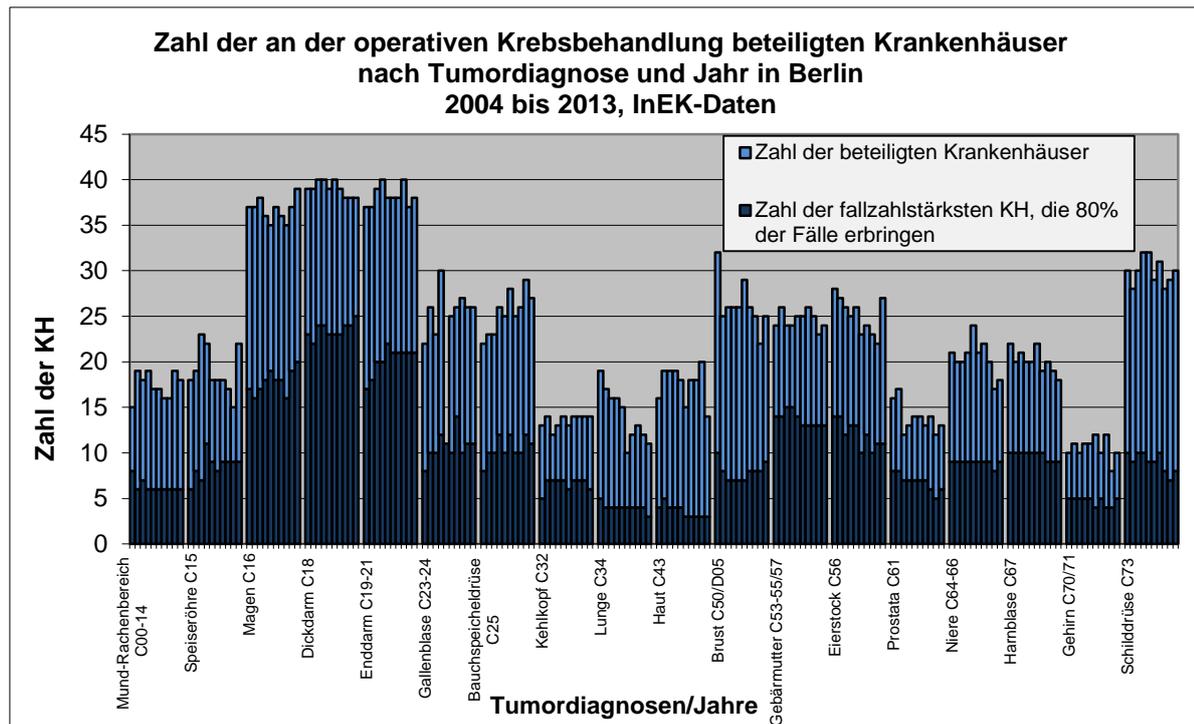
Die seit 2004 für die Tumoroperationen und seit 2007 bzw. 2008 für die anderen Behandlungen gemäß Anlage 4 aufbereiteten Daten lassen inzwischen auch Entwicklungen bezüglich gewünschter Konzentrationsprozesse erkennen. Auch diese Prozesse sind von krankenhauserplanerischem Interesse. Folgende Beispiele sollen dies illustrieren:

Bei den untersuchten Krebsoperationen konzentrieren sich insbesondere die thoraxchirurgischen Eingriffe nur auf wenige spezialisierte Krankenhäuser, d. h. die thoraxchirurgischen Abteilungen gemäß Krankenhausplan 2010 (Abschnitt 10.8. und Anlage 4). Während sich auch bei den Harnblasenkrebsoperationen eine zunehmende

Schwerpunktbildung abzuzeichnen scheint, sind Operationen bei Magen- und Darmkrebs und bei Schilddrüsenkrebs nach wie vor bis hin zu Einzelfällen auf alle Krankenhäuser mit chirurgischer Abteilung verteilt.

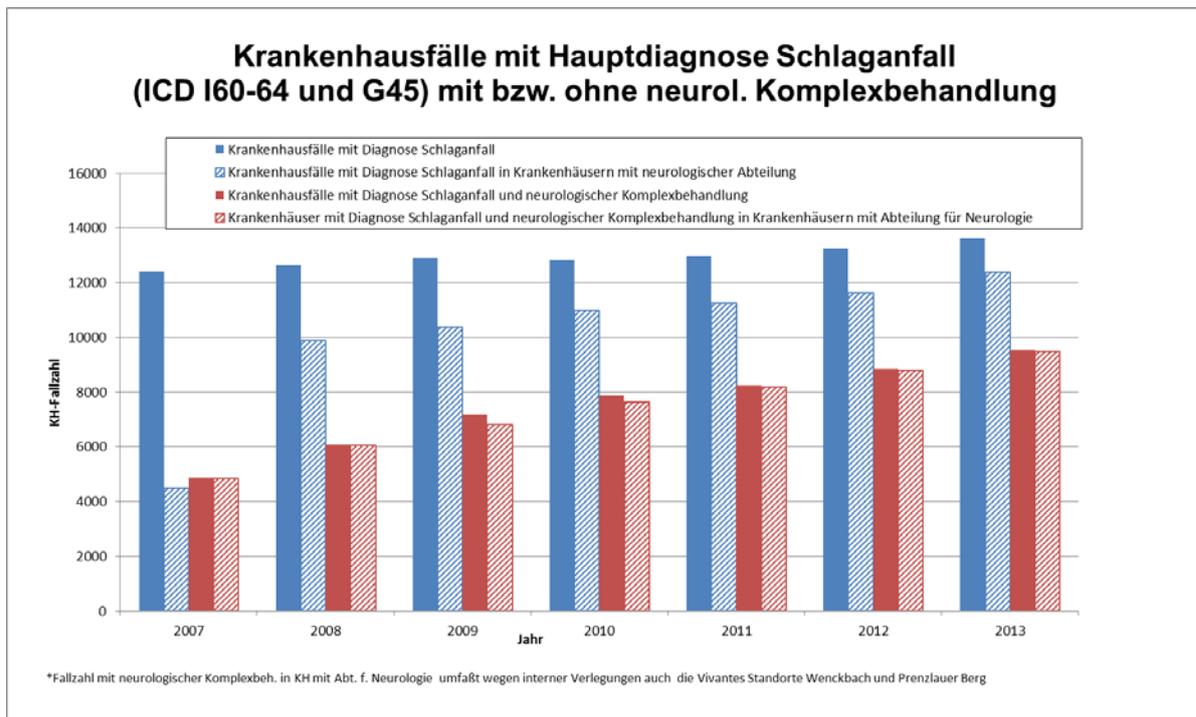
Die nachfolgende Abbildung zeigt zusammenfassend die Fallverteilung in der operativen Krebsmedizin zwischen 2004 und 2013 in den untersuchten Diagnosen.

Abb. 8. – 1: Zahl der an der operativen Krebsbehandlung beteiligten Krankenhäuser nach Tumordiagnosen und Jahren, Berlin 2004 bis 2013, InEK-Daten



Besonders anschaulich wird bei den Gesamtfallzahlen die zunehmende Konzentration der Schlaganfallbehandlung in neurologischen Abteilungen. Abbildung 8. – 2 zeigt die in Fachkreisen begrüßte Entwicklung.

Abb. 8. – 2: Schlaganfallbehandlung in Berliner Krankenhäusern, InEK-Daten, 2007 bis 2013



9. Analyse der Krankenhausversorgung und Bedarfsermittlung

9.1. Analyse der Krankenhausversorgungssituation

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

Tab. 9.1. – 1: Im Jahresdurchschnitt aufgestellte vollstationäre Krankenhausbetten, Berlin 2004, 2008 und 2013

Fachgebiet	Betten absolut				Betten je 10.000 Einwohner ¹⁾				
	2004	2008	2013	Veränderung 2004 zu 2013	2004	2008	2013	Veränderung 2004 zu 2008 in Prozent	Veränderung 2008 zu 2013 in Prozent
Augenheilkunde	318	285	260	-58	0,9	0,8	0,8	-11,3	-8,1
Chirurgie ²⁾	5.470	5.210	4.957	-513	16,3	15,2	14,6	-5,8	-4,0
Frauenheilk. u. Geburtsh.	1.387	1.226	1.189	-198	4,1	3,6	3,1	-12,6	-12,2
Hals-Nasen-Ohrenheilk.	414	386	347	-67	1,2	1,1	1,0	-7,8	-9,4
Haut- u. Geschlechtsk.	200	175	228	28	0,6	0,5	0,7	-13,4	31,3
Innere Medizin ³⁾	6.310	5.829	6.141	-169	18,7	17,0	18,1	-8,6	6,2
Geriatric	1.049	1.092	1.389	340	3,1	3,2	4,1	3,0	28,6
Kinder- und Jugendmedizin	815	746	741	-74	2,4	2,2	2,2	-9,5	1,0
Kinder- u. Jugendpsych.	155	160	200	45	0,5	0,5	0,6	2,1	28,4
Mund-Kiefer-Gesichtschir.	135	128	112	-23	0,4	0,4	0,3	-6,2	-11,8
Neurochirurgie	361	340	355	-6	1,1	1,0	1,0	-6,8	5,2
Neurologie	797	762	853	56	2,4	2,2	2,5	-5,4	12,8
Nuklearmedizin	49	34	41	-8	0,1	0,1	0,1	-31,4	21,5
Psychiatrie	2.016	2.056	2.210	194	6,0	6,0	6,5	0,9	8,3
Psychosomatik	162	153	187	25	0,5	0,4	0,6	-6,6	23,2
Strahlentherapie	167	133	121	-46	0,5	0,4	0,4	-21,2	-8,3
Urologie	519	491	506	-13	1,5	1,4	1,5	-6,4	3,8
Sonstige Fachbereiche	207	181	233	26	0,6	0,5	0,7	-13,5	29,7
Summe	20.531	19.387	20.070	-461	61,0	56,7	59,1	-6,6	4,4

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

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

³⁾ ohne Geriatric

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen

Im Durchschnitt des Jahres 2013 wurden in Berliner Krankenhäusern 20.070 vollstationäre Betten aufgestellt und betrieben. In Relation zur Bevölkerungszahl (vorläufige Zahlen nach Zensus 2011) des Landes Berlin sind das 59,1 vollstationäre Betten je 10.000 Einwohner (Bettendichte).

Bezogen auf das Ausgangsjahr 2004 in der Tab. 9.1. – 1 wurden bis zum Jahr 2013 insgesamt 461 vollstationäre Betten abgebaut, das entspricht über 2 Prozent der Kapazitäten. Im Zeitraum von 2008 bis 2013 ist in Umkehrung des bis zum Jahr 2008 abnehmenden Trends wieder ein Aufwuchs von 683 Betten festzustellen.

Tab. 9.1. – 2: Vollstationäre Krankenhaufälle je 10.000 Einwohner, Berlin 2004, 2008 und 2013

Fachgebiet	Fälle je 10.000 Einwohner ¹⁾				
	2004	2008	2013	Veränderung 2004 zu 2008 in Prozent	Veränderung 2008 zu 2013 in Prozent
Augenheilkunde	54,6	57,3	59,4	4,9	3,7
Chirurgie ²⁾	598,6	616,1	647,7	2,9	5,1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	216,7	234,5	239,0	8,2	1,9
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	64,9	63,4	76,2	-2,3	20,2
Haut- und Geschlechtskrankheiten	22,9	24,6	33,9	7,4	37,8
Innere Medizin ³⁾	705,4	735,0	891,3	4,2	21,3
Geriatric	60,9	65,6	88,9	7,7	35,5
Kinder- und Jugendmedizin	107,5	108,8	111,9	1,2	2,8
Kinder- und Jugendpsychiatrie	4,8	4,9	5,8	2,1	18,4
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	18,5	17,1	19,5	-7,6	14,0
Neurochirurgie	32,0	35,8	40,4	11,9	12,8
Neurologie	82,2	95,2	121,4	15,8	27,5
Nuklearmedizin	6,7	6,8	6,8	1,5	0,0
Psychiatrie	108,6	112,8	118,7	3,9	5,2
Psychosomatik	4,9	5,5	5,9	12,2	7,3
Strahlentherapie	13,1	11,0	10,3	-16,0	-6,4
Urologie	77,7	80,9	89,9	4,1	11,1
Sonstige Fachbereiche	15,2	12,5	5,8	-17,8	-53,6
Insgesamt	2.040,5	2.091,0	2.336,3	2,5	11,7

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

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

³⁾ ohne Geriatric

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen

Die Fallhäufigkeit je 10.000 Einwohner erhöhte sich von 2004 bis zum Jahre 2013 insgesamt um 14,5 Prozent, wobei der Anstieg in den Jahren ab 2008 sich deutlich beschleunigte (Erhöhung 2008 zu 2013 insgesamt 11,7 Prozent). Mit Ausnahme der Strahlentherapie und Sonstige Fachbereiche sind alle Fachgebiete von dem Anstieg betroffen. Die Fachgebiete Haut- und Geschlechtskrankheiten (37,8 Prozent von 2008 zu 2013), Geriatric (35,5 Prozent von 2008 zu 2013) und Neurologie (27,5 Prozent von 2008 zu 2013) verzeichnen im somatischen Bereich den stärksten Anstieg. In der Psychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stieg die Fallhäufigkeit um 5,2 bzw. um 18,4 Prozent, in der Psychosomatik um 7,3 Prozent jeweils von 2008 bis 2013.

Tab. 9.1. – 3: Krankenhausverweildauer, Berlin 2004, 2008 und 2013

Fachgebiet	Verweildauer (in Tagen)				
	2004	2008	2013	Veränderung 2004 zu 2008 in Prozent	Veränderung 2008 zu 2013 in Prozent
Augenheilkunde	4,0	3,3	2,6	-17,5	-21,2
Chirurgie ¹⁾	7,8	6,7	6,3	-14,1	-6,0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4,6	4,0	3,6	-13,0	-10,0
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5,0	4,1	3,5	-18,0	-14,6
Haut- und Geschlechtskrankheiten	8,2	6,8	5,7	-17,1	-16,2
Innere Medizin ²⁾	8,1	7,2	6,1	-11,1	-15,3
Geriatric	17,1	17,9	17,0	4,7	-5,0
Kinder- und Jugendmedizin	5,6	5,2	5,0	-7,1	-3,8
Kinder- und Jugendpsychiatrie	29,0	33,2	35,8	14,5	7,8
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	5,0	4,2	3,6	-16,0	-14,3
Neurochirurgie	9,3	8,2	7,5	-11,8	-8,5
Neurologie	8,7	7,2	6,6	-17,2	-8,3
Nuklearmedizin	5,5	3,7	3,7	-32,7	0,0
Psychiatrie	18,8	19,1	19,5	1,6	2,1
Psychosomatik	32,6	29,6	32,5	-9,2	9,8
Strahlentherapie	11,6	10,4	8,8	-10,3	-15,4
Urologie	5,4	4,8	4,7	-11,1	-2,1
Sonstige Fachbereiche	10,1	10,9	36,4	7,9	233,9
Insgesamt	8,8	8,1	7,6	-8,0	-6,2

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

²⁾ ohne Geriatric

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen

Der Trend zu kürzeren Verweildauern setzte sich in den letzten Jahren in leicht abgeschwächter Form fort. Im Zeitraum 2004 bis 2013 reduzierte sich die durchschnittliche Behandlungsdauer um 1,2 Tage, das entspricht einem Rückgang von rund 14 Prozent. Im Fachgebiet Geriatric ist im Jahr 2013 nach einem Anstieg zwischen 2004 und 2008 wieder ein deutlicher Rückgang der Verweildauer festzustellen. In den psychiatrischen Fachgebieten steigt die Verweildauer (mit Ausnahme der Psychosomatik) weiter kontinuierlich an. Besonders deutlich fallen die Zuwächse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (23 Prozent von 2004 bis 2013) aus.

Bei weiterer Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus führte die insbesondere seit 2008 erheblich gestiegene Zahl der Behandlungsfälle kaum noch zu einer weiteren Erhöhung der Auslastung der Kapazitäten (Tab. 9.1. – 4).

Tab. 9.1. – 4: Auslastung der vollstationären Krankenhausbetten, Berlin 2004, 2008 und 2013

Fachgebiet	Auslastung (in Prozent)				
	2004	2008	2013	Veränderung 2004 zu 2008 in Prozent	Veränderung 2008 zu 2013 in Prozent
Augenheilkunde	64,2	62,8	54,9	-2,2	-12,6
Chirurgie ¹⁾	78,7	75,8	76,1	-3,7	0,4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	66,1	71,2	68,0	7,7	-4,5
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	72,5	63,2	70,9	-12,8	12,2
Haut- und Geschlechtskrankheiten	86,7	89,2	79,6	2,9	-10,8
Innere Medizin ²⁾	83,3	85,4	83,0	2,5	-2,8
Geriatric	91,9	98,3	101,5	7,0	3,3
Kinder- und Jugendmedizin	68,5	71,5	69,9	4,4	-2,2
Kinder- und Jugendpsychiatrie	82,8	94,3	96,5	13,9	2,3
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	62,8	52,3	59,0	-16,7	12,8
Neurochirurgie	76,5	80,9	79,5	5,8	-1,7
Neurologie	82,6	84,5	87,1	2,3	3,1
Nuklearmedizin	70,3	69,8	57,7	-0,7	-17,3
Psychiatrie	93,7	98,3	97,7	4,9	-0,6
Psychosomatik	90,9	98,7	95,0	8,6	-3,7
Strahlentherapie	84,1	79,8	70,0	-5,1	-12,3
Urologie	75,3	74,7	77,6	-0,8	3,9
Sonstige Fachbereiche	68,3	70,8	84,4	3,7	19,2
Insgesamt	80,7	82,0	82,2	1,6	0,2

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

²⁾ ohne Geriatric

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen

Die Entwicklung der Berliner Versorgungssituation im Vergleich der Bundesländer

Die Abbildungen 9.1. – 1 bis 9.1. – 3 zeigen den bis zum Jahr 2013 in Berlin erreichten Stand bezüglich der Bettendichte, Bettenauslastung und Krankenhausfallzahl im Vergleich mit den anderen Bundesländern.

Die umlandversorgungs bereinigte bevölkerungsbezogene Bettendichte liegt in Berlin deutlich unter dem Bundesdurchschnitt und ist gemeinsam mit Baden-Württemberg im Ländervergleich die geringste (Abb. 9.1. – 1).

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

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

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

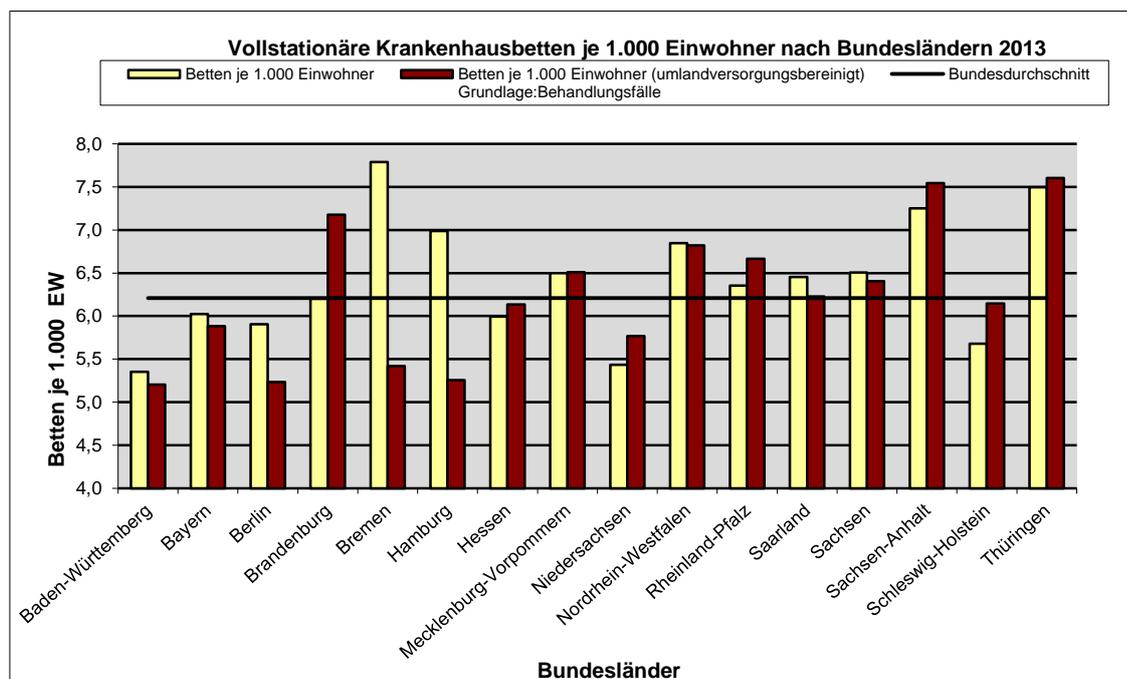
– so auch in Berlin – ein wesentlicher Teil der tatsächlich vorhandenen Bettenkapazität zur Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Umland (bzw. aus anderen Bundesländern) zur Verfügung gestellt wird. Demzufolge liegt die in Berlin tatsächlich von der Wohnbevölkerung in Anspruch genommene (umlandversorgungsbereinigte) Bettenkapazität deutlich unter der unbereinigten Bettendichte. Parallel dazu zeigt die Abbildung, dass sich die Verhältnisse im Berlin umgebenden Land Brandenburg etwa umgekehrt verhalten. In Berlin werden zusätzliche Betten für die Brandenburger Wohnbevölkerung vorgehalten, u. a. weil Brandenburg keine universitäre Medizin betreibt und der Einzugsbereich einiger Berliner Krankenhäuser weit in die Fläche Brandenburgs reicht. Des Weiteren ist anzumerken, dass in Berlin in den dargestellten Bettenzahlen auch solche geriatrischen Betten enthalten sind, die in anderen Bundesländern zum Teil dem Rehabilitationsbereich zugeordnet werden. Stationäre Rehabilitationsangebote erreichen dort bis zu einem Drittel der Krankenhauskapazität. In Berlin werden sie dagegen nur in geringem Umfang vorgehalten.

Berlin hat nach dem Saarland und Hamburg in der Krankenhausversorgung mit 82,2 Prozent mit die höchste Bettenauslastung (Abb. 9.1. – 2) aller Länder. Die besonders hohe Auslastung im Saarland wird seit Jahren statistisch beobachtet.

Die bevölkerungsbezogene vollstationäre Krankenhausfallzahl der Berliner Krankenhäuser (Abb. 9.1. – 3) liegt genau im Durchschnitt der Bundesländer. Hierbei werden jedoch auch Nichtberliner Behandlungsfälle berücksichtigt. Aussagefähiger ist deshalb – wie schon bei der Betrachtung der Bettenausstattung – der Bevölkerungsbezug der Krankenhausfallzahl der Berliner Einwohner. Umlandversorgungsbereinigt ist diese Fallzahl im Ländervergleich nach Baden-Württemberg und Hamburg am geringsten und liegt in Berlin rund 11 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Hier wird deutlich, dass Berliner in vergleichsweise geringem Umfang ins Krankenhaus aufgenommen wurden. Dies wird auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein (Bevölkerungsstruktur, leistungsfähige ambulante Versorgung – auch durch Krankenhäuser, umfangreiche teilstationäre Angebote etc.)

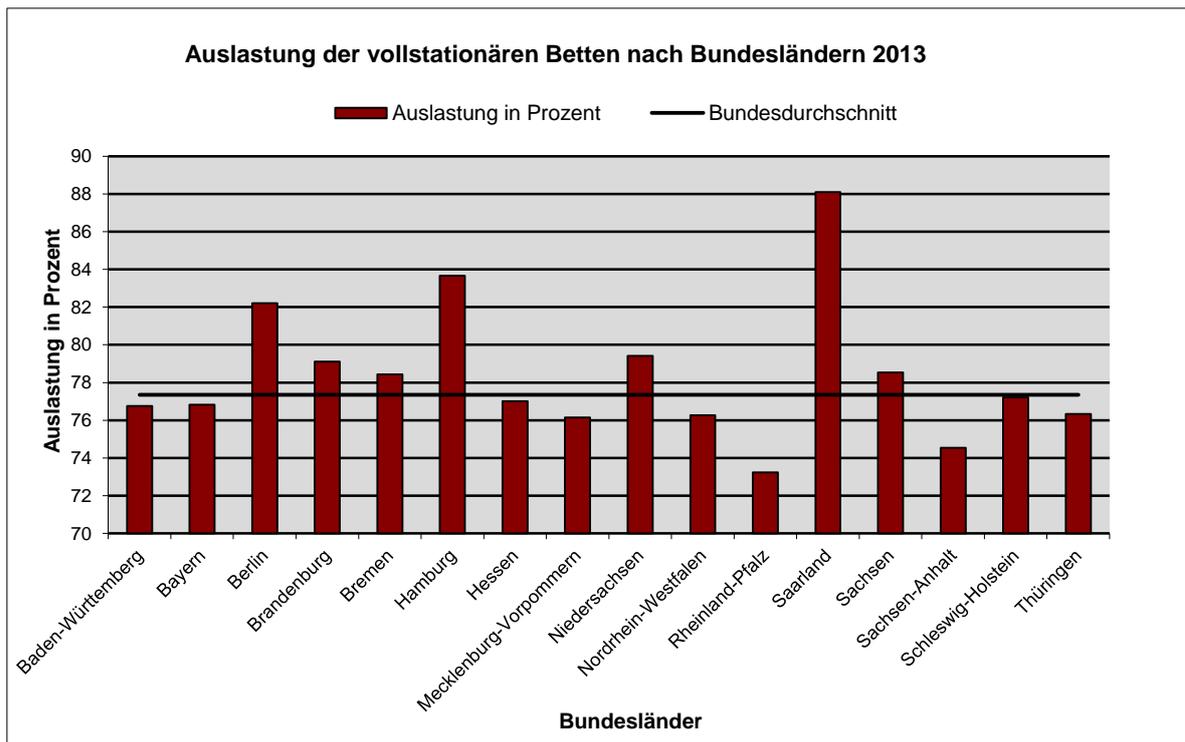
Auffällig ist seit Jahren die geringe Krankenhausfallzahl Baden-Württembergs, die mit einer hohen Lebenserwartung assoziiert ist.

Abb. 9.1. – 1:



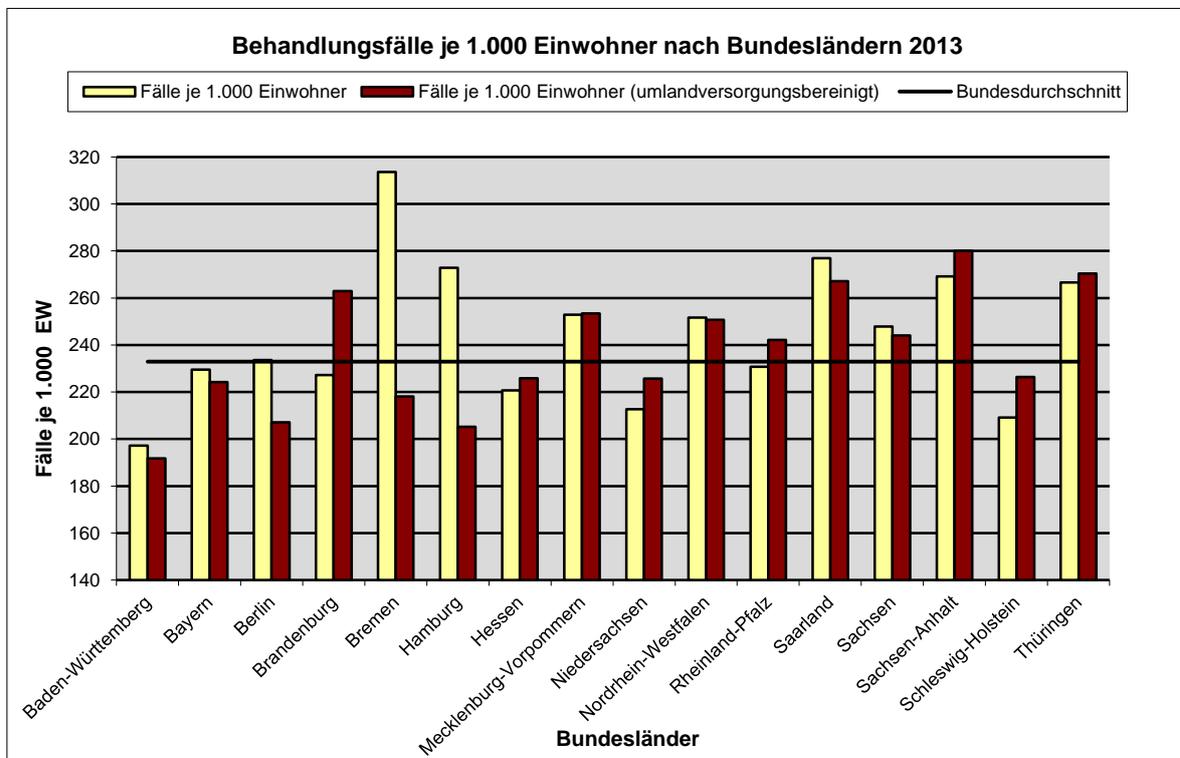
Quelle: Statistisches Bundesamt 2013 (Bevölkerung nach Zensuskorrektur 2011), eigene Berechnungen

Abb. 9.1. – 2:



Quelle: Statistisches Bundesamt

Abb. 9.1. – 3:



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013 (Bevölkerung nach Zensuskorrektur 2011), eigene Berechnungen

Tab. 9.1. – 5: Krankenhausverweildauer nach Ländern 2004, 2008 und 2013

Bundesländer	Verweildauer (in Tagen)		
	2004	2008	2013
Baden-Württemberg	8,9	8,2	7,6
Bayern	8,5	8,0	7,4
Berlin	8,8	8,1	7,6
Brandenburg	8,8	8,5	7,9
Bremen	8,5	7,7	7,1
Hamburg	8,4	8,2	7,8
Hessen	8,4	8,1	7,6
Mecklenburg-Vorpommern	8,1	7,7	7,1
Niedersachsen	8,8	8,1	7,4
Nordrhein-Westfalen	9,0	8,3	7,6
Rheinland-Pfalz	8,4	7,9	7,4
Saarland	8,3	8,1	7,5
Sachsen	9,1	8,1	7,5
Sachsen-Anhalt	8,7	8,0	7,3
Schleswig-Holstein	8,6	8,3	7,7
Thüringen	8,9	8,3	7,8
Deutschland	8,7	8,1	7,5

Quelle: Statistisches Bundesamt

Im Ländervergleich bei der Krankenhausverweildauer (Tab. 9.1. – 5) liegt Berlin knapp über dem Bundesdurchschnitt. Zu beachten ist hier der relativ hohe Anteil an geriatrischen Krankenhaufällen in Berlin, für die lange Verweildauern typisch sind.

Im betrachteten Zeitraum 2004 bis 2013 ging die Verweildauer in Berlin und im Bundesdurchschnitt jeweils um 1,2 Tage zurück.

Die Umlandversorgungssituation Berlins

In Berlin wird – entsprechend der Situation auch in anderen Stadtstaaten – ein erheblicher Teil der stationären Kapazitäten zur Versorgung von Menschen vorgehalten, die ihren Wohnsitz in anderen Bundesländern haben (Umlandversorgung). Auf sie entfielen im Jahr 2013 rund 122.000 Krankenhaufälle (Quelle: Statistisches Bundesamt). Den größten Anteil innerhalb dieser Gruppe bilden die Patientinnen und Patienten aus Brandenburg mit 97.600 Krankenhaufällen bzw. 11,9 Prozent aller Behandlungsfälle in Berliner Krankenhäusern. Damit hat sich der Anteil der Brandenburger (2008: 10,8 Prozent) weiter erhöht.

Insgesamt ist der Anteil der vollstationären Behandlungsfälle in Berliner Krankenhäusern, die für Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern erbracht werden, bis zum Jahr 2013 auf rund 14,8 Prozent gestiegen (2008: 13,9 Prozent).

Rund 34.300 Krankenhaufälle für die Berliner Bevölkerung (rund 4 Prozent aller Fälle) wurden 2013 in anderen Bundesländern registriert.

Bettenangebot der Krankenhäuser am 01.01.2015

Die folgenden Darstellungen zum Bettenangebot der Berliner Krankenhäuser beruhen auf den ordnungsbehördlichen Genehmigungen des Landesamtes für Gesundheit und Soziales. Die Planungsentscheidungen beziehen sich grundsätzlich auf die Zahl der

ordnungsbehördlich genehmigten Betten. Im Gegensatz zu den Daten der amtlichen Krankenhausstatistik (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistisches Bundesamt) im vorangegangenen Teil dieses Abschnitts, in dem die im Jahresdurchschnitt aufgestellten vollstationären Betten aller Berliner Krankenhäuser (außer Bundeswehrkrankenhaus) betrachtet wurden, stellt die Zahl der ordnungsbehördlich genehmigten Betten eine Stichtagsangabe dar, die auch die teilstationären Kapazitäten sowie die Betten des Bundeswehrkrankenhauses (Teil für die Zivilbevölkerung) beinhaltet.

Zum Stichtag 01.01.2015 wurden im Land Berlin in 50 Plankrankenhäusern 21.329 Krankenhausbetten betrieben⁹, das entspricht 6,0 Betten je 1.000 Einwohner.

Insgesamt gab es am 01.01.2015 im Land Berlin 96 Krankenhäuser mit einer Gesamtkapazität von 22.526 Betten. Darunter sind 46 zumeist sehr kleine Krankenhäuser, die insgesamt 558 Betten betreiben und nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind. Die Kliniken Helle Mitte und Poliklin Charlottenburg wurden dabei doppelt gezählt, da sie teilweise in den Krankenhausplan aufgenommen und teilweise nicht aufgenommen sind.

Insgesamt wurden in Berlin 1.197 Betten in Nichtplankrankenhäusern betrieben. Von diesen entfielen 639 Betten auf die zwei Sonderkrankenhäuser (Maßregelvollzug und Vollzugsanstalten).

Die Gesamtkapazität entspricht einem Versorgungsgrad von 6,3 Betten je 1.000 Einwohner. Die Kapazitäten im nicht zivil genutzten Teil des Bundeswehrkrankenhauses blieben hierbei unberücksichtigt, ebenso die Kapazitäten in stationären Rehabilitationseinrichtungen.

Krankenhausbetten nach Trägerschaft

Zur Beurteilung der Trägervielfalt wird eine Darstellung des Versorgungsangebotes nach den in § 1 KHG genannten Trägerbereichen – öffentliche, freigemeinnützige und private Träger – vorgenommen. Im Vergleich zum Krankenhausplan 2010 wurde die Klinik für MIC jetzt dem freigemeinnützigen Trägerbereich zugeordnet (vorher privat) und das Ida-Wolff Krankenhaus dem öffentlichen Trägerbereich (zuvor freigemeinnützig). Die Zuordnung der anderen Krankenhäuser zu den Trägerbereichen blieb unverändert.

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

Trägerbereich	Krankenhausbetten, inkl. teilstationäre Plätze					
	31.12.2005		31.12.2010		01.01.2015	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
freigemeinnützig	8.815	41,6	8.736	41,8	8.819	41,3
öffentlich	5.859	27,7	5.841	27,9	6.222	29,2
privat	3.249	15,4	3.127	14,9	3.277	15,4
universitär	3.240	15,3	3.213	15,4	3.011	14,1
Summe	21.163	100,0	20.917	100,0	21.329	100,0

Quelle: eigene Berechnungen

Im Zeitraum 2005 bis 2014 hat sich der Bettenanteil in den Trägerbereichen nicht wesentlich verändert. Der Anteil in öffentlicher Trägerschaft hat sich leicht erhöht, während der universitäre Bettenanteil sich verringert hat.

⁹ Die Kliniken von Vivantes wurden als ein Krankenhaus gezählt. Das gilt auch für die als ein Krankenhaus gezählte Charité. Das Bundeswehrkrankenhaus ist einbezogen.

Einen Vergleich Berlins mit dem Bundesdurchschnitt (Quelle: Stat. Bundesamt 2013, Grunddaten der Krankenhäuser) zeigt Tabelle 9.1. – 7.

Tab. 9.1. – 7: Vollstationäre Krankenhausbetten in Berlin nach Trägerbereichen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, 2013

Trägerbereich	Vollstationäre Krankenhausbetten 2013	
	in Prozent	
	Deutschland	Berlin
freigemeinnützig	34,0	42,6
öffentlich (inkl. universitär)	48,0	38,1
privat	18,0	19,3
Summe	100,0	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, eigene Berechnungen

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

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

Tab. 9.1. – 8: **Bettenangebot (inkl. teilstationärer Plätze) in Berliner Plankrankenhäusern (einschl. Universitätsmedizin) nach Trägerbereichen und Krankenhausstandorten, 01.01.2015**

Trägerbereich	Krankenhausstandort	Betten und Plätze Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung
freigemeinnützig	DOMINIKUS KRANKENHAUS BERLIN	258
freigemeinnützig	DRK KLINIKEN BERLIN/KÖPENICK	525
freigemeinnützig	DRK KLINIKEN BERLIN/MITTE	260
freigemeinnützig	DRK KLINIKEN BERLIN/WESTEND	507
freigemeinnützig	DRK KLINIKEN BERLIN/WIEGMANN	50
freigemeinnützig	DT. HERZZENTRUM BERLIN	194
freigemeinnützig	EV. ELISABETH KLINIK	169
freigemeinnützig	EV. GERIATRIEZ. BLN.	192
freigemeinnützig	EV. JOHANNESSTIFT WICHERNKRANKENHAUS	106
freigemeinnützig	EV. KRANKENHAUS HUBERTUS	210
freigemeinnützig	EV. KRANKENHAUS KÖNIGIN ELISABETH HERZBERGE	630
freigemeinnützig	EV. LUNGENKLINIK BERLIN	152
freigemeinnützig	EV. WALD-KRANKENHAUS SPANDAU	483
freigemeinnützig	F.V.BODELSCHWINGH KLINIK	138
freigemeinnützig	FRANZISKUS KRANKENHAUS	200
freigemeinnützig	GEMEINSCHAFTS-KRANKENHAUS HAVELHOEHE	336
freigemeinnützig	IMMANUEL KRANKENHAUS BERLIN	280
freigemeinnützig	- IMMANUEL KRANKENHAUS/BERLIN-BUCH	80
freigemeinnützig	- IMMANUEL KRANKENHAUS/BERLIN-WANNSEE	200
freigemeinnützig	JÜDISCHES KRANKENHAUS BERLIN	305
freigemeinnützig	KRANKENHAUS BETHEL BERLIN	276
freigemeinnützig	KLINIK FÜR MIC AM EV.KRANKENHAUS HUBERTUS	50

Trägerbereich	Krankenhausstandort	Betten und Plätze Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung
freigemeinnützig	KRANKENHAUS WALDFRIEDE	170
freigemeinnützig	KLINIKEN IM TH.-WENZEL-WERK	334
freigemeinnützig	MALTESER-KRANKENHAUS	97
freigemeinnützig	MARIA HEIMSUCHUNG-CARITAS-KLINIK PANKOW	245
freigemeinnützig	MARTIN-LUTHER-KRANKENHAUS	298
freigemeinnützig	PAULINEN-KRANKENHAUS	148
freigemeinnützig	ST. GERTRAUDEN-KRANKENHAUS	364
freigemeinnützig	ST. HEDWIG-KLINIKEN BERLIN	766
freigemeinnützig	- ST. HEDWIG-KLINIKEN/ST. HEDWIG-KRANKENHAUS	384
freigemeinnützig	- ST. HEDWIG-KLINIKEN/KRANKENHAUS HEDWIGSHÖHE	382
freigemeinnützig	ST. JOSEPH KRANKENHAUS BERLIN TEMPELHOF	481
freigemeinnützig	ST. JOSEPH-KRANKENHAUS BERLIN-WEISSENSEE	321
freigemeinnützig	ST. MARIEN-KRANKENHAUS BERLIN	274
Zwischensumme freigemeinnützig		8.819
öffentlich	BUNDESWEHRKRANKENHAUS (ZIV.)	190
öffentlich	UNFALLKRANKENHAUS BERLIN	546
öffentlich	VIVANTES-NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH	5.346
öffentlich	- VIV. AUGUSTE-VIKTORIA-KLINIKUM	572
öffentlich	- VIV. HUMBOLDT-KLINIKUM	626
öffentlich	- VIV. WENCKEBACH-KLINIKUM	417
öffentlich	- VIV.KLINIKUM AM URBAN	612
öffentlich	- VIV.KLINIKUM HELLERSDORF/BEBRACHER WEG	190
öffentlich	- VIV.KLINIKUM HELLERSDORF/MYSLOWITZER STRASSE	208
öffentlich	- VIV.KLINIKUM IM FRIEDRICHSHAIN/LANDSBERGER ALLEE	789
öffentlich	- VIV.KLINIKUM IM FRIEDRICHSHAIN/PRENZLAUER BERG	146
öffentlich	- VIV.KLINIKUM NEUKÖLLN	1200
öffentlich	- VIV.KLINIKUM SPANDAU	586
öffentlich	VIV. IDA WOLFF KRANKENHAUS	140
Zwischensumme öffentlich		6.222
privat	AUGENKLINIK BERLIN-MARZAHN	51
privat	AUGENKLINIK IM RING-CENTER	10
privat	HAVELKLINIK	91
privat	HELIOS KLINIKUM BUCH	1.096
privat	HELIOS KLINIKUM E.V.BEHRING	507
privat	KLINIK HELLE MITTE	6
privat	KLINIK HYGIEA	52
privat	MEDIAN KLINIK BERLIN	35
privat	PARK-KLINIK WEISSENSEE	350
privat	POLIKLIN CHARLOTTENBURG	27
privat	SANA KLINIKEN LICHTENBERG	554
privat	SCHLOSSPARK-KLINIK	356
privat	VITANAS-KLINIK FUER GERIATRIE	105
privat	WESTKLINIK DAHLEM	37
Zwischensumme privat		3.277
universitär	CHARITÉ-UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN	3.011
universitär	- CHARITÉ CAMPUS B.FRANKLIN/ESCHENALLEE	95
universitär	- CHARITÉ CAMPUS B.FRANKLIN/HINDENBURGDAMM	823
universitär	- CHARITÉ CAMPUS MITTE	804
universitär	- CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM	1289
Zwischensumme universitär		3.011

9.2. Umsetzung der Fortschreibung 2010 des Berliner Krankenhausplans

Im Vergleich zur Soll-Vorgabe gemäß den Feststellungsbescheiden zum Krankenhausplan 2010 (20.653 Betten) waren zum Stichtag 01.01.2015 insgesamt 21.329 Betten in den Plankrankenhäusern des Landes Berlin und der Charité ordnungsbehördlich genehmigt. Das Bettenangebot lag damit um 676 Betten über der Soll-Vorgabe der letzten Planfortschreibung (vergleiche Tab. 9.2. – 1).

Die Abweichungen zum Krankenhausplan 2010 (20.579 Soll-Betten) sind auf mehrere Ursachen zurückzuführen. Gemäß Beschluss des Senats zum Krankenhausplan 2010 erfolgte im Jahr 2012 eine Überprüfung der Planvorgaben. Insbesondere im Fachgebiet Geriatrie wurden Bettenanpassungen aufgrund eines festgestellten veränderten Bedarfs vorgenommen. Für einige Krankenhäuser wurden Einzelfallentscheidungen gemäß Landeskrankenhausgesetz getroffen.

Für die Charité wurde ein ursprünglich vorgesehener Abbau auf 2.700 Betten aufgrund geänderter Rahmenbedingungen durch Senatsbeschluss vom 31.03.2015 abgeändert. Damit ist das Universitätsklinikum mit 3.001 Betten (zzgl. 15 Betten des Zentrums für Folteropfer) im Krankenhausplan berücksichtigt. Nach dieser Entscheidung sind zum 01.04.2015 insgesamt 20.954 Betten in den Krankenhausplan aufgenommen.

Die Standortaufgabe der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in der Eschenallee (Charité) wurde unter Verlagerung der Betten zum Campus Benjamin-Franklin Anfang 2015 vollzogen. Ebenso wurden im Planzeitraum die Standorte des Parksanatoriums Dahlem (DRK-Kliniken Berlin), und der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lindenhof (Sana-Klinikum Lichtenberg, Gotlindestraße) aufgegeben. Die Meoclinic zog ihren Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan 2010 zurück.

In einigen Plankrankenhäusern werden darüber hinaus weiterhin mehr Betten betrieben als der Krankenhausplan vorsieht.

Tab. 9.2. - 1.: Krankenhausversorgungsangebot in Plankrankenhäusern des Landes Berlin (Ist 01.01.2010 und 01.01.2015), geplantes Bettenangebot nach dem Krankenhausplan 2010 (Soll)

Fachgebiet	Krankenhausbetten in Plankrankenhäusern			
	Ist 01.01.2010	Ist 01.01.2015	Soll KH-Plan 2010 gem. FB, Stand 01.01.2015	Differenz Soll KH-Plan 2010 zu Ist 01.01.2015
Augenheilkunde	283	235	190	-45
Chirurgie ¹⁾	5.119	4.993	4.787	-206
Frauenheilk. u. Geburtshilfe	1.290	1.146	1.123	-23
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	400	366	307	-59
Haut- und Geschlechtskrankh.	227	253	223	-30
Innere Medizin ²⁾	6.211	6.188	5.940	-248
Geriatric	1.234	1.699	1.730	31
Kinder- und Jugendmedizin	776	751	740	-11
Kinder- und Jugendpsychiatrie	330	350	366	16
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	104	76	74	-2
Neurochirurgie	296	401	385	-16
Neurologie	848	986	922	-64
Nuklearmedizin ³⁾	39	42	35	-7
Physikalische und Rehabilitative Medizin ⁴⁾	0	0	10	10
Psychiatrie	2.647	2.823	2.825	2
Psychosomatik	223	239	208	-31
Strahlentherapie ³⁾	140	123	124	1
Urologie	533	518	458	-60
Sonst. Fachbereiche	217	140	206	66
Summe	20.917	21.329	20.653	-676

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

²⁾ ohne Geriatric

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

⁴⁾ Betten-Ist (Stand 01.01.2010 bzw. 2015) Sonst. Fachbereiche zugeordnet

9.3. Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2020 – Bevölkerungsprognose

Der Senat hat mit Beschluss vom 4. Dezember 2012 den Bericht über die Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 für Berlin und die Bezirke beschlossen, die eine wichtige Grundlage für die Bedarfsprognose des Krankenhausplans 2016 darstellt. Mit dem Senatsbeschluss wurde die mittlere Variante dieser Prognose als Arbeits- und Planungsgrundlage für die Fachverwaltungen und Bezirke sowie die zukünftige Stadtentwicklung Berlins festgelegt.

Im Zeitraum 2012 bis 2030 wird in der mittleren Variante ein Bevölkerungszuwachs von ca. 250.000 Personen prognostiziert, das entspricht 7,2 Prozent. Von 2012 bis zum Jahr 2020 (Ende des Gültigkeitszeitraumes des neuen Krankenhausplans 2016) wird gemäß dieser Prognosevariante 77 Prozent des insgesamt bis zum Jahr 2030 erwarteten Bevölkerungswachstums erreicht sein. Insbesondere die Gruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) wird sich im Prognosezeitraum überproportional um ca. 120.000 Menschen vergrößern. Dabei lässt die demografische Alterung eine weiter steigende Inanspruchnahme von stationären Kapazitäten erwarten. Insbesondere in der stark wachsenden Gruppe der Hochbetagten besteht im Krankheitsfall eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass eine Krankenhausaufnahme erforderlich wird.

Seit einigen Jahren ist jedoch ein anhaltender Trend zu einem sehr dynamischen Bevölkerungswachstum mit Zuwächsen von über 40.000 Einwohnern pro Jahr festzustellen. Dabei liegen die Zuwachsraten von 2012 bis 2014 deutlich über den bezüglich des Bevölkerungswachstums prognostizierten Werten der o.g. Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030, und zwar nicht nur gemäß mittlerer Variante sondern auch gemäß der oberen Variante. Der Realentwicklung des Bevölkerungswachstums am nächsten kommt die obere Variante der Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030.

Die absehbare demografische Entwicklung hat einen wesentlichen und vergleichsweise gut zu prognostizierenden Einfluss auf den zu erwartenden Bedarf an Krankenhauskapazitäten in Berlin. Unabhängig von der aktuellen Bevölkerungsdynamik, die zu einem bisher so nicht erwarteten Zuwachs in den mittleren und jüngeren Altersgruppen führt, wird über den gesamten Prognosezeitraum eine deutliche Verschiebung der Bevölkerungszahlen innerhalb der älteren Bevölkerung in die höheren Altersgruppen (demografische Alterung) stattfinden. In diesen zahlenmäßig anwachsenden höheren Altersgruppen besteht ein höheres Risiko infolge einer Krankheit stationär behandelt werden zu müssen. In einigen Fachabteilungen sind Fallzahl- und Verweildauerentwicklung in besonderem Maße von der Altersstruktur abhängig.

Zum Ende des Prognosezeitraums für die Bevölkerungsentwicklung (2030) wird sich der Teil der Berliner Bevölkerung, der über 80 Jahre alt ist, nahezu verdoppeln. Dieser Trend wird sich schon bis zum Jahr 2020 (Planungshorizont des Krankenhausplans 2016) deutlich auswirken.

Tab. 9.3. – 1.: Bevölkerungsstand in Berlin 2013 und Bevölkerungsprognose 2020 nach Altersgruppen (Grundlage: Einwohnermelderegister)

Altersgruppen (in Jahren)	2013		2020 (Prognose, obere Variante)	
	Bevölkerung (absolut)	Prozent-Anteil an Gesamt- bevölkerung	Bevölkerung (absolut)	Prozent-Anteil an Gesamt- bevölkerung
00 - unter 01	31.836	0,9	35.928	1,0
01 - unter 05	132.386	3,8	139.483	3,8
05 - unter 10	147.366	4,2	162.422	4,4
10 - unter 15	134.296	3,8	151.922	4,1
15 - unter 20	135.887	3,9	145.508	3,9
20 - unter 25	213.254	6,1	203.311	5,5
25 - unter 30	300.708	8,5	268.655	7,3
30 - unter 35	294.640	8,4	310.566	8,4
35 - unter 40	243.457	6,9	289.371	7,8
40 - unter 45	240.473	6,8	262.317	7,1
45 - unter 50	286.097	8,1	237.459	6,4
50 - unter 55	271.201	7,7	262.699	7,1
55 - unter 60	215.519	6,1	270.396	7,3
60 - unter 65	203.465	5,8	216.779	5,9
65 - unter 70	164.321	4,7	189.972	5,1
70 - unter 75	201.526	5,7	162.077	4,4
75 - unter 80	151.293	4,3	159.159	4,3
80 - unter 85	77.860	2,2	129.275	3,5
85 - unter 90	46.609	1,3	60.879	1,6
90 - unter 95	20.148	0,6	24.160	0,7
95 und älter	5.082	0,1	7.853	0,2
Insgesamt	3.517.424	100,0	3.690.191	100,0

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, EWR am 31.12.2013
SenStadtUm, Bevölkerungsprognose für Berlin 2011 bis 2030 gemäß
EWR, obere Variante

Die Bevölkerungsentwicklung nach den Planungsregionen des Krankenhausplans lässt erkennen, dass sich das insgesamt prognostizierte Bevölkerungswachstum schwerpunktmäßig auf die Regionen Mitte (+ 49.000 EW) und Nord (+ 33.000 EW) konzentriert. Das erwartete Bevölkerungswachstum in den übrigen Regionen fällt dagegen geringer aus.

Tab. 9.3. – 2: Bevölkerung in Berlin 2008 und 2013 sowie Bevölkerungsprognose (2020) nach Versorgungsregionen (Grundlage Einwohnermelderegister)

Versorgungs-Region	Bevölkerung absolut in 1.000 Einwohner		
	2008	2013	2020 (Prognose)
Mitte	585,6	621,6	670,7
Nord	598,4	628,9	661,7
Ost	495,7	519,1	532,3
Südost	541,6	568,1	596,8
Südwest	614,9	630,0	655,5
West	526,7	549,7	573,3
Berlin	3.362,8	3.517,4	3.690,2

Quellen: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bevölkerung gemäß Einwohnermelderegister am 31.12.2008 und 31.12.2013

SenStadtUm, Bevölkerungsprognose für Berlin 2011 bis 2030 gemäß Einwohnermelderegister, obere Variante

9.4. Bedarfsermittlung und -prognose

9.4.1. Normauslastung

Die zu fordernde fachabteilungsbezogene Normauslastung der Planbetten wird abgeleitet aus den Daten der amtlichen Krankenhausstatistik zur mittleren Verweildauer der Krankenhausfälle in der entsprechenden Fachabteilung. Die Normauslastung ist eine maßgebliche Determinante des Bettenbedarfs. Darin ist auch die Anpassung psychiatrischer bzw. psychosomatischer Betten enthalten, Bettenverringerungen in nicht mehr benötigten Fachdisziplinen sind saldiert eingerechnet.

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

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

Bereits drei Fachgebiete erreichen in Berlin eine mittlere Verweildauer von 3,5 oder weniger Tagen. Bei derart kurzen Verweilzeiten im Krankenhaus ist es schwierig, insbesondere am Wochenende, höhere Auslastungen zu erreichen. Deshalb wird für Fachgebiete mit einer mittleren Verweildauer von unter 3,5 Tagen die bisherige Normauslastung von 80 auf 77,5 Prozent abgesenkt. Derzeit ist davon (Daten 2013) nur das Fachgebiet Augenheilkunde betroffen, in naher Zukunft möglicherweise auch die Gebiete HNO und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.

Im Übrigen behalten die bestehenden Vorgaben zur Normauslastung weiter Gültigkeit.

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

Fachgebiete	durchschnittl. Verweildauer (in Tagen)	Normauslastung (in Prozent)
Fachgebiete in hauptamtlich geführten Abteilungen (ohne Kinder- und Jugendmedizin)	von unter 3,5 Tagen	77,5
	von 3,5 bis unter 5 Tagen	80
	von 5 bis unter 11 Tagen	85
	von 11 Tagen und mehr	90
Kinder- und Jugendmedizin		75
Belegbetten		65

Es ergeben sich auf Grundlage der Verweildauern des Jahres 2013 folgende fachabteilungsbezogene Normauslastungen:

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

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

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

9.4.2. Bedarfsanalyse für die somatischen Fachgebiete

Berechnung des Bettenbedarfs

Für die Bedarfsanalyse findet unter Berücksichtigung demografischer Faktoren bei der Prognose des Bettenbedarfs die Hill-Burton-Formel für den Krankenhausplan 2016 weiter Anwendung.

Danach errechnet sich der tatsächliche Bettenbedarf bei einer vorgegebenen Bettennormauslastung aus den Grunddaten der amtlichen Krankenhausstatistik (Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit) sowie der Einwohnerzahl.

Für die psychiatrischen Fachgebiete wird der unter Berücksichtigung der Leistungsentwicklung mittels Hill-Burton-Formel und nach fachlicher Bewertung im Landespsychiatriebeirat ermittelte Bedarf für das Land Berlin insgesamt in

Bettenmessziffern ausgedrückt. Die Bettenmessziffern bilden die Grundlage für die regionalisierten Bedarfsberechnungen.

Die nachstehende Tabelle umfasst Leistungs- und Kapazitätsdaten des Jahres 2013.

Tab. 9.4.2. – 1: Benötigte vollstationäre Betten 2013 bei Normauslastung

Fachgebiet	Amtl. Krankenhaus-Statistik - Daten 2013 ¹⁾					Normauslastung KH-Plan 2016 (in Prozent)	2013 benötigte vollstat. Betten (bei Normaus- lastung)
	Fälle	Verweildauer (in Tagen)	Pflegetage (in 1.000)	aufgestellte vollstat. Betten	Auslastung (in Prozent)		
Augenheilkunde	20.191	2,6	52	260	54,9	77,5	184
Chirurgie ²⁾	220.135	6,3	1.377	4.957	76,1	85	4.443
dar. Herzchirurgie	4.820	10,4	50	149	91,8	85	161
Frauenh. u. Geb.	81.211	3,6	295	1.189	68,0	80	1011
HNO-Heilkunde	25.898	3,5	90	347	70,9	80	307
Haut- u. Geschl.	11.536	5,7	66	228	79,6	85	214
Innere Medizin ³⁾	302.920	6,1	1.861	6.141	83,0	85	5998
Geriatrie	30.219	17,0	515	1.389	101,5	90	1566
Kinder- u. Jugendmedizin	38.023	5,0	189	741	69,9	75	691
MKG	6.611	3,6	24	112	59,0	80	83
Neurochirurgie	13.747	7,5	103	355	79,5	85	332
Neurologie	41.244	6,6	271	853	87,1	85	874
Nuklearmedizin	2.320	3,7	9	41	57,7	80	30
Strahlenheilk.	3.515	8,8	31	121	70,0	85	100
Urologie	30.544	4,7	143	506	77,6	80	491
Sonstige ⁴⁾	1.973	36,4	72	233	84,4	85	231
insgesamt somat.	749.867	6,8	5.098	17.473	79,9		16.554
KJPsych.	1.966	35,8	70	200	96,5	90	214
Psychiatrie	40.340	19,5	788	2.210	97,7	90	2.400
Psychosomatik	1.996	32,5	65	187	95,0	90	197
insgesamt Psych.	44.142	20,9	924	2.597	97,4		2.812
Zusammen	794.009	7,6	6.022	20.070	82,2		19.366

¹⁾ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhausstatistik-Verordnung, Teil 1 Grunddaten 2013

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

³⁾ ohne Geriatrie

⁴⁾ inkl. Physikalische und Rehabilitative Medizin

Die Versorgung in den somatischen Fachgebieten war 2013 bezogen auf die Gesamtbettenkapazität mit den in den Krankenhausplan 2010 aufgenommenen Betten sichergestellt:

Von den im Jahr 2013 jahresdurchschnittlich aufgestellten 17.473 Betten sind unter Berücksichtigung der fachabteilungsbezogenen Normauslastung 16.554 als bedarfsgerecht einzuschätzen (inkl. Bundeswehrkrankenhaus: 16.739 Betten). In Abzug zu bringen sind die Kapazitäten der sogenannten Komfortkliniken, die in räumlicher Nähe zu einem Plankrankenhaus liegen und ohne selbst in den Krankenhausplan aufgenommen zu sein mit diesem organisatorisch verbunden sind. Diese ordnungsbehördlich genehmigten Krankenhäuser, die in jeweils eigener Trägerschaft betrieben werden, decken mit rund 210 Betten einen Teil des insgesamt zu beplanenden Bedarfs. Damit sind im Saldo 16.529 (bzw. 19.346 einschl. Psychiatrie mit 5 Betten im Bundeswehrkrankenhaus) Planbetten in Plankrankenhäusern als bedarfsgerecht anzusehen.

In den Krankenhausplan 2010 waren gemäß Feststellungsbescheid rund 16.750 vollstationäre somatische Betten aufgenommen.

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

Für die Fachgebiete Geriatrie und Neurologie besteht jedoch Handlungsbedarf, da die vorgegebenen Normauslastungen (90 bzw. 85 Prozent) schon über einen längeren Zeitraum (im Jahr 2013 mit 101,5 bzw. 87,1 Prozent) deutlich überschritten werden.

In den psychiatrischen Fachgebieten ist ebenfalls Handlungsbedarf erkennbar, da auch hier die vorgegebene Normauslastung klar überschritten wird. Der Bedarf wird hier gemäß den Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates gesondert festgestellt.

Für den gesamten vollstationären Bereich ergibt sich:

Für die Versorgung im Jahr 2013 wurden rund **19.350** (inkl. 190 Betten Bundeswehrkrankenhaus, ohne 210 Betten in Komfortkliniken) vollstationäre Betten benötigt ($19.366 + 190 - 210 = 19.346$).

Dafür standen rund 19.284 in den Krankenhausplan aufgenommene vollstationäre Betten zur Verfügung. Unter Berücksichtigung der geänderten Planaufnahme der Charité (+301 Betten, davon rund 40 teilstationär) waren es rund **19.550** vollstationäre Betten.

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

Wie in der Fortschreibung des Krankenhausplans 2006 und im Krankenhausplan 2010 wird auch im Krankenhausplan 2016 die Bettenbedarfsberechnung für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – abweichend von dem Verfahren in den somatischen Fächern – anhand von Bettenmessziffern vorgenommen. Diese Herangehensweise ist seit den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête bundesweit für die Krankenhausplanungen der Länder ein akzeptierter Ansatz.

Die Herleitung der Bettenmessziffer für das Land Berlin erfolgt mittels Hill-Burton-Formel unter Berücksichtigung der Entwicklung der Parameter Bettenzahl, Bettenauslastung, Verweildauer und Fallzahl. Dabei wurde – unter Einbeziehung des Datenmaterials aus der fachspezifischen Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, des Landes Berlin sowie von Datenreihen der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung – der Zeitraum der letzten fünf Jahre betrachtet.

Die Berliner Bezirke bilden als Verwaltungseinheiten die Pflichtversorgungsregionen für das psychiatrisch/psychotherapeutische und psychosomatische Versorgungssystem. Die zur Sicherstellung der Behandlung, Betreuung und Beratung erforderlichen Leistungen sind im bezirklichen Kontext zu etablieren. Die Grundlage für die Struktur des Versorgungssystems bildet das Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) aus dem Jahre 1997 (<http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/ueberuns/veroeffentlichungen/fachveroeffentlichungen/>).

Entsprechend wird krankenhauserplanerisch das aus der berlinweiten Bettenmessziffer hergeleitete Bettenkontingent unter Zugrundelegung der prognostizierten Bezirksbevölkerungen, die sozialstrukturell gewichtet werden, zum Planungshorizont der jeweiligen Krankenhausplanung den Pflichtversorgungsregionen zugewiesen. Die Festlegung der Bettenmessziffer sowie grundsätzliche Aussagen zur Struktur und zur Zusammenarbeit fußen auf einem unabhängigen Fachgutachten, das der Landespsychiatriebeirat auf Anfrage des für Gesundheit zuständigen Mitglieds des Senats erstellt hat. Wie auch bei den zurückliegenden Krankenhausplanungen bildet das Gutachten mit seinen strukturellen und quantitativen Aussagen die Grundlage für den vorliegenden Krankenhausplan 2016.

Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie (Erwachsene)

In den Krankenhausplan 2010 wurden entsprechend der Empfehlung des Landespsychiatriebeirates insgesamt rund 3.000 Betten aufgenommen, darunter rund 2.600 Betten/Plätze Psychiatrie für die regionalisierte Pflichtversorgung, 215 Betten mit spezialisiertem Versorgungsauftrag sowie 208 Betten/Plätze der fünf Abteilungen für psychosomatische Medizin. Daraus ergab sich für das Gesamtversorgungssystem eine Bettenmessziffer von 0,88 Betten/Plätzen für das Land Berlin.

Die fachlichen Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates bauten dabei konsequent auf der Struktur- und Leistungsentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems in Berlin auf und wiesen zugleich auf die aktuellen Entwicklungsnotwendigkeiten hin, um das psychiatrische Versorgungssystem fachlich und ökonomisch zukunfts- und leistungsfähig zu halten.

Zum Krankenhausplan 2016 werden für den Bereich der Erwachsenen im Fachgutachten des Landespsychiatriebeirates aus dem Mai 2014 für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusammengefasst folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Die erfolgreiche Psychiatriereform im Land Berlin beruht auf der konsequenten Anwendung des Strukturgrundsatzes der regionalisierten Pflichtversorgung. Die Krankenhausplanung soll auf die Entwicklung des psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungssystems abgestimmt sein, zur Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität beitragen, die regionalen Versorgungsverbünde stärken helfen und die von beiden Fachgebieten bereitgestellten Kapazitäten sinnvoll aufeinander beziehen. Ferner müssen innovative Versorgungsmodelle mit sektorenübergreifender Verknüpfung ebenso befördert werden wie die Ausdifferenzierung des ambulanzkomplementären Systems.
- Die Analyse der Bettenauslastung weist darauf hin, dass über die letzten Jahre hinweg die krankenhauplanerisch definierte Normauslastung von 90 Prozent deutlich überschritten wird.
- Die Prognose der Bevölkerungsentwicklung zum Zeitpunkt der Aufstellung des Krankenhausplanes 2010 stellt sich als überholt dar, da Berlin einen nicht erwarteten höheren Bevölkerungszuwachs hatte, der sich voraussichtlich fortsetzen wird. Die gemäß der Bettenmessziffer vorzuhaltenden klinischen Kapazitäten sind zeitnah an die tatsächliche Bevölkerungsentwicklung anzupassen.
- In der bezirklichen Pflichtversorgung bedarf es daher einer deutlichen Erhöhung der Planbetten respektive der tagesklinischen Plätze. Zusätzlich werden in die bezirkliche Pflichtversorgung erstmalig klinische Leistungen der psychosomatischen Medizin eingebunden. Diese Kapazitäten sollen tagesklinisch etabliert werden. Als Orientierungswert werden dabei 0,06 Plätze je 1.000 Einwohner angesehen. Entsprechend erhöht sich die Bettenmessziffer für die bezirkliche Pflichtversorgung.
- Psychiatrieplanerisch wird empfohlen, dass sich unter Einbindung beider Fachgebiete bezirklich ausgerichtete klinische „Zentren für psychische Gesundheit“ etablieren. Die hier erbrachten Leistungen sollen abgestimmt und verbindlich mit den außerklinischen Behandlungs- und Betreuungsleistungen im Sinne gemeindepsychiatrischer Verbünde verknüpft werden. In den Zentren sollen auch Modelle der Kooperation mit somatischen Fachabteilungen sowie zur Vermeidung klinischer Behandlungsepisoden erprobt werden.
- Klinische Angebote der Psychiatrie außerhalb der Pflichtversorgung sollen möglichst nicht erweitert werden. Gleiches gilt für die bestehenden Angebote der Psychosomatischen Medizin. In der universitären Psychiatrie zeichnet sich die Notwendigkeit eines leichten Aufwuchses ab.

Die vom Landespsychiatriebeirat erarbeiteten Empfehlungen geben weiterhin Hinweise zu erforderlichen strukturellen Anpassungen sowie Entwicklungsnotwendigkeiten.

Die vollständigen Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates sind unter folgendem Pfad nachzulesen:

<http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/psychiatriebeirat/empfehlungen-und-stellungnahmen/> .

Für die Bedarfsanalyse und -prognose des Krankenhausplans 2016 und die notwendigen Kapazitätsanpassungen bilden die fachlichen Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates die Grundlage. Sie tragen der Entwicklung des Leistungsgeschehens Rechnung.

Die über einen längeren Zeitraum deutlich über der Normauslastung von 90 Prozent liegende durchschnittliche Auslastung, die im Bundes- und Stadtstaatenvergleich geringe Bettenmessziffer, die unter dem Bundesdurchschnitt liegende Verweildauer, die in den letzten Jahren kontinuierlich steigenden Fallzahlen, der Bevölkerungszuwachs, aber auch die Erfahrungen aus den Berliner Versorgungsregionen zeigen, dass der derzeitige Bettenbestand trotz eines exorbitanten Ausbaus insbesondere im Bereich der Angebote des betreuten Wohnens nicht mehr ausreichend ist und angepasst werden muss.

Tab. 9.4.3. - 1: Vergleich ausgewählter Parameter zur vollstationären Krankenhausversorgung in den Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie

Parameter	Deutschland			Berlin		
	2004	2008	2013	2004	2008	2013
Betten je 1.000 Einwohner *)	0,64	0,65	0,68	0,60	0,60	0,65
Auslastung in Prozent	90,6	93,0	93,9	93,7	98,3	97,7
Verweildauer in Tagen	24,7	23,2	22,4	18,8	19,1	19,5
Fälle je 1.000 Einwohner	8,6	9,5	10,3	10,9	11,3	11,9
Belegungstage je 1.000 Einwohner	213,0	220,0	231,3	204,0	215,9	232,0

*) durchschnittlich aufgestellte vollstationäre Betten bezogen auf die durchschnittliche Einwohnerzahl

2004:	Berlin:	3.387.545	Deutschland:	82.501.274
2008:		3.424.638		82.119.776
2013:		3.398.526		80.645.604

Quellen: Statistisches Bundesamt, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen

Der Krankenhausplan 2016 weist demzufolge folgende Eckwerte für die Bettenmessziffer Psychiatrie und Psychotherapie aus:

- Alle Berechnungen zum Bettenbedarf beruhen auf der Prognosebevölkerung für das Jahr 2020 des Berliner Einwohnerregisters (obere Berechnungsvariante)
- Für die Sicherstellung der bezirklichen Pflichtversorgung werden „berlinweit“ 0,76 Betten/Tagesklinische Plätze je 1.000 Einwohner als bedarfsgerecht aufgenommen
- Für den Anteil der tagesklinischen Plätze wird als Orientierungswert eine Messziffer von 0,19 Plätzen je 1.000 Einwohner empfohlen
- Die überbezirklichen Kapazitäten für spezialisierte Behandlungsleistungen (überregionale Pflichtversorgung) orientieren sich am Ausweis im Krankenhausplan 2010 bei moderatem Aufwuchs, z. B. im Bereich Forschung und Lehre.

Tab. 9.4.3. – 2: Betten/Plätze in der bezirklichen Pflichtversorgung, Vergleich der Krankenhauspläne 2010 und 2016

Bezirk	Krankenhausplan 2010		Krankenhausplan 2016	
	Prognose- bevölkerung	Betten	Prognose- bevölkerung	Betten
Mitte	337.948	283	375.688	307
Friedrichshain-Kreuzberg	277.832	230	294.984	232
Pankow	391.434	281	410.473	292
Charlottenburg-Wilmersdorf	322.415	222	339.212	239
Spandau	219.892	169	234.116	187
Steglitz-Zehlendorf	295.646	188	311.646	213
Tempelhof-Schöneberg	328.792	240	343.880	253
Neukölln	306.717	257	336.572	281
Treptow-Köpenick	246.028	170	260.182	192
Marzahn-Hellersdorf	247.308	192	258.881	205
Lichtenberg	258.235	195	273.371	211
Reinickendorf	234.922	173	251.186	196
Berlin	3.467.170	2.600	3.690.191	2.808

Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Im Krankenhausplan 2010 wurden fünf Abteilungen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit **208** Betten/Plätzen mit überregionalem Versorgungsauftrag aufgenommen.

Auch in den Krankenhausplan 2016 werden diese Abteilungen mit der entsprechenden Betten-/Platzzahl unverändert aufgenommen.

Durch den erstmaligen Ausweis tagesklinischer Kapazitäten der psychosomatischen Medizin im Rahmen der Pflichtversorgung in allen Bezirken wird dieses Leistungsangebot deutlich erweitert. Gleichzeitig wird durch die Abstimmung der klinischen Behandlungsleistungen der Psychosomatischen Medizin mit der Psychiatrie im bezirklichen Kontext eine deutliche Stärkung und Verbesserung des Leistungsgeschehens erwartet.

Die Bettenmessziffer für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird somit um 0,06 (teilstationäre) Plätze je 1.000 Einwohner angehoben. Diese Plätze sind in die regionalisierte Pflichtversorgung einzubinden. Damit erreicht die Bettenmessziffer für dieses Fachgebiet (0,12 Betten/Plätze) – unter Einschluss der überregionalen Angebote – in etwa den Bundesdurchschnitt.

Zusammenfassend ergibt sich für beide Fachgebiete im Krankenhausplan 2016:

Die Gesamt-Bettenmessziffer für alle in Berlin vorgehaltenen klinischen Kapazitäten beider Fachgebiete steigt von 0,88 Betten/Plätze je 1.000 Einwohner im Krankenhausplan 2010 auf 0,94 Betten/Plätze je 1.000 Einwohner im Krankenhausplan 2016 an. Verbunden mit dem Kapazitätsaufwuchs aufgrund der Annahmen aus der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2020 befindet sich das Land Berlin damit weiterhin im Durchschnittsniveau aller Bundesländer und hält weniger Betten/Plätze als die übrigen Stadtstaaten vor.

Der differenzierte Ausweis sowohl für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie als auch für das Fachgebiet psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist der Tabelle 10.11. – 1 zu entnehmen.

Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Hinsichtlich der Bedarfsermittlung für Berlin insgesamt unterscheidet sich das Vorgehen im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht von dem in der Erwachsenenpsychiatrie. Für die Ermittlung des regionalen Bedarfs wird jedoch auf die Berechnung einer Bettenmessziffer und eine sozialstrukturelle Wichtung des regionalen Bettenbedarfs verzichtet. Für regionale Versorgung in den sechs kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsregionen ermöglichen gemäß den Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates gleichgroße Abteilungen am besten einen berlinweit einheitlichen Versorgungsstandard und eine angemessene Binnendifferenzierung der Abteilungen.

Ausweislich der Erfahrung der letzten Jahre im Versorgungssystem, aber auch dokumentiert durch die Datenerhebungen zur Inanspruchnahme klinischer Leistungen, wird deutlich, dass die vorhandenen Kapazitäten trotz der schon im Krankenhausplan 2010 erfolgten Bettenerhöhung, nicht ausreichen. Somit werden in diesen Krankenhausplan zusätzlich 72 stationäre/teilstationäre Behandlungsplätze aufgenommen. Der differenzierte Ausweis ist der Tabelle 10.10.3. – 1 zu entnehmen. Damit wird den Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates gefolgt.

9.4.4. Bedarfsprognose 2020 für die somatischen Fachgebiete

Wirkung der demografischen Entwicklung

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

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

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

- Bevölkerung gemäß Einwohnerregisterstatistik Berlin 2013 sowie Bevölkerungsprognose der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt 2011 bis 2030 (Basis Einwohnermelderegister, obere Variante)
- amtliche Krankenhausstatistik, Teil I Grunddaten Berlin 2013
- InEK-Daten nach § 21 KHEntgG, Berlin, 2013

Dabei wurde methodisch wie folgt vorgegangen:

Untersucht wurden die Auswirkungen der demografischen Veränderungen im Jahr 2020 auf die Entwicklung des Pfl egetagevolumens. Ausgangspunkt waren die InEK-Daten für Berlin 2013. Diese Daten ermöglichen fachabteilungsbezogen die Auswertung nach Altersgruppen und in Anspruch genommenen Pfl egetagen.

In einem ersten Schritt wurden die Fachabteilungsfälle gemäß InEK-Daten in die Fachabteilungssystematik gemäß Krankenhausplan 2016 überführt. Für die so ermittelten Pfl egetagevolumina des Jahres 2013 wurde je Fachabteilung und Altersgruppe ein Veränderungsfaktor ermittelt. Dieser bildet in der Altersgruppe das Verhältnis von Prognosebevölkerung 2020 zur Bevölkerung gemäß Einwohnerregister am 31.12.2013 ab (siehe Anlage 3).

Im Ergebnis erhält man für jede Fachabteilung den für 2020 aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartenden Veränderungsfaktor für das Pfl egetagevolumen (Ausnahme:

für das Fachgebiet „Sonstige somatische Fachbereiche“ wird der durchschnittliche demografische Veränderungsfaktor angenommen).

Der in Folge der demografischen Entwicklung veränderte Bettenbedarf je somatischer Fachabteilung für 2020 (Tab. 9.4.4. – 1) wird unter Vorgabe einer festgelegten Normauslastung aus den Pfl egetagevolumina 2013 (amtliche Krankenhausstatistik) und dem unter Zuhilfenahme der InEK-Daten ermittelten Veränderungsfaktor errechnet.

Tab. 9.4.4.-1: Prognostizierter Leistungsumfang und Bettenbedarf 2020 für die somatischen Fachgebiete im Ergebnis der demografischen Entwicklung

Fachgebiet	Pflegetage ¹⁾	demograf. bedingte Veränderung (in Prozent)	Pflegetageprognose 2020	Bettenprognose 2020 im Ergebnis der demograf. Entwicklung (vollstat. Betten bei Normauslastung)
Augenheilkunde	52.117	110,6	57.641	203
Chirurgie ²⁾	1.377.457	109,8	1.509.294	4.855
dar. Herzchirurgie	50.000	106,5	53.250	171
Frauenheilk. u. Geburtshilfe	295.215	103,9	306.728	1.048
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	89.753	104,7	93.971	321
Haut- u. Geschlechtskrankh.	66.264	111,0	73.553	236
Innere Medizin ³⁾	1.860.809	112,5	2.093.410	6.729
Geriatric	514.575	124,9	642.704	1.951
Kinder- und Jugendmedizin	189.047	110,3	208.519	760
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	24.105	107,2	25.841	88
Neurochirurgie	103.058	106,7	109.963	353
Neurologie	271.119	110,8	300.400	966
Nuklearmedizin	8.631	107,3	9.261	32
Strahlenheilkunde	30.932	107,5	33.252	107
Urologie	143.379	108,5	155.566	531
Sonstige somat. Fachbereiche ⁴⁾	71.748	111,8	80.214	258
insgesamt	5.098.109	111,8	5.700.318	18.438

1) Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhausstatistik-Verordnung, Teil 1 Grunddaten 2013

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

3) ohne Geriatric

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

Bei ausschließlicher Berücksichtigung der demografischen Veränderungen bis zum Jahr 2020 erhöht sich bezüglich des Vergleichsjahres 2013 das Pfl egetagevolumen in Berlin im somatischen Bereich auf **111,8 Prozent**, also insgesamt um rund **12 Prozent** (ohne psychiatrische/psychosomatische Abteilungen).

Die Ergebnisse fallen für einzelne Fachabteilungen erwartungsgemäß unterschiedlich aus. Den höchsten Zuwachs bei der Inanspruchnahme stationärer Leistungen wird die Geriatric verzeichnen (Steigerung des Pfl egetagevolumens um ca. 25 Prozent).

Wirkung weiterer Bedarfsdeterminanten

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

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

Die Wirkung dieser Faktoren lässt sich im Einzelnen schwer quantifizieren. In der Rückschau kann jedoch festgestellt werden, dass der tatsächliche Anstieg des Krankenhausversorgungsbedarfs geringer ausfiel als Berechnungen erwarten ließen, die allein auf die demografischen Veränderungen abstellten. Im Ergebnis dieser Betrachtungen werden diese bedarfsmindernden Faktoren durch eine Korrektur des allein auf der Grundlage der Bevölkerungsprognose berechneten vollstationären Bedarfs für das Jahr 2020 (18.438 Betten) in Höhe von 5 Prozent berücksichtigt.

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

Weiter ist zu beachten, dass der zu bestimmende Gesamtbedarf um die Kapazität des Bundeswehrkrankenhauses (185 vollst. Betten im Bereich der Somatik) und um die teilstationären Kapazitäten im somatischen Bereich (rund 400 Plätze), für die kein demografisch bedingter Zuwachs errechnet wurde, zu ergänzen ist. Schließlich sind ca. 150 Betten für die neurologische Frührehabilitation (Phase B) hinzuzuzählen. Diese Leistungen sind in den bislang vorliegenden Daten noch nicht abgebildet, u.a. deshalb, weil die Angebote neu etabliert sind, bzw. weil sie bisher zum großen Teil im Land Brandenburg erbracht worden sind, aber aufgrund des zunehmenden Bedarfes nach wohnortnaher Versorgung in diesem Bereich verstärkt in Berliner Krankenhäusern nachgefragt werden. Darüber hinaus sind die 209 somatischen Betten in den sogenannten Komfortkliniken in Abzug zu bringen. Danach ergibt sich für den Bereich der Somatik die folgende fachspezifische Bedarfsprognose für das Jahr 2020:

Tab. 9.4.4. - 2: Prognostizierter Bettenbedarf 2020 (inkl. teilstationärer Kapazitäten) für die somatischen Fachgebiete (Gesamtbetrachtung)

Fachgebiet	Vollst. Bettenprogn. im Ergebnis der demograf. Entw. ¹⁾	Berücksichtigung bedarfsmindernder Faktoren	teilstat. Kapazität	Bundeswehr-Krankenhaus; neurol. Frühreha der Phase B	Komfort-kliniken	voll- und teilstation. Bedarf 2020 (insgesamt)
Augenheilkunde	203	-10	0	0	-1	192
Chirurgie ²⁾	4.855	-243	0	88	-81	4.619
dar. Herzchirurgie	171	-8	0	0	0	163
Frauenheilk. u. Geburtshilfe	1.048	-52	11	0	-8	999
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	321	-16	0	15	-4	316
Haut- u. Geschlechtskrankh.	236	-12	47	5	-5	271
Innere Medizin ³⁾	6.729	-336	134	52	-73	6.506
Geriatrie	1.951	-98	155	0	-2	2.006
Kinder- und Jugendmedizin	760	-38	42	0	0	764
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	88	-4	0	0	0	84
Neurochirurgie	353	-18	0	10	-9	336
Neurologie	966	-48	13	155	-15	1.071
Nuklearmedizin	32	-2	0	0	0	30
Strahlenheilkunde	107	-5	0	0	-2	100
Urologie	531	-27	0	10	-9	505
Sonstige somat. Fachbereiche ⁴⁾	258	-13	0	0	0	245
insgesamt	18.438	-922	402	335	-209	18.044

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

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

3) ohne Geriatrie

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

Der für den somatischen Bereich bis zum Jahr 2020 prognostizierte Bedarf entspricht danach rund **18.050** Betten/Plätze.

9.4.5. Bettenbedarfsprognose 2020 insgesamt

Für die somatischen Fachgebiete ergibt sich unter Berücksichtigung aller Faktoren ein prognostizierter Bettenbedarf von 18.044 Betten (siehe Abschnitt 9.4.4.).

Für die psychiatrischen Fachdisziplinen ergibt sich ein Bedarf von rund **3.920** Betten/Plätzen (siehe Abschnitt 9.4.3. sowie Tabellen 10.11. – 1 und 10.10.3. – 1), das sind rund 510 Betten/Plätze mehr, als bisher im Krankenhausplan aufgenommen.

Für den Planungshorizont 2020 insgesamt ergibt sich somit ein prognostizierter Bedarf von rund **21.970** Betten/Plätzen. Gegenüber den bisher in den Plan aufgenommenen Kapazitäten bedeutet das einen prognostizierten Mehrbedarf bis zum Jahr 2020 von rund 1.320 bzw. von 1.020 Betten/Plätzen unter Berücksichtigung des Senatsbeschlusses vom 31.03.2015 zur Charité. Gegenüber den gegenwärtig ordnungsbehördlich genehmigten Betten in Plankrankenhäusern (21.329 Betten/Plätze, Stand 01.01.2015) ergibt sich ein Mehrbedarf von rund 640 Betten/Plätzen.

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

10. Versorgungsschwerpunkte

10.1. Notfallversorgung

Zielsetzung und Veränderungsbedarf

Die Sicherstellung der stationären Notfallversorgung ist eine Kernaufgabe der Krankenhausplanung. Bei der Festlegung von Krankenhausstandorten, medizinischen Fachgebieten und Kapazitäten sind daher die Anforderungen der Notfallversorgung zu beachten.

Generelles Ziel ist es, die Notfallbehandlung in Berliner Krankenhäusern für die Bürger auf einem möglichst einheitlichen qualitativ hochwertigen Standard zu gewährleisten. Daraus leiten sich besondere Anforderungen an solche Krankenhäuser ab, die an der Notfallversorgung teilnehmen. Hierbei gewinnt sowohl durch veränderte notfallmedizinische Schwerpunkte und Therapieziele als auch Veränderungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen neben der Erreichbarkeit der Krankenhäuser die Qualität der Versorgung eine zunehmende Bedeutung.

Die Inanspruchnahme der Notfallversorgung in Berlin nimmt kontinuierlich zu, wie sich anhand der steigenden Alarmierungszahlen von Rettungsmitteln der Berliner Feuerwehr (Anstieg von 2008 bis 2013 um 16 Prozent¹⁰) und der steigenden Patientenkontakte der Notaufnahmen Berlins im Jahr 2013 (Zunahme der Patientenkontakte von 2008 bis 2012 um 19 Prozent auf 1,2 Mio.¹¹) zeigt. Auffällig ist ein großer Unterschied in der Beteiligung an der Notfallversorgung der verschiedenen Notfallkrankenhäuser, der u. a. durch die Anfahrtszahlen der Berliner Kliniken durch die Notfallrettung 2014 belegt wird (Spannweite: ca. 360 bis 23.000 Anfahrten pro Klinik, siehe Abb. 10.1. – 1). Insgesamt wurden im Jahr 2014 rund 275.000 Patientinnen und Patienten von der Notfallrettung in die Berliner Kliniken gebracht. Im Vergleich zu 2009 setzt sich der Trend einer Konzentration auf größere Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren fort. Dies führt neben anderen Gründen wie z. B. einem Betten- und Entlassmanagement, das die stationäre Notfallversorgung nicht ausreichend berücksichtigt, sondern eine hohe Belegungsquote durch Elektiveingriffe sichert, in Spitzenzeiten zur Überlastung von Notaufnahmen. Gleichzeitig steigen die medizinischen und organisatorischen Ansprüche an die Notaufnahmen. Beispielsweise rückt das frühzeitige Erkennen und Behandeln zeitkritischer Erkrankungen (z. B. des Schlaganfalls) und die Akutversorgung nicht-traumatologischer Erkrankungen immer mehr in den Vordergrund. Darüber hinaus nimmt die Versorgung geriatrischer und häufig multimorbider Patienten zu. Auch gewinnt der Umgang mit Krankenhausinfektionen und anderen infektiösen Erkrankungen zunehmend an Bedeutung.

Um diesen Herausforderungen unter dem herrschenden wirtschaftlichen Druck der Krankenhäuser zu begegnen, sind Anpassungen und Konkretisierungen der bereits im Krankenhausplan 2010 entwickelten Qualitätsanforderungen an die stationäre Notfallversorgung notwendig geworden. Darüber hinaus hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe in ihrem Eckpunktepapier zur Krankenhausreform 2015¹² geplant, Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung einzuführen, um eine breitere Berücksichtigung von strukturellen Vorgaben in der Krankenhausplanung der Länder zu ermöglichen (siehe Abschnitt 6, Qualitätssicherung). Der G-BA soll beauftragt werden, Qualitätsindikatoren für ein gestuftes System der stationären Notfallversorgung

¹⁰ Jahresbericht der Berliner Feuerwehr von 2013: http://www.berliner-feuerwehr.de/fileadmin/bfw/dokumente/Download/Jahresberichte/Jahresbericht_2013.pdf

¹¹ Abfragen der Berliner Notfallkrankenhäuser durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales von 2009 und 2013. Die Ergebnisse wurden auf dem Treffen der Rettungsstellenleiter am 11.06.2014 vorgestellt.

¹² Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/B/Bund_Laender_Krankenhaus/Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf

entsprechend der vorgehaltenen Notfallstrukturen zu entwickeln. Diese sollen dann Abschläge (bei Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung) bzw. gestaffelte Zuschläge auf der Grundlage von Vorhaltekosten nach sich ziehen. Hierbei sollen auch Mindestvorgaben für die Teilnahme an der Notfallversorgung definiert werden.

Das im Krankenhausplan 2010 eingeführte zweistufige Notfallversorgungssystem und die im Folgenden aufgeführten Mindestanforderungen zur Teilnahme an der Notfallversorgung stehen somit unter dem Vorbehalt der Entwicklungen auf Bundesebene und können im Planungshorizont des Krankenhausplanes Anpassungen nach sich ziehen.

Ambulante Notfallversorgung

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung der Patienten liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Dennoch tragen die Notaufnahmen der Notfallzentren und Notfallkrankenhäuser in Berlin entscheidend zur sektorenübergreifenden Versorgung von Notfällen bei. Nach einer Abfrage der Berliner Notfallkrankenhäuser durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales in 2013¹¹ bleiben etwa 70 Prozent der in Notaufnahmen behandelten Patientinnen und Patienten (einschließlich Kinder) ambulant. Da Patientinnen und Patienten mit Symptomen kommen und oft die Behandlungsdringlichkeit ihres Zustandes nicht korrekt einschätzen können, muss der Zugang zu diesem System niederschwellig gehalten werden. Eine Umleitung der Patienten hin zu einer stärkeren Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Strukturen wurde als unrealistisch eingeschätzt¹³. In Übereinstimmung mit den Plänen auf Bundesebene erscheint eine Etablierung von Notfallpraxen an Krankenhaus-Notaufnahmen, die es in Berlin derzeit für die Versorgung von Kindern an ausgewählten Kliniken gibt, als eine Möglichkeit, um neben festen und transparenten Urlaubs- und Vertretungsregelungen der KV zu einer stärkeren Beteiligung der Vertragsärzte an der Notfallversorgung beizutragen. Diese müssen sich eng mit den Notaufnahmen, insbesondere in Hinblick auf die Ersteinschätzung der Patienten, abstimmen. Daneben sollten Kooperationsmodelle entsprechend den jeweiligen Gegebenheiten der Kliniken und des Vertragsarztbereiches in Erwägung gezogen werden.

Ein Teil der in den Notaufnahmen ambulant behandelten Patientinnen und Patienten benötigt jedoch Mittel des Krankenhauses zur Behandlung, die in vertragsärztlichen Strukturen nicht zeitgerecht erbracht werden können und deren Versorgung in den Notaufnahmen somit medizinisch geboten ist¹⁴. Die Kostendeckung der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, insbesondere für diese Patientengruppe, wird derzeit kontrovers diskutiert und überwiegend als nicht ausreichend angesehen. Die Strukturen der Notfallversorgung in Deutschland werden im Rahmen der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG¹⁵ aktuell analysiert. Mögliche Defizite sowie Verbesserungsvorschläge sollen der AOLG im Frühjahr 2016 berichtet werden.

Arbeitsgruppe Notfallversorgung zum Krankenhausplan 2016

Im Rahmen der Entwicklung des Krankenhausplans 2016 wurde eine Arbeitsgruppe zu dem Thema „Notfallversorgung in Berlin“ initiiert. Unter Beteiligung der Berliner KV, Feuerwehr und Ärztekammer, von Fachgesellschaften, des Berliner Schlaganfallregisters, der Krankenkassen, der BKG, Patientenvertretung und einer Vertreterin des Gesundheitsministeriums Brandenburg tagte diese Arbeitsgruppe unter Leitung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales von Juni 2013 bis Januar 2014. In fünf Treffen der Arbeitsgruppe wurden die strukturräumlichen Kriterien, die qualitativen

¹³ Ergebnis des 3. und 5. Expertentreffens der AG Notfallversorgung zur Vorbereitung des KH-Planes 2016

¹⁴ Gutachten der DKG in Zusammenarbeit mit der DGINA zur „ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ von 2015: http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf

¹⁵ AOLG = Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden

Anforderungen an Notfallkrankenhäuser, das Zusammenwirken mit präklinischer und ambulanter Notfallversorgung und die Rolle der Notaufnahmen unter dem Aspekt der sektorenübergreifenden Versorgung ausführlich diskutiert.

In Vorbereitung dieser Diskussionen wurde u.a. eine Evaluation der Umsetzung der qualitativen Anforderungen an die Notfallkrankenhäuser des Krankenhausplanes 2010 durchgeführt. In der Abfrage der Notfallkrankenhäuser von 2013 gaben die meisten Notfallkrankenhäuser an, die Anforderungen des Krankenhausplanes 2010 umgesetzt zu haben. So führten bereits 33 von 39 Notfallkrankenhäusern eine strukturierte Ersteinschätzung der Patienten durch, und 3 Notfallkrankenhäuser hatten die Einführung eines solchen Systems in Planung. Die Ergebnisse der Abfrage boten eine gute Grundlage zur Weiterentwicklung der Qualitätskriterien, zeigten aber auch, dass manche Kriterien präziser definiert werden müssen.

Grundsätze der Versorgung und strukturräumliche Kriterien

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

Im Krankenhaus wird die Notfallversorgung im Wesentlichen von den dafür vorgesehenen Organisationseinheiten für ungeplant eintreffende Patientinnen und Patienten (Notaufnahmen) und den auch für andere Patientinnen und Patienten genutzten Diagnostik- und Therapiebereichen (z. B. CT, OP, Intensivstation) wahrgenommen.

Ziel einer bedarfsgerechten notfallmedizinischen Versorgung ist die Minimierung des therapiefreien Intervalls. Folgende Empfehlungen der Fachgesellschaften¹⁷ zu den Zeiten ab Symptombeginn gelten dabei als Orientierung:

- ST-Hebungsinfarkt: 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention
- Schlaganfall: 90 Minuten bis zur Entscheidung Lyse (120 min bis Lyse)
- Schädel-Hirn-Trauma: 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 min bis CT)
- Schweres Trauma: 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 min bis Klinikaufnahme)

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

¹⁶ Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. Mit Unterstützung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA). Notfall und Rettungsmedizin 2015

¹⁷ Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Präklinik: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Eckpunkte_Med_Notfallversorgung.pdf

Abgestuftes Versorgungssystem

Mit dem Krankenhausplan 2010 wurde ein dreistufiges, auf traumatologische Notfälle ausgerichtete System in ein zweistufiges Versorgungssystem überführt (Notfallkrankenhaus, Notfallzentrum). Unter Vorbehalt von möglicherweise notwendigen Anpassungen durch die im Laufe des Planungshorizontes durch den G-BA zu entwickelnden Versorgungsstufen wird zum Zeitpunkt der Erstellung des Krankenhausplanes 2016 an diesem System festgehalten.

Die notfallmedizinische Versorgung in einem **Notfallkrankenhaus** ist entsprechend der ausgewiesenen Haupt- und Subdisziplinen durchzuführen, soweit diese für die Notfallversorgung von Relevanz sind. Ein Krankenhaus, das sich nur selektiv in Hinblick auf die im Krankenhausplan ausgewiesenen Abteilungen an der Notfallversorgung beteiligt, kann nicht den Status „Notfallkrankenhaus“ erhalten. Die infrastrukturellen, personellen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine adäquate Notfallversorgung müssen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr mit einer vertretbaren Redundanz (Ausfallsicherheit) vorhanden sein. Insgesamt werden 32 Klinikstandorte als Notfallkrankenhäuser ausgewiesen. Das Vivantes Klinikum im Friedrichshain / Standort Prenzlauer Berg wird als Krankenhausstandort aufgegeben und entfällt damit künftig als Notfallkrankenhaus.

Zusätzlich werden einige Krankenhäuser als **Notfallzentren** ausgewiesen, an die erhöhte Anforderungen an Leistungsfähigkeit, Infrastruktur und Aufnahmekapazität gestellt werden. Dort werden möglichst alle notfallrelevanten Fachgebiete vorgehalten, insbesondere zur Versorgung interdisziplinärer Notfälle wie dem schweren Trauma. Somit wird auch im Bereich der Notfallversorgung der Grundsatz einer wohnortnahen Grundversorgung und einer zentralisierten Spezialversorgung aufrechterhalten. Gerade in der Notfallversorgung ist eine Vernetzung von Kliniken unterschiedlicher Versorgungsmöglichkeiten anzustreben. Im Krankenhausplan 2016 werden unverändert 6 Standorte als Notfallzentren ausgewiesen. Es handelt sich um folgende Krankenhäuser:

- Charité – Campus Benjamin Franklin
- Charité – Campus Virchow Klinikum
- HELIOS Klinikum Berlin-Buch
- Unfallkrankenhaus Berlin
- Vivantes Klinikum im Friedrichshain
- Vivantes Klinikum Neukölln.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass in Brandenburg ein weiteres Krankenhaus mit dem Leistungsspektrum eines Notfallzentrums vorhanden ist, welches für Berlin relevant sein kann (Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam).

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

Tab. 10.1. – 1: Krankenhäuser mit Teilnahme an der Notfallversorgung, Stand: April 2015

Region	Klinik	Einstufung	
		Notfallzentrum	Notfallkrankenhaus
Mitte	Bundeswehrkrankenhaus		X
	Charité – Campus Mitte		X
	Charité – Campus Virchow Klinikum	X	
	Deutsches Herzzentrum Berlin	Spezialversorgung	
	DRK Kliniken Berlin Mitte		X
	Elisabeth Klinik		X
	Franziskus-Krankenhaus		X
	Jüdisches Krankenhaus		X
	St. Hedwig-Krankenhaus		X
	Vivantes Klinikum im Friedrichshain	X	
	Vivantes Klinikum am Urban		X
Nord	Ev. Lungenklinik	Spezialversorgung	
	Dominikus Krankenhaus		X
	Maria Heimsuchung – Caritas-Klinik Pankow		X
	HELIOS-Klinikum Berlin-Buch	X	
	Park-Klinik Weissensee		X
	Vivantes Humboldt-Klinikum		X
	(Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg)		(X) ¹⁾
West	DRK Kliniken Berlin Westend		X
	Ev. Waldkrankenhaus Spandau		X
	Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe		X
	Martin-Luther-Krankenhaus		X
	Schlosspark-Klinik		X
	St. Gertrauden-Krankenhaus		X
	Vivantes Klinikum Spandau		X
Südwest	Charité – Campus Benjamin Franklin	X	
	Ev. Krankenhaus Hubertus		X
	HELIOS-Klinikum Emil von Behring		X
	Krankenhaus Bethel		X
	Krankenhaus Waldfriede		X
	St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof)		X
	St. Marien Krankenhaus		X
	Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum		X
	Vivantes Wenckeback-Klinikum		X
Ost	Augenklinik Berlin-Marzahn	Spezialversorgung	
	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge		X
	Sana Klinikum Lichtenberg		X
	Unfallkrankenhaus Berlin	X	
	Vivantes Klinikum Hellersdorf		X
Südost	DRK Kliniken Berlin Köpenick		X
	Krankenhaus Hedwigshöhe		X
	Vivantes Klinikum Neukölln	X	

¹⁾ Nur noch befristet, längstens bis zum Ausscheiden des Standortes aus der Krankenhausversorgung

Drei Kliniken werden aufgrund ihrer Spezifika (sie übernehmen die fachspezifische Notfallversorgung am Standort eines Notfallzentrums, das dieses Fachgebiet selbst nicht vorhält) nur für ein spezifisches Versorgungsgebiet für die Teilnahme an der Notfallversorgung ausgewiesen (Augenklinik Berlin-Marzahn, Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB) sowie Ev. Lungenklinik).

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

- das Zentrum für Schwerbrandverletzte (Unfallkrankenhaus Berlin)
- die Versorgung von herzchirurgischen Notfällen (Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB), sowie befristet Charité - Campus Mitte bis zur geplanten Integration in das DHZB)
- die Sonderisolierstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (Charité – Campus Virchow Klinikum, Bundeswehrkrankenhaus)
- das regionale Strahlenschutzzentrum (Charité – Campus Virchow Klinikum)
- das Zentrum für hyperbare Sauerstofftherapie und Tauchmedizin (Druckkammermedizin) (Vivantes Klinikum im Friedrichshain).

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

Präklinische Notfallrettung

Die Organisation der Notfallrettung obliegt in Berlin der für den Rettungsdienst zuständigen Senatsverwaltung für Inneres und Sport. Einzelheiten zum Notarztdienst werden gemeinsam mit der für Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung geregelt (§ 7 Berliner Rettungsdienstgesetz). Die Stationierungsorte der Notarzteinsatzfahrzeuge orientieren sich an einsatztaktischen Gegebenheiten und werden von der Berliner Feuerwehr festgelegt. Die Gestellung von Notärztinnen und Notärzten erfolgt in der Regel durch an der Notfallrettung mitwirkenden Kliniken. Zur Schaffung von Synergien und Reduktion von Schnittstellenproblemen sollen die arztbesetzten Rettungsmittel organisatorisch an die zentrale Notaufnahme angebunden werden. Eine Minimalvoraussetzung für die Mitwirkung an der Notfallrettung ist die Ausweisung im Krankenhausplan als Notfallkrankenhaus. Eine Übersicht über die in Berlin vorgehaltenen notarztbesetzten Rettungsmittel ist der Tabelle 10.1. – 2 zu entnehmen. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Krankenhausplanes (Frühjahr 2015) werden die Standorte des bodengebundenen Notarztsystems optimiert sowie die ärztliche Dienstleistung bei der Berliner Feuerwehr ausgeschrieben. Eine Übersicht der Stationierungsorte und die Besetzung der Notarzteinsatzfahrzeuge kann nach Abschluss des Verfahrens der Homepage der Berliner Feuerwehr entnommen werden. Eine Übersicht über genehmigte Hubschrauberlandeplätze an Berliner Kliniken ist Tabelle 10.1. – 3 zu entnehmen.

Tab. 10.1. – 2: Übersicht über die arztbesetzten Rettungsmittel im Land Berlin

Anzahl	Fahrzeug	Betriebszeiten	Durchführender
17	Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)	24 Stunden	Berliner Feuerwehr
1	Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)	24 Stunden	Bundeswehrkrankenhaus Berlin
4	Intensivtransportwagen (ITW)	<u>Mo bis Fr jeweils ein ITW von</u> • 8 bis 16 Uhr • 9 bis 17 Uhr • 10 bis 18 Uhr (<i>vorrangig für Fernfahrten</i>) • 14 bis 22 Uhr <u>Samstag ein ITW von</u> • 10 bis 18 Uhr	ASB Rettungsdienst Berlin gGmbH DRK Rettungsdienst Berlin gGmbH Johanniter Unfallhilfe e.V. Regionalverband Berlin Malteser Hilfsdienst gGmbH im Land Berlin
1	Rettungshubschrauber (RTH)	• Sonnenaufgang (i.d.R. 7 Uhr) bis Sonnenuntergang	ADAC Luftrettung gGmbH
1	Intensivtransporthubschrauber (ITH) ¹⁾	24 Stunden	HDM Luftrettung gGmbH

¹⁾ gemeinsamer Versorgungsauftrag für Berlin und Brandenburg

Tab. 10.1. – 3: Genehmigte Hubschrauberlandeplätze¹⁾ an Kliniken in Berlin

Region	Standort	Bemerkung
Mitte	Bundeswehrkrankenhaus Scharnhorststraße 13 10115 Berlin	Tag/Nacht ²⁾
	Charité – Campus Virchow Klinikum Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Tag/Nacht
Nord	Vivantes Humboldt-Klinikum Am Nordgraben 2 13509 Berlin	nur Tag, begrenzt auf 3,5 t
	HELIOS Klinikum Berlin-Buch Schwanebecker Chaussee 50 13125 Berlin	Tag/Nacht
Südwest	Charité – Campus Benjamin Franklin Klingsorstraße 107 12203 Berlin	Tag/Nacht Stationierungsort RTH ³⁾ Christoph 31
Ost	Unfallkrankenhaus Berlin Warener Straße 7 123685 Berlin	Tag/Nacht Stationierungsort ITH ³⁾ Christoph Berlin

¹⁾ gem. § 6 LuftVG genehmigt

²⁾ Sonderregelung

³⁾ ITH = Intensivtransporthubschrauber, RTH = Rettungstransporthubschrauber

Medizinische und organisatorische Anforderungen an Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren

Um eine adäquate Notfalltherapie umgehend einzuleiten zu können, sind klare Strukturvorgaben für die Organisation und die Ausstattung in einem Notfallkrankenhaus notwendig.

Nachfolgende Qualitätsanforderungen werden an alle Krankenhäuser gestellt, die an der Notfallversorgung beteiligt sind. Diese umfassen Vorgaben zur Strukturqualität, insbesondere zur Personalausstattung und -qualifikation und zur Prozessqualität. Es wird davon ausgegangen, dass Notfallkrankenhäuser diese Anforderungen gegenwärtig bzw. in einem angemessenen Zeitraum (spätestens mit Erlass des Feststellungsbescheides) erfüllen.

Grundsätzlich müssen alle Notfallkrankenhäuser in der Lage sein, alle Notfälle rund um die Uhr zu versorgen. Folgende Voraussetzungen sind hierfür notwendig:

Struktur und Konzepte

- Notfallkrankenhäuser und -zentren führen Fachabteilungen der Inneren Medizin und Chirurgie und verfügen insbesondere über eine angemessene fachärztliche Kompetenz in der Unfall- und Viszeralchirurgie¹⁸.
- Alle relevanten nicht-bettenführende Fachabteilungen müssen mit adäquater Vorhaltung rund um die Uhr verfügbar sein (Radiologie mit konventioneller Bildgebung und CT einschließlich unmittelbarer Befundung, Labordiagnostik, Anästhesiologie und Blutdepot).
- Ein Konzept zur Erst- und Weiterversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der hausindividuellen Besonderheiten ist vorzuhalten. In diesem Konzept muss u.a. dargestellt werden, wie die geriatrische Kompetenz in der Notaufnahme sichergestellt wird (siehe Abschnitt 10.2.).

¹⁸ siehe Stellungnahme der Berliner Ärztekammer vom 05. November 2013 (Anlage 6)

- Kliniken, die an der Notfallversorgung teilnehmen, müssen für die Notaufnahme einen psychiatrischen/psychosomatischen Konsiliardienst rund um die Uhr vorhalten, wenn dementsprechende Fachabteilungen nicht vorhanden sind. Dies begründet sich aus dem hohen Anteil von Patientinnen und Patienten in einer Notaufnahme mit psychiatrischer Komorbidität. Kliniken, die eine isolierte psychiatrische Notfallversorgung wahrnehmen, müssen eine somatische Grundversorgung, z. B. durch Kooperationen mit Notfallkrankenhäusern, jederzeit gewährleisten.
- Auch wenn eine explizite Bettenausweisung für die Intensivmedizin im Krankenhausplan nicht erfolgt, sind derartige Abteilungen ebenfalls Grundbedingung. Eine interdisziplinäre Ausrichtung ist anzustreben. Zur Sicherstellung der jederzeitigen Aufnahmefähigkeit und zur notwendigen Effizienz eigener Intensivstationen ist die Vorhaltung von mindestens 10 mit Beatmungsgeräten ausgestatteten Intensivbetten verpflichtend.
- Da Patientinnen und Patienten überwiegend mit Symptomen in die Notaufnahmen kommen, die im Vorfeld eine eindeutige fachliche Zuordnung nicht erlauben, muss der interdisziplinäre Ansatz der Notaufnahmen gestärkt werden. Daher muss die Notaufnahme als eigenständige strukturelle Einheit vorgehalten werden und eine bauliche Einheit darstellen, damit diese als zentrale Anlaufstelle des Krankenhauses sowohl den selbst kommenden Patientinnen und Patienten als auch dem Rettungsdienst zur Verfügung steht.
- Bereits in den Notaufnahmen sollten Verdachtsdiagnosen mit hinreichender Sicherheit gestellt werden, damit zeitkritische Therapien unmittelbar eingeleitet werden können und eine Entscheidung zur weiteren ambulanten Behandlung oder zur stationären Aufnahme mit Zuordnung zu der richtigen Fachdisziplin getroffen werden kann.
 - Hierfür muss eine adäquate Anzahl an Untersuchungsräumen und, über den obligat vorzuhaltenden Schockraum hinaus, an Überwachungsplätzen mit möglichst zentralem Monitoring in der Notaufnahme zur Verfügung stehen.
 - Darüber hinaus sollten zumindest in Notfallzentren Kurzliegerstationen räumlich und organisatorisch an die Notaufnahmen angegliedert werden, in denen eine diagnostische Abklärung und Therapie kurzfristig erfolgen kann.
- Es müssen Konzepte vorliegen,
 - welche organisatorisch und strukturell sicherstellen, dass eine Übertragung insbesondere von multiresistenten und hochinfektiösen Erregern auf andere Patientinnen und Patienten vermieden wird.
 - welche die adäquate Versorgung von Erwachsenen und Kindern, die von häuslicher und/oder sexueller Gewalt betroffen sind, sicherstellen.

Personal

- Um eine fachübergreifende und qualitativ hochwertige Notfallversorgung durch klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten im Routinebetrieb, bei außergewöhnlichen Ereignissen in der Notaufnahme zu gewährleisten, müssen Notaufnahmen eine eigene ärztliche und pflegerische Leitung haben. Ein eigener pflegerischer Personalstamm ist vorzuhalten. Die chefärztliche Besetzung sowie ein eigener ärztlicher Personalstamm ist anzustreben.
- Die personelle Ausstattung der Notaufnahmen ist so zu bemessen, dass die unmittelbare strukturierte Ersteinschätzung zu jeder Zeit gewährleistet ist und die maximalen Wartezeiten in den jeweiligen Dringlichkeitskategorien bis zum Beginn der ärztlichen Behandlung grundsätzlich nicht überschritten werden (s. „Prozessqualität“).
- In den Notaufnahmen eingesetzte Ärztinnen und Ärzte sollen die Zusatzbezeichnung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“¹⁹ erwerben. Hierbei sind angemessene Übergangszeiträume zu berücksichtigen.

¹⁹ Änderungen des 10. Nachtrags zur Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin: (http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/15_Aerztliche_Weiterbildung/10_wbo/Auszug-Amtsblatt_Berlin_10_Nachtrag.pdf)

Prozessqualität

Die starke Inanspruchnahme der Notaufnahmen führt zwangsläufig zu Wartezeiten. Entscheidend ist, dass dringend behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten (z. B. mit Schlaganfall, Herzinfarkt, Sepsis etc.) rechtzeitig identifiziert und behandelt werden. Hierzu ist als Mindestmaßnahme eine strukturierte Ersteinschätzung der Patientinnen und Patienten mit einem validierten Ersteinschätzungssystem unmittelbar bei Erstkontakt sicherzustellen. Zur Qualitätssicherung müssen die Warte- und Behandlungszeiten in den entsprechenden Dringlichkeitskategorien von den Notfallkrankenhäusern und Notfallzentren bewertet werden. Kriterien zur Qualitätssicherung in der Notfallversorgung u. a. im Zusammenhang mit einer strukturierten Ersteinschätzung werden unter Federführung der Ärztekammer Berlin ausgearbeitet.

Schnittstelle Rettungsdienst/Notaufnahmen

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

- Infrastrukturelle Voraussetzungen für eine mit Rettungsdienstfahrzeugen einfach und schnell zugängliche Notaufnahme, insbesondere Beschilderung, ausreichendes Platzangebot, Zufahrt/Entladestelle mit Wetterschutz
- Nur eine Anlaufstelle für Rettungsdienste mit kurzen Wegen in räumlicher Nähe zu weiteren notfallrelevanten Einrichtungen, insbesondere bildgebende Diagnostik, OP-Bereich und Intensivstation
- Notfallzentren halten Hubschraubersonderlandeplätze für die Luftrettung vor. Sollte dies in Ausnahmefällen aufgrund der baulichen Situation nicht möglich sein, werden zumindest für Notfalltransporte geeignete Landemöglichkeiten mit den Trägern der Luftrettung definiert und Optimierungsmöglichkeiten mit der zuständigen Luftfahrtbehörde abgesprochen.
- Adäquate technische Voraussetzungen für eine ständige und redundante Kommunikationsverbindung zur Leitstelle der Berliner Feuerwehr und ggf. weiteren Einrichtungen, insbesondere Einsatzleitungen und Krisenstäben (z. B. Rotes Telefon, Alarmfax, IT-Verbindung)
- Die Einführung standardisierter Übergabeprotokolle ist anzustreben.
- Die Notfallkrankenhäuser stellen für die Kommunikation mit der Berliner Feuerwehr und anderen notfallmedizinisch relevanten Einrichtungen (zum Beispiel Krisenstäbe, Lagezentren) eine Notfallkoordinatorin bzw. einen -koordinator rund um die Uhr als zentralen Ansprechpartner zur Verfügung, der über eine einheitliche Kommunikationsstruktur erreichbar ist.
- Die Krankenhäuser geben der Leitstelle der Berliner Feuerwehr jederzeit Auskunft über die aktuellen Behandlungskapazitäten und Einschränkungen der Notfallversorgung.
- Ein elektronischer Kapazitätsnachweis der Krankenhäuser (online Melde-, Kommunikations- und Monitoringsystem zur Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Ressourcen) soll eingeführt werden und muss bei Verfügbarkeit durch die Notfallkrankenhäuser verwendet werden.

Die beschriebenen Anforderungen gelten ebenso für Notfallzentren. Dort sind aufgrund der hohen Patientenzahlen, dem Schweregrad der Notfälle und der interdisziplinären Kooperationen höhere Anforderungen an personelle Besetzung, Stabilität organisatorischer Prozesse und Ausfallsicherheit zu stellen.

Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren führen Risikoanalysen hinsichtlich der kritischen Infrastrukturen durch und leiten daraus geeignete Vorsorgemaßnahmen ab. Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren haben auch für die Bewältigung außergewöhnlicher Schadensereignisse Sorge zu tragen. Hierzu sind Verantwortlichkeiten festzulegen (z. B. Katastrophenschutzbeauftragte, Einsatzleitung im Bedarfsfall) sowie Fachunterlagen zu erstellen und Übungen durchzuführen.

Nach einer Alarmierung durch die Feuerwehr oder einen Krisenstab muss ein Notfallkrankenhaus in der Lage sein, sofort eine erweiterte Aufnahmekapazität beim Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten bereitzustellen. Daneben ist auch eine Vorsorge für chemische (C), biologische (B) sowie radiologische (R) und nukleare (N) Gefahrenlagen (CBRN-Lagen) zu treffen. Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung berät und unterstützt die Planungen der Kliniken.

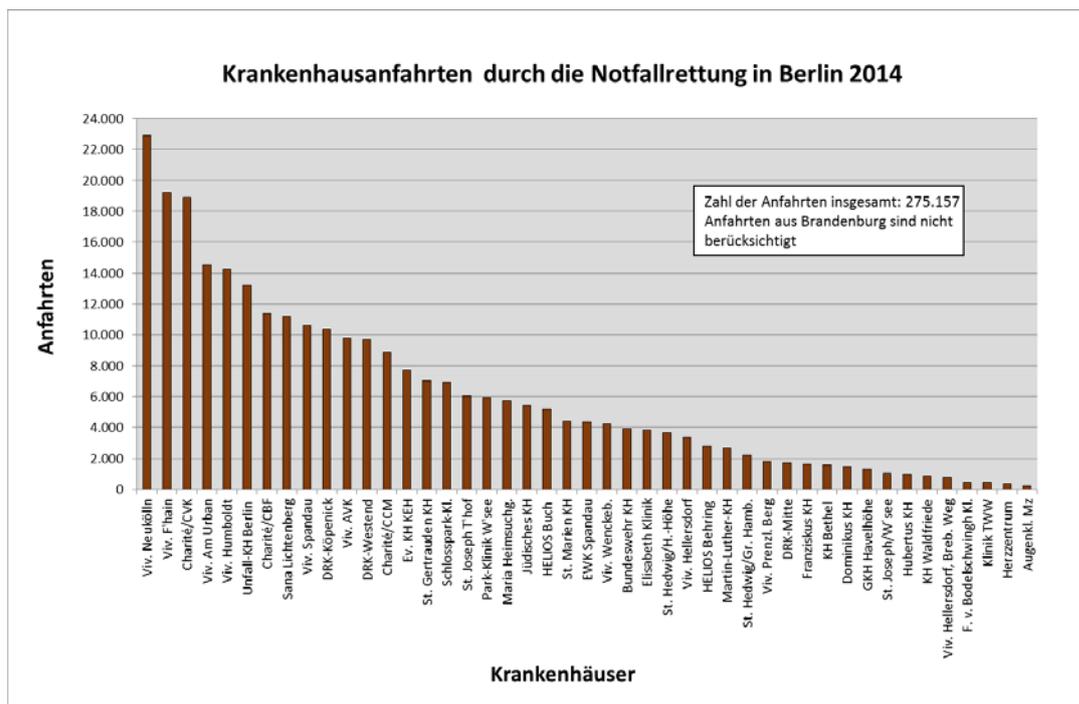
Weitere Entwicklung, Qualitätsindikatoren und Transparenzinformationen

Die Qualitätssicherung in der Notfallversorgung, an der sich alle Notfallkrankenhäuser und –zentren beteiligen sollen, wird die Berliner Ärztekammer federführend begleiten. Sie hat über ihren Vorstand den Arbeitskreis „Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin“ beauftragt, mögliche Qualitätsindikatoren für eine klinikübergreifende Qualitätssicherung in der Notfallversorgung zu ermitteln. Längerfristig wäre eine Begleitung durch die Ärztekammer Berlin analog zum Herz- oder Schlaganfallregister vorstellbar.

Die im Krankenhausplan 2016 festgelegten Qualitätsanforderungen sollen regelmäßig evaluiert werden, um zu gewährleisten, dass die Anforderungen dauerhaft erfüllt sind. Die Erkenntnisse sollen in der künftigen Krankenhausplanung berücksichtigt werden.

In Abb. 10.1. – 1 ist die Häufigkeit der angefahrenen Berliner Krankenhausstandorte durch die Berliner Feuerwehr für das Jahr 2014 angegeben. Sie vermittelt einen Überblick zum Umfang der Beteiligung der Krankenhäuser an der Notfallversorgung und bietet Anknüpfungspunkte für die zu erwartende Stufung der Notfallkrankenhäuser auf der Grundlage der G-BA-Kriterien.

Abb. 10.1. – 1:



Quelle: Berliner Feuerwehr

10.2. Geriatrie und Versorgung Demenzerkrankter

Die gestiegene Lebenserwartung und geänderte Altersstruktur führen zu einem verstärkten Zuwachs der älteren Menschen innerhalb der Gesamtpopulation Berlins. Dieser demografische Wandel hat bereits eingesetzt, wird sich in den kommenden Jahren verstärken und geht gleichzeitig einher mit sinkenden Zahlen Berufstätiger auch in den Gesundheitsberufen. Auf diese Entwicklung müssen sich auch die Krankenhäuser einstellen.

Generelles Ziel ist es, eine qualitativ gute Krankenhausversorgung für alte Menschen sicherzustellen.

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

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

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

Mit den besonderen Aufgaben zur Überwindung der Schnittstellenproblematik zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren besonders bei Hochaltrigen beschäftigt sich das von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales erarbeitete Diskussionspapier „80plus“²⁰. Auf Basis dieses Papiers sollen nun eine Rahmenstrategie entwickelt und Lösungswege aufgezeigt werden.

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

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

Haben sich bereits kognitive Beeinträchtigungen manifestiert, was bei geschätzt etwa 40 Prozent der Geriatriepatientinnen und -patienten der Fall ist, ist eine Anpassung an die Gegebenheiten im Krankenhaus nur schwer oder gar nicht mehr möglich. Aus dem Gefühl, sich nicht mehr anders helfen zu können, kommt es zu aggressivem oder die medizinische Versorgung unterminierendem Verhalten, z. B. in dem Verbände und Infusionen eigenmächtig entfernt werden. Im Krankenhausalltag wird dies meist als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet. Auch hier sind gezielte Gegenmaßnahmen möglich und notwendig.

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

1. Planungsregion ist Berlin. Bei Etablierung neuer Angebote ist auf eine regional gleichmäßige Verteilung in den sechs Versorgungsregionen zu achten.

²⁰ <http://www.berlin.de/sen/gessoz/80plus/>

2. Innerhalb jeder Planungsregion sollten – sofern es mehrere Anbieter gibt – die Angebote nach Möglichkeit gut verteilt sein.

Die vorhandenen 22 Krankenhausstandorte mit geriatrischen Abteilungen und die geplanten 27 Standorte verteilen sich gemäß nachfolgender Übersicht auf die Versorgungsregionen:

Tab. 10.2. – 1: Übersicht über die vorhandenen und geplanten Krankenhausstandorte mit geriatrischer Abteilung

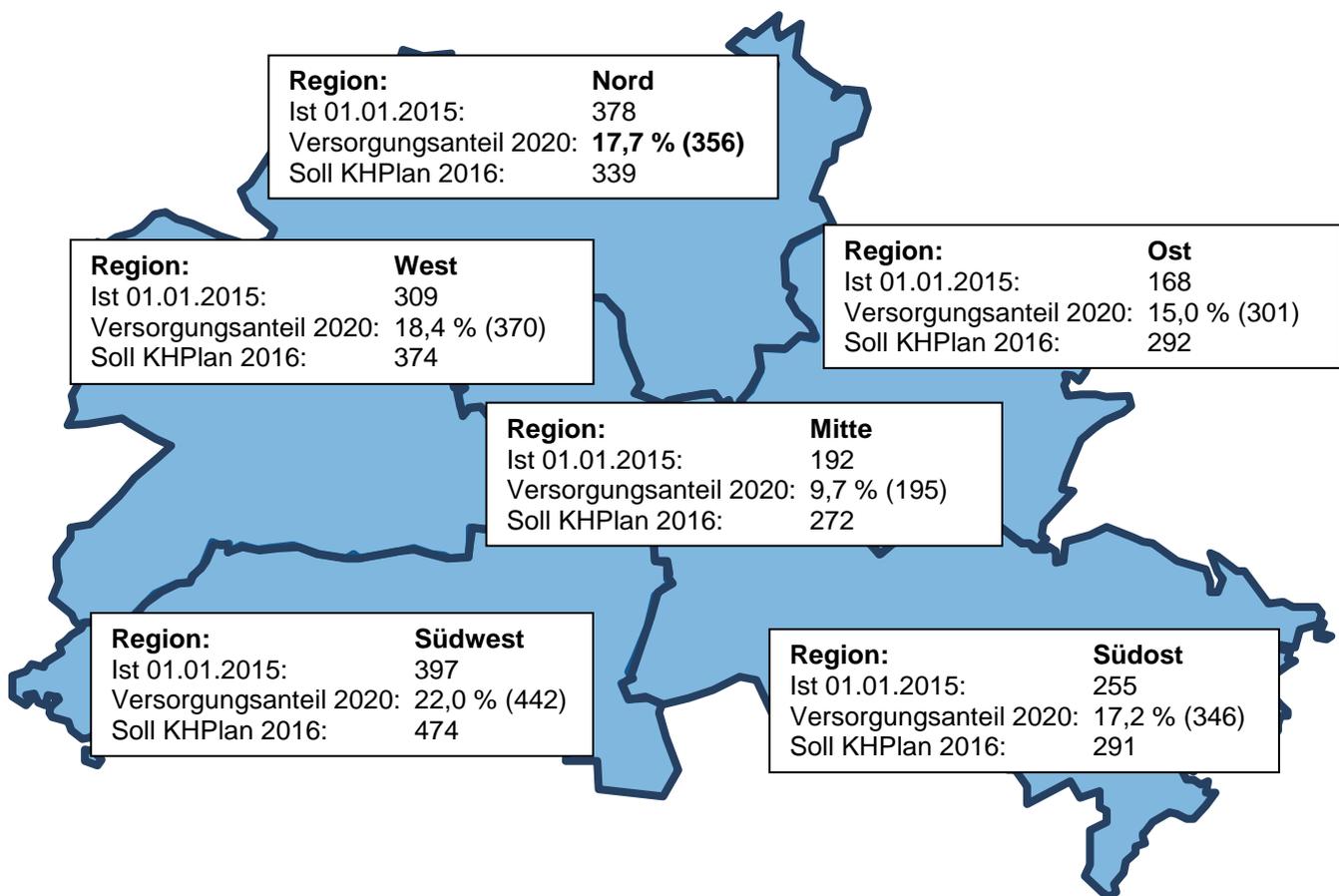
Region	Bezirk	Lfd. Nr.	Krankenhaus(-Standort)	Fach-khs.	Allgem.-Khs.	Voll-stat.	TK
Nord	Reinickendorf	1	Vivantes Humboldt-Klinikum		x	x	geplant
		2	Dominikus-Krankenhaus		x	x	x
		3	Vitanas	x		x	x
	Pankow	4	Helios Klinikum Buch		x	x	geplant
		5 a	Vivantes Klinikum Friedrichshain / Standort Klinikum Prenzlauer Berg (Verlagerung des Angebots und Schließung dieses Standorts geplant)		[x]	[x]	
Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	5 b	Vivantes Klinikum im Friedrichshain – Standort Landsberger Allee (Aufbau durch Verlagerung des Angebots vom KPB geplant)		x	geplant	geplant
	Mitte	6	Evangelisches Geriatriezentrum Berlin (EGZB)	x		x	x
		7	St. Hedwig Kliniken Berlin – Große Hamburger Str. (geplantes Angebot)		x	geplant	
Ost	Lichtenberg	8	Sana-Klinikum Lichtenberg		x	x	x
		9	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge		x	x	x
	Marzahn-Hellersdorf	10	Vivantes Klinikum Hellersdorf		x	x	geplant
		11	Deutsches Geriatriezentrum Berlin (geplantes Krankenhaus)	x		geplant	geplant
West	Spandau	12	Ev. Johannesstift – Wichernkrankenhaus	x		x	x
		13	Ev. Waldkrankenhaus Spandau		x	x	geplant
		14	Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe		x	x	
	Charlottenburg-Wilmersdorf	15	Malteser Krankenhaus		x	x	x
		16	St. Gertrauden Krankenhaus		x	x	geplant
		17	DRK Kliniken Berlin Westend (geplantes Angebot)		x	geplant	
		18	Ev. Krankenhaus Hubertus		x	x	x
Süd-West	Steglitz-Zehlendorf	19	St. Marien-Krankenhaus		x	x	
		20	Charité – CBF (geplantes Angebot)		x	geplant	
		21	Krankenhaus Bethel		x	x	x
	Tempelhof-Schöneberg	22	Vivantes Wenckeback-Klinikum		x	x	x
		23	Vivantes Auguste Viktoria Krankenhaus		x		x
		24	St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof (geplantes Angebot)		x	geplant	
Süd-Ost	Neukölln	25	Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus	x		x	x
	Treptow-Köpenick	26	St. Hedwig-Kliniken Berlin / Hedwigshöhe		x	x	x
		27	DRK Kliniken Berlin Köpenick		x	x	x

Ausgangssituation und angestrebte regionale Verteilung des prognostizierten Bettenbedarfs²¹

Zum Stichtag 01.01.2015 standen **1.699** ordnungsbehördlich genehmigte Betten/Plätze in Plankrankenhäusern zur Verfügung. Damit sind bis zu diesem Zeitpunkt die in den Krankenhausplan 2010 aufgenommenen **1.730** Betten/Plätze noch nicht in vollem Umfang errichtet. Der Bettenbedarf im Jahr 2020 wurde anhand des prognostizierten Pfl egetagevolumens in geriatrischen Abteilungen festgestellt und liegt bei **2.010** Betten/Plätzen.²²

In den Krankenhausplan 2016 wurden **2.042** Betten/Plätze aufgenommen.

Abb. 10.2. – 1: Jetzige und mit dem Krankenhausplan 2016 angestrebte regionale Verteilung der geriatrischen Kapazitäten sowie der anhand der Bevölkerungsentwicklung und -zusammensetzung prognostizierte Versorgungsanteil für die jeweilige Versorgungsregion im Jahr 2020 in Prozent bzw. Betten/Plätzen



Strukturelle Anforderungen an die geriatrische Versorgung im Krankenhaus

Geriatrie ist im Krankenhausplan 2016 als Hauptabteilung ausgewiesen, d. h. es erfolgt im Plan auch eine qualitative und quantitative Vorgabe zur Kapazität der Abteilung (abschließende Planung). Geriatrische Komplexbehandlung ist nur mit der GKV

²¹ vgl. Kapitel 9.3. sowie Anlage 3

²² vgl. Kapitel 9.4.4., Tab. 9.4.4. – 2 sowie Anlage 3

abrechenbar, wenn diese in einem Krankenhaus (bzw. an einem Krankenhausstandort) erbracht wird, in (bzw. an) dem Geriatrie Krankenhausplanerisch vorgesehen ist.

Voraussetzungen für den krankenhauplanerischen Ausweis geriatrischer Angebote sind:

- Die Abteilung für Geriatrie ist ordnungsbehördlich genehmigt/konzessioniert.
- Die Abteilung für Geriatrie ist eingebunden in ein Allgemeinkrankenhaus.
- Bestehende Fachkrankenhäuser genießen, sofern Bedarf nachgewiesen wird, Bestandsschutz.
- Bei Auswahlentscheidungen zwischen mehreren Bewerbern gilt: Neue Fachkrankenhäuser werden nur dann in den Krankenhausplan aufgenommen, wenn sie konzeptionell nachweisen, wie sie den höheren Aufwand im Vergleich zu in Allgemeinkrankenhäuser integrierten Geriatrieabteilungen ausgleichen und besser als konkurrierende Mitbewerber geeignet sind. Der höhere Aufwand von Fachkrankenhäusern macht sich z. B. bei Komplikationen deutlich, wenn externe Fachärzte hinzugezogen oder Patientinnen und Patienten für notwendige Diagnostikmaßnahmen oder Operationen in andere Krankenhäuser verlegt werden müssen. Dies beeinträchtigt nicht nur die Leistungsfähigkeit der Fachkrankenhäuser, sondern auch die Qualität der Versorgung. Damit sind Fachkrankenhäuser tendenziell schlechter geeignet bzw. haben einen höheren Aufwand zum Ausgleich dieser Qualitätsnachteile als Krankenhäuser mit integrierter geriatrischer Abteilung.
- Die individuellen Behandlungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten erfordern über die stationären Strukturen hinaus eine intensive Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen, die den ambulanten und komplementären Bereich einschließen. Krankenhäuser sollten daher die Einbindung in eine Netzwerkstruktur sichern. Auch ist entweder hausintern oder aber zwischen Fachkrankenhäusern und Krankenhäusern ohne eigene Geriatrie, aber mit Rettungsstelle durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen die geriatrische Kompetenz in den Notaufnahmen sicher zu stellen (siehe auch Abschnitt 10.1.).
- Notfallzentren und Notfallkrankenhäuser erarbeiten ein Konzept unter Berücksichtigung der hausindividuellen Besonderheiten zur Erst- und Weiterversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten. In diesem Konzept wird dargestellt:
 - wie geriatrische Kompetenz in der Notaufnahme sichergestellt
 - welches Screening zur Identifizierung geriatrischer Patientinnen und Patienten angewendet
 - welches Screening zur Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz angewendet und
 - wie ein hausinternes Casemanagement, das bereits ab Notaufnahme einsetzt, durchgeführt wird.
- Geriatrische Abteilungen erfüllen überdies folgende Anforderungen:
 - sie verfügen über eine angemessene Personalausstattung (empfohlen wird eine Ausrichtung an den Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie²³)
 - die fachärztliche Mindestbesetzung wird erfüllt (Mindestausstattung: ärztliche Leitung und Stellvertretung durch geriatrische Fachärztinnen und -ärzte, Gesamtumfang von mindestens zwei Vollkräften mit geriatrischer fachärztlicher Kompetenz)
 - die Cheförztn bzw. der Chefarzt soll über eine Weiterbildungsermächtigung verfügen
 - es erfolgt eine strukturierte hausinterne fachabteilungsübergreifende Zusammenarbeit
 - es erfolgen regelmäßige Mitarbeiterschulungen, auch in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

²³ vgl. Tab. 10.2. - 2

- ein qualifiziertes Entlass- und Beschwerdemanagement wird durchgeführt
- größere Abteilungen sollen über besonders gestaltete Bereiche verfügen, die auf Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigten abgestimmt sind; diese Bereiche können auch in interdisziplinären Stationen zusammengefasst werden
- Beteiligung an einer freiwilligen fachspezifischen externen Qualitätssicherungsmaßnahme wie z. B. Gemidas Pro sowie die Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie werden empfohlen.

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

Räumliche Vorgaben

Der geriatrischen Abteilung müssen geeignete Räumlichkeiten zur Diagnostik und Therapie zur Verfügung stehen. Die besonderen Bedürfnisse und Erkrankungsmuster geriatrischer Patientinnen und Patienten einschließlich bestehender Behinderungen und gegebenenfalls kognitiver Beeinträchtigungen müssen berücksichtigt werden. Die Ausstattung soll Orientierungshilfen anbieten.

Für den richtigen Abteilungszuschnitt gelten folgende Empfehlungen:

- Geriatrische Abteilungen sollten nicht über weniger als 20 Betten verfügen, besser sind Abteilungsgrößen von mehr als 40 Betten.
- Kliniken mit mehr als 100 geriatrischen Betten sollten eine Binnendifferenzierung vornehmen. Empfehlenswert ist es, eine spezielle Station für Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und herausforderndem Verhalten einzurichten.
- Kliniken mit mehr als 45 vollstationären Betten sollten auch ein teilstationäres Angebot vorhalten.

Empfehlungen zur personellen Ausstattung

Mit dem Krankenhausplan 2016 werden die Empfehlungen zur personellen Ausstattung des Bundesverbandes Geriatrie – ebenfalls als Empfehlung – übernommen:

Tab. 10.2. – 2: Vom Bundesverband (BV) Geriatrie empfohlener Personalschlüssel

Personalgruppe	Empfohlener Stellenschlüssel laut BV-Geriatrie in Vollstellen
Ärztl. Dienst	abhängig vom Leistungsspektrum und einrichtungsspezifischen Gegebenheiten, im Schnitt etwa 1:10 (1 Arztstelle auf 10 Betten)
Pflege	Akutbereich: 1:1,35 bis 1:1,8
	Tagesklinik: 1:5,5 bis 1:6
Therapeuten	alle Berufsgruppen müssen vertreten sein, empfohlener Schlüssel: 1:4,4
Sozialdienst	1: 40 / TK entsprechend

Aufnahmesituation

Meist führt für multimorbide Menschen der Weg ins Krankenhaus über die Notaufnahmen. Hier jedoch prallen unterschiedlichste Interessen und Bedürfnisse aufeinander: Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind in der Regel auf eine schnelle Erstversorgung und ggf. Weiterleitung der Patientinnen und Patienten an die richtige Fachabteilung im Haus ausgelegt.

Daneben haben sie die wichtige Funktion, bei Patientinnen und Patienten auch den geriatrischen Versorgungsbedarf zu erkennen und die Weiterverlegung in die passende Versorgungsstruktur zu veranlassen. Viele Patientinnen und Patienten, für die eine geriatrispezifische Behandlung angezeigt wäre, werden bisher nicht in ausreichendem

Maß als solche erkannt. Die Aufnahmesituation zur stationären Krankenhausbehandlung stellt damit eine entscheidende Weichenstellung dar.

Der Sozialdienst eines Hauses sollte unmittelbar eingebunden werden, wenn das Screening in der Notaufnahme auf einen geriatrischen Patienten hinweist. Dieser sollte nach Möglichkeit auch dann vom Sozialdienst betreut werden, wenn eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus nicht erforderlich ist.

Zur gestuften Identifikation sollte zunächst ein möglichst einfaches Screeningverfahren eingesetzt werden, das schon das Pflegepersonal bei der Aufnahme durchführen kann. Ein solches Screening sollte bei jeder Krankenhausaufnahme von Patientinnen und Patienten ab dem 75. Lebensjahr zur Verfügung stehen und sowohl das geriatrische Behandlungspotenzial als auch kognitive Beeinträchtigungen erfassen. Im Falle von Einweisungen wäre es sinnvoll, dass ein solches Screening bereits durch die niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte erfolgt.

Patientinnen und Patienten, die im Screening geriatrischen Versorgungsbedarf erkennen lassen, werden durch ein geeignetes Assessment intensiver untersucht, um festzustellen, in welchem Ausmaß sie von einer geriatrischen Behandlung profitieren können. Dadurch werden bei der Krankenhausbehandlung die individuell relevanten geriatrischen Aspekte schon in der Frühphase der Behandlung erkannt.

Für das Assessment ist geriatrischer Sachverstand erforderlich. Es kann durch eine geriatrisch weitergebildete und geschulte Pflegekraft erfolgen.

Abhängig vom Ergebnis des Assessments ist eine geriatrische Versorgung in individuell unterschiedlicher Intensität erforderlich. Bei der Behandlung geriatrischer Patienten in einer anderen Fachabteilung ist bis zur Verlegung in eine geriatrische Abteilung eine Unterstützung durch einen ärztlichen Konsiliardienst (mindestens Ärztin oder Arzt mit wenigstens zwei Jahren Berufserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung) hilfreich.

Modelle besonderer fächerübergreifender Zusammenarbeit führen zu einer besseren Qualität in der Behandlung. Hierbei bieten sich z.B. folgende Fächerkombinationen an:

- Geriatrie – Neurologie (z.B. Schlaganfallbehandlung)
- Geriatrie – Chirurgie (z.B. Alterstraumatologie)
- Geriatrie – Gefäßzentrum (z.B. Gefäßkrankheiten bei multimorbiden Patientinnen und Patienten)
- Geriatrie – Kardiologie (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen).

Versorgung kognitiv Beeinträchtigter und Demenzerkrankter

Der überwiegende Anteil von Patientinnen und Patienten mit dementiellen Erkrankungen wird aufgrund eines akuten Gesundheitsproblems, das nicht die kognitiven Einschränkungen betrifft, in das Krankenhaus aufgenommen. Ein Krankenhausaufenthalt ist gerade für diesen Personenkreis mit erheblichen Belastungen verbunden. Aber auch Personal und Mitpatienten können durch herausforderndes Verhaltens kognitiv beeinträchtigter Patientinnen und Patienten erheblich belastet werden.

Mit dem Krankenhausplan 2016 gilt daher die Empfehlung, dass jedes Berliner Plankrankenhaus über ein Konzept zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen verfügen sollte.

Mindestbestandteile dieses Konzepts sollen krankenhausinterne Leitlinien, Behandlungspfade/-abläufe sowie hausindividuelle strukturelle und baulich gestaltende Maßnahmen sein, die im Folgenden nur stichwortartig aufgelistet sind:

- Notaufnahmeverversorgung (Screening, Abläufe, räumliche Separierung, Einbindung Vertrauter, Patientenüberleitungsbögen)
- Abläufe ab Krankenhausaufnahme (Aufnahmemanagement, Belegungsmanagement, Unterbringung auf einer besonderen interdisziplinären Station (soweit vorhanden),

Rooming-In enger Vertrauter, Verzicht auf weitere krankenhauserne Verlegung, Einbindung Ehrenamtlicher und Patientenbegleitetams)

- Planung und Flexibilisierung der Behandlungsabläufe:
 - Verpflichtender Vermerk über das Vorliegen einer kognitiven Einschränkung bzw. eines bestehenden Risikos in der Patientenakte.
 - Individuelle Planung aller diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, insbesondere Überprüfung der üblichen Diagnostik auf Therapierelevanz.
 - Individuelle Anpassung der Planung von Behandlungen an die tatsächlichen Bedarfe der Patienten (z.B. Verhinderung von Wartezeiten, Umgang bei prä- und postoperativer Versorgung).
 - Ausbau der Frühmobilisation.
 - Anwendung von Pflegekonzepten, die die Erhaltung kognitiver, alltagspraktischer und sozialer Kompetenzen fördern und neuropsychiatrische Symptome reduzieren, so dass eine weitest gehende Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen ermöglicht wird.
- Auflistung der hausspezifischen strukturellen Maßnahmen wie z.B. Angehörigen-Sprechstunden, Konsiliar- und Liaisondienste, Koordinationsstellen, spezielle Stationen oder demenzsensible Milieugestaltung
- Besonderheiten des Entlassmanagements bei kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten (z.B. intensive Einbindung von Angehörigen, Vertrauten und betreuenden Personen, Nutzung von Patientenüberleitungsbögen); Darstellung der zielgruppenrelevanten Kooperationspartner und der Netzwerkeinbindung.

Ziel ist es, die Sensibilität und Aufmerksamkeit in Krankenhäusern für dieses Thema zu schärfen bzw. zu erhöhen, bis der Umgang mit Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen auf qualitativ hochwertigem Niveau Normalität geworden ist.

Die Bündelung kognitiv beeinträchtigter Patienten auf einer interdisziplinären Station sowie die bauliche Abhebung dieser Station durch demenzsensible Milieugestaltung sind wichtige Hilfsmittel. Auf einer solchen Station sollte dabei speziell geschultes Personal – zusammengesetzt aus einem multiprofessionellen Team – tätig sein. Besonderheit der Station ist, dass tagesstrukturierende Maßnahmen, Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote eingerichtet sind, und insbesondere auch die Bezugspersonen, Hausärztinnen und -ärzte und ggf. Pflegeheime regelmäßig eingebunden werden.

Geriatrische Institutsambulanzen

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Krankenhausplanes 2016 stehen die Rahmenbedingungen für die Einrichtung und Arbeit Geriatrischer Institutsambulanzen gem. § 118 a SGB V noch nicht fest. Aus Sicht des Landes Berlin können diese Geriatrischen Institutsambulanzen ein wichtiges Bindeglied der sektorübergreifend vernetzten Versorgung darstellen. Eine umgehende Einigung der Selbstverwaltungspartner wird daher sehr begrüßt.

Casemanagement, Entlassmanagement und Netzwerkeinbindung

Krankenhausaufenthalte stellen für alte Menschen und ihre Angehörigen einschneidende Ereignisse dar. Mitunter sind die Ergebnisse geriatrischer Krankenhausbehandlung beeindruckend und bedeuten einen erheblichen Gewinn an Selbstständigkeit und Lebensqualität für die Patienten. Allzu häufig gelingt dies jedoch nicht und der Krankenhausaufenthalt läutet einen Wechsel der Lebensumstände, z. B. die Unterbringung in einem Pflegeheim oder einer betreuten Wohnform ein. Auch wenn Patientinnen oder Patienten wieder nach Hause entlassen werden können, sind evtl. kleine bauliche Veränderungen notwendig, müssen Hilfsdienste organisiert und die hausärztliche Anschlussversorgung gewährleistet werden. Auch die Versorgung mit Medikamenten, Sanitätsprodukten und Hilfsmitteln (z.B. Krankenbett, Rollator, Rollstuhl, Krückstock,

Notrufanlagen) muss organisiert werden. Das Entlassmanagement sollte sinnvollerweise Bestandteil eines von der Aufnahme beginnenden Casemanagements sein, das die Behandlung während des stationären Aufenthalts steuert, die Entlassung frühzeitig vorbereitet und erforderlichenfalls Vorkehrungen für die ambulante Weiterbehandlung trifft.

Die Einbindung von Bezugspersonen und Angehörigen ist selbstverständlich, nur dürfen diese auch nicht überfordert werden. Eine frühzeitige Information über den Entlasszeitpunkt und den voraussichtlichen Hilfsbedarf ist daher unverzichtbar. Auf die besonderen Bedürfnisse, die Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen haben, ist hierbei zu achten.

Eine gute Netzwerkeinbindung ist dabei entscheidend für ein gut funktionierendes Entlassmanagement.

Für Krankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen ist gutes Entlassmanagement ein Qualitätsmerkmal.

10.3. Herzmedizin

10.3.1. Kardiologie

Die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist eine Schwerpunktaufgabe der Inneren Medizin, insbesondere der internistischen Subdisziplin Kardiologie. Der Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin weist an 46 Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten Hauptabteilungen für Innere Medizin aus. Die Ausweisung der Hauptdisziplin Innere Medizin für ein Krankenhaus umfasst grundsätzlich auch die Kardiologie.

Bei Verdacht auf einen akuten Herzinfarkt ist ein schneller Transport in ein geeignetes Krankenhaus, die sofortige Diagnosesicherung und im Falle der Verdachtsbestätigung die sofortige Einleitung der Behandlung, ggf. mit Hilfe eines Linksherzkatheters, oft entscheidend für den Therapieerfolg. Die sogenannte percutane Intervention (PCI) mittels Herzkatheter muss bei Herzinfarkt in Berlin rund um die Uhr und am Wochenende möglich sein.

Bei der notfallmedizinischen Behandlung des akuten Herzinfarkts sind nicht alle Krankenhäuser mit einer Abteilung für Innere Medizin geeignet, diese Versorgungsaufgabe vollumfänglich wahrzunehmen. Dies ist auch nicht notwendig. In Berlin gibt es ausreichend viele Krankenhäuser, die innerhalb der Fachabteilung für Innere Medizin eine ordnungsbehördlich genehmigte Abteilung der Subdisziplin Kardiologie besitzen und am Standort ein Linksherzkatherlabor angeschlossen haben. Diese Krankenhäuser sind potentiell geeignet, an der kardiologischen Notfallversorgung teilzunehmen.

Darauf aufsetzend wurden wegen der großen krankenhauplanerischen Bedeutung der Sicherstellung einer adäquaten Notfallbehandlung mit dem Krankenhausplan 2010 kardiologische Abteilungen innerhalb des Fachgebietes Innere Medizin dann ausgewiesen, wenn sie folgende Auswahlkriterien erfüllen:

- Notfallkrankenhaus nach Krankenhausplan
- ordnungsbehördlich genehmigte Abteilung für Kardiologie
- Linksherzkathetermessplatz
- ausreichende personelle Besetzung für die kardiologische Notfallversorgung (7 Tage die Woche/24 Stunden am Tag)
- erkennbare Beteiligung an der Notfallversorgung.

Daran wird der Krankenhausplan 2016 festhalten.

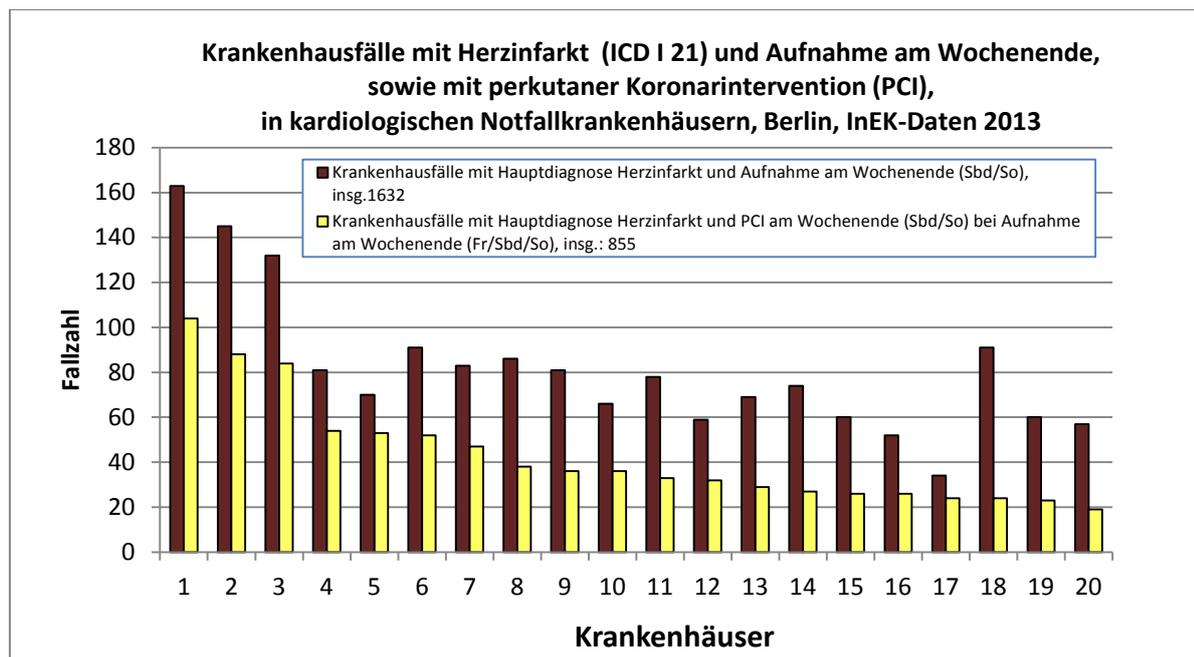
Als ausreichende personelle Besetzung wird unverändert auf der Grundlage des Kardiologiekonzeptes im Krankenhausplan 2006 folgende Personalausstattung angesehen:

- Chefin bzw. -arzt: Internistin oder Internist mit Schwerpunkt Kardiologie, Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt Kardiologie
- Oberärztl. Besetzung: Internistinnen und Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie
- mindestens vier PCI-erfahrene Kardiologinnen oder Kardiologen des Krankenhauses²⁴ (mit mindestens 75 PCI/Jahr/Ärztin oder Arzt)
- 24-Stunden-Bereitschaftsdienst für kardiologische Notfälle.

Als Indikator für eine erkennbare Beteiligung an der kardiologischen Notfallversorgung wurde bereits mit dem Krankenhausplan 2010 die Zahl der PCI-Behandlungen bei akutem Herzinfarkt außerhalb der normalen Arbeitszeit, d. h. an den Wochenenden, festgelegt. Dabei wurde für eine nicht nur sporadische Beteiligung eine Mindestzahl von 25 Fällen am Wochenende pro Jahr angesetzt und die Fallzahl am Wochenende/Jahr in einem Fallzahldiagramm nach Krankenhäusern dargestellt, das jährlich aktualisiert wird (Anlage 4). Seit 2009 sind danach 20 Krankenhäuser in Berlin an der kardiologischen Notfallbehandlung beteiligt (inkl. DHZB). Sie erfüllen die oben genannten Kriterien und erreichen in der Regel auch die pro Jahr geforderte PCI-Fallzahl am Wochenende bzw. verfehlen sie nur knapp.

Mit den Daten des Jahres 2014 soll das Diagramm modifiziert werden. Die erste Säule stellt die Aufnahmen am Wochenende (Sonnabend/Sonntag) mit Hauptdiagnose Herzinfarkt dar. Die zweite Säule zeigt die PCI am Wochenende mit unmittelbar zeitlichem Zusammenhang zum Notfall, d. h. mit dazugehöriger Aufnahme des Patienten am gleichen Wochenende (Freitag bis Sonntag). Abb. 10.3.1. – 1 zeigt die geplanten Veränderungen auf der Datengrundlage von 2013.

Abb. 10.3.1. – 1:



Insgesamt hat die Zahl der Notfallinterventionen am Wochenende in Berlin seit 2009 leicht zugenommen. Im Jahr 2013 erfolgten in diesen 20 Krankenhäusern 89 Prozent (1.632) der Aufnahmen am Wochenende mit Diagnose Herzinfarkt und 86 Prozent (7.330) aller stationären Behandlungen mit Hauptdiagnose Herzinfarkt. Diese Entwicklung wird positiv bewertet und kann als Verbesserung der kardiologischen Notfallversorgung interpretiert werden. Die Ausweisung von Abteilungen der Subdisziplin Kardiologie erfolgt auch im

²⁴ gegebenenfalls unter Einbeziehung von Belegärztinnen oder -ärzten

Krankenhausplan 2016 nicht abschließend. Bei Erfüllung der oben genannten Kriterien kann bei weiteren Krankenhäusern innerhalb der Inneren Medizin eine Abteilung dieser Subdisziplin krankenhauserplanerisch ausgewiesen werden. Unabhängig davon ist bei Eignung (z. B. ordnungsbehördlich genehmigte, durch einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie geleitete Abteilung für Kardiologie, personelle und medizintechnische Ausstattung) und bestehendem Bedarf eine Vereinbarung von elektiven invasiven kardiologischen Leistungen mit den Krankenkassen möglich.

Vor allem in den letzten ein zwei Jahren wurden weitere kardiologische Abteilungen neu aufgebaut, die bislang nicht die Kriterien für den Ausweis im Krankenhausplan erfüllen. Es ist zu befürchten, dass die erreichte Konzentration der kardiologischen Versorgung auf leistungsfähige Abteilungen mit maßgeblicher Notfallbeteiligung dadurch gefährdet wird.

Das Aufgabenspektrum von kardiologischen und allgemeininternistischen Abteilungen besitzt zahlreiche Schnittmengen. Die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehört teilweise auch zu den Versorgungsaufgaben allgemeininternistischer Abteilungen.

10.3.2. Herzchirurgie

Therapeutische Leistungen der Herzchirurgie werden heute teilweise mit Hilfe schonender minimalinvasiver Methoden in der Inneren Medizin von Kardiologinnen und Kardiologen erbracht. Ältere Patientinnen und Patienten mit zusätzlichen Begleiterkrankungen profitieren oft besonders von der Möglichkeit, zwischen verschiedenen alternativen Behandlungsverfahren abwägen zu können. Deshalb gewinnt die interdisziplinäre Zusammenarbeit beider Fachdisziplinen weiter an Bedeutung. Durch geeignete Strukturen sollte ein enges Zusammenwirken der an der herzmedizinischen Versorgung beteiligten Fachgebiete gewährleistet und unterstützt werden.

Einen uneingeschränkten herzmedizinischen Versorgungsauftrag haben Krankenhäuser, die sowohl mit einer herzchirurgischen als auch kardiologischen Abteilung in den Krankenhausplan aufgenommen sind. Dabei ist wegen der vielfältigen innovativen Entwicklungen in der Herzchirurgie im Interesse von Qualität und Wirtschaftlichkeit notwendig, diesen uneingeschränkten herzmedizinischen Versorgungsauftrag auf wenige hochleistungsfähige Einrichtungen zu begrenzen.

Im Land Berlin sind es bisher das DHZB und die Charité, die einen solchen uneingeschränkten Versorgungsauftrag besitzen. Beide Einrichtungen werden in enger räumlicher Nachbarschaft betrieben. Sie werden nun ihre Zusammenarbeit weiter intensivieren und das „Universitäre Herzzentrum Berlin – Kooperation der Charité und des Deutschen Herzzentrums Berlin“ aufbauen. Das Konzept sieht vor, dass sich die Charité künftig auf das kardiologische Leistungsprofil konzentriert und keine Betten mehr in der Herzchirurgie unterhält. Im Gegenzug will das DHZB künftig auf eine bettenführende Abteilung Kardiologie verzichten und die herzchirurgische Versorgung Berlins sichern.

Der Krankenhausplan 2016 wird das neue Kooperationsmodell aufgreifen. Herzchirurgische Betten werden künftig nur noch am DHZB ausgewiesen, wobei die Herzchirurgie unverändert entsprechend der Weiterbildungsordnung als Subdisziplin der Chirurgie erscheint. Um diese Feststellung eindeutig und abschließend vorzunehmen, erfolgt im Krankenhausplan 2016 für die Herzchirurgie eine Bedarfsermittlung und eine Ausweisung mit Bettenzahl. Die Herzchirurgie ist damit die **einzige Subdisziplin, für die eine abschließende Planung mit quantitativem Kapazitätsausweis** erfolgt. Planerisch wird sie somit wie eine Hauptdisziplin behandelt. Dennoch wird davon Abstand genommen, sie in der Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans – abweichend von der Weiterbildungsordnung – als Hauptdisziplin einzuordnen (wie die Geriatrie). Damit wird zum einen eine Gleichrangigkeit mit der Kardiologie gewährleistet, zum anderen bleibt die gemäß Weiterbildungsordnung erst vor einigen Jahren erfolgte Einordnung der Herzchirurgie in das Gebiet der Chirurgie unberührt.

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

Für das Land Berlin wurde ein Bedarf von rd. 165 herzchirurgischen Betten bis zum Jahr 2020 festgestellt (siehe Abschnitt 9.4.4.). Dieser wird mit den Kapazitäten des DHZB gedeckt.

10.4. Neurologie

Das Gebiet der Neurologie hat sich aus der Inneren Medizin entwickelt und umfasst als eigenständiges Fachgebiet die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur (Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin, Fassung von 2014). Zu den häufigsten neurologischen Krankheitsbildern zählen neben dem Schlaganfall Epilepsie, Polyneuropathien, multiple Sklerose u. a. entzündliche ZNS-Erkrankungen, Schwindel- und Kopfschmerzsyndrome sowie Bewegungsstörungen.

Die verbesserten Möglichkeiten einer Behandlung neurologischer Krankheitsbilder, aber auch der demografische Wandel führen u.a. zu einer Erhöhung der Fallzahlen in der Neurologie (siehe Tabelle: 9.1.-2). Weitere Verkürzungen der Verweildauern sind bei Zunahme von älteren und multimorbiden Patienten in diesem Fachgebiet nicht zu erwarten und werden somit den Bettenmehrbedarf nicht kompensieren können. Der Krankenhausplan sieht eine Erhöhung um ca. 200 Betten in der Neurologie vor. Aufgrund der strukturräumlich guten Verteilung der neurologischen Kliniken in Berlin wird ein weiterer Bettenzuwachs prinzipiell an den bestehenden Einrichtungen angestrebt. Zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung werden über den Krankenhausplan 2010 hinaus gehend Krankenhäuser mit Stroke Units sowie Krankenhäuser mit Einheiten der neurologischen Frührehabilitation ausgewiesen. Diese Ausweisungen werden mit Qualitätsanforderungen verbunden, die im Folgenden aufgeführt sind.

10.4.1. Schlaganfallversorgung

In Berlin erleiden ca. 13.000 Menschen pro Jahr einen Schlaganfall. Ursachen sind zu etwa 85 Prozent Hirninfarkte und transitorische ischämische Attacken (TIA), zu 10 bis 12 Prozent Hirnblutungen und zu 3 bis 5 Prozent subarachnoidale Blutungen. Die Fallzahlen stiegen von 2007 bis 2013 um etwa 10 Prozent (InEK Daten, siehe Abb. 8. – 2), was einerseits auf eine bessere Erkennung von Schlaganfällen und eine höhere Krankenhausaufnahmekquote, aber auch auf die zunehmende Erkrankungshäufigkeit zurückzuführen ist. Die Schlaganfallerkrankung stellt die dritthäufigste Todesursache sowie die häufigste Ursache für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter in Deutschland dar. Aufgrund der Bedeutung des Schlaganfalles und der Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen, sektorenübergreifenden Versorgung von der Präklinik über die Notaufnahme, die Stroke Unit bis zur Rehabilitation wurde der Schlaganfall als Modellerkrankung für die Verbesserung des Schnittstellenmanagements im Landesgremium nach § 90a SGB V thematisiert. Hierzu wurde im Juni 2015 ein Teilbericht „Bericht der AG Patientenpfade – Schnittstellenmanagement am Beispiel

Schlaganfallversorgung zur Akutversorgung²⁵ veröffentlicht. Wesentliche Ergebnisse fließen bereits in den Krankenhausplan 2016 ein²⁶.

Ein entscheidendes Kriterium zur Verbesserung des medizinischen Behandlungserfolges beim Schlaganfall ist die Zeitspanne von Symptom- bis Therapiebeginn zu minimieren, die unter 90 Minuten liegen sollte. Hierzu sind eine gute Kooperation und organisatorische Absprache zwischen dem Rettungsdienst (v.a. Berliner Feuerwehr) und den Notaufnahmen der geeigneten Krankenhäuser notwendig. Ein früher Therapiebeginn beim Hirninfarkt ist insbesondere im Zusammenhang mit einer Thrombolysebehandlung und anderen rekanalisierenden Maßnahmen (Katheterintervention) entscheidend für den Therapieerfolg. Nach derzeitigem Stand des medizinischen Wissens sind nur Patienten mit einem Zeitintervall von weniger als 6 Stunden (nur in Einzelfällen auch länger) seit Symptombeginn für diese sehr effektiven Therapieformen geeignet.

Um die Zeit bis zum Behandlungsbeginn zu minimieren, bedarf es – neben der Aufklärung der Bevölkerung über Symptome und Alarmierungsmöglichkeiten – einer optimalen Abstimmung in der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung. Darüber hinaus ist wissenschaftlich erwiesen, dass durch die Behandlung der Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall in Krankenhäusern, die spezialisierte interdisziplinäre Behandlungseinheiten (sogenannte „Stroke Units“) aufweisen, die Sterblichkeit und der Schweregrad von Behinderung erheblich vermindert werden können. Stroke Units sind interdisziplinäre Behandlungseinheiten, die die apparativen und personellen Voraussetzungen sowie die Laborausstattung für die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen rund um die Uhr gewährleisten. In Berlin verfügen derzeit 16 Krankenhäuser über eine regionale oder überregionale **Stroke Unit** mit insgesamt ca. 110 Betten (siehe Abb. 10.4.1. – 1). Im Jahr 2013 wurden bereits ca. 91 Prozent der Schlaganfälle in Berlin in Krankenhäusern mit einer Stroke Unit behandelt.

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

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

Notfallkrankenhäuser, die die oben aufgeführten Kriterien erfüllen, werden im Krankenhausplan 2016 als an der Schlaganfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser qualitativ ausgewiesen. Krankenhäuser, die eine Zertifizierung beabsichtigen oder sich im Zertifizierungsverfahren befinden, werden im Feststellungsbescheid erst bei Nachweis der Zertifizierung als geeignet ausgewiesen.

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

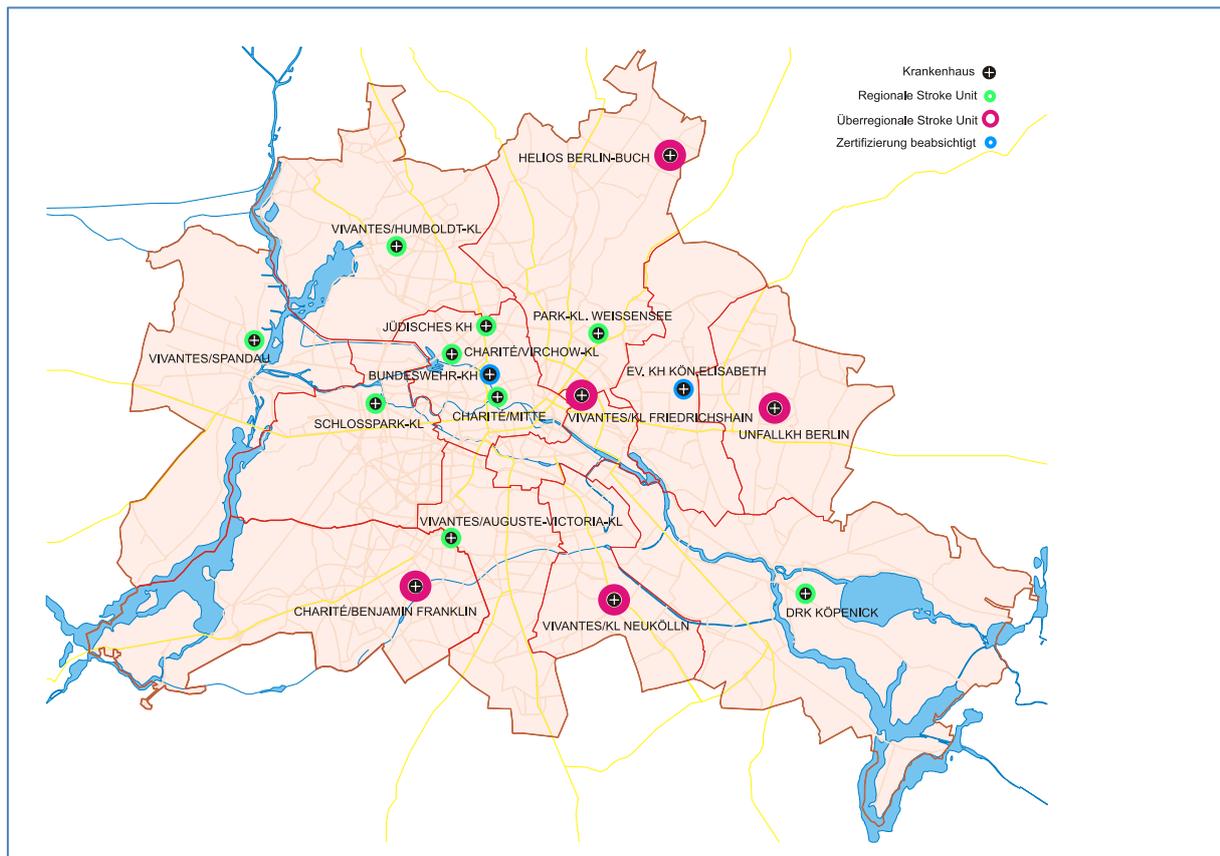
²⁵ <http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/ambulante-versorgung/landesgremium/>

²⁶ Im Bericht aufgeführte Verbesserungsmaßnahmen wurden mit allen Beteiligten abgestimmt und einvernehmlich beschlossen, diese Maßnahmen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich umzusetzen.

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

- Standardisierte Vorankündigung aller dringlich behandlungsbedürftigen Schlaganfallpatientinnen und -patienten im Thrombolyse-Zeitfenster mit Übermittlung behandlungsrelevanter Daten durch die Berliner Feuerwehr an eine zentrale Anlaufstelle (Notfallkoordination) in den Notfallkrankenhäusern, um die intrahospitalen Abläufe zu verbessern
- Strukturierte Übergabe von Schlaganfallpatientinnen und -patienten durch den Rettungsdienst an geschultes Personal in den Notaufnahmen
- Um eine rasche Identifizierung und frühen Behandlungsbeginn aller Schlaganfallpatientinnen und -patienten einschließlich derer, die sich selbstständig vorstellen, zu gewährleisten, muss eine sofortige strukturierte Ersteinschätzung aller Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme erfolgen (siehe Abschnitt 10.1.).
- Um reibungslose Übergänge zur Rehabilitation/Nachsorge bzw. ambulante Weiterversorgung zu gewährleisten, muss der Sozialdienst bereits frühzeitig Kontakt zur Patientin bzw. zum Patienten und ggf. zu den Angehörigen aufnehmen und diese in die Entlassungs- bzw. Verlegungsplanung einbeziehen. Um dies zu gewährleisten, muss der Sozialdienst in den Krankenhäusern personell ausreichend besetzt sein.

Abb. 10.4.1. – 1: Notfallkrankenhäuser mit Stroke Units in Berlin



10.4.2. Neurologische Frührehabilitation

Patientinnen und Patienten in der neurologischen Frührehabilitation sind in der Regel aufgrund von komplexen, meist kombinierten Funktionsstörungen schwer beeinträchtigt und bedürfen einer langfristig angelegten intensivmedizinischen Behandlung und

umfangreicher Rehabilitations- und pflegerischer Maßnahmen. Die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen sollte abhängig vom Krankheitsverlauf frühzeitig und parallel zu den kurativen Maßnahmen erfolgen, um Rehabilitationschancen zu verbessern und den Rehabilitationsprozess nicht zu verzögern. Aus diesem Grunde ist es für die Patientinnen und Patienten wichtig, die entsprechende Rehabilitationsstufe zu dem frühestmöglichen Zeitpunkt zu beginnen.

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

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

Nach den Berliner InEK-Daten von 2013 haben über 60 Prozent der Patientinnen und Patienten, die eine neurologische Frührehabilitation nach Phase B im Krankenhaus erhalten, einen Schlaganfall erlitten. In der Gruppe der Patienten, die 75 Jahre und älter sind, beträgt dieser Anteil sogar 70 Prozent und mehr. Weitere häufige Krankheitsbilder in der neurologischen Frührehabilitation sind u.a. Schädel-Hirn-Trauma, hypoxische Hirnschädigung, Hirntumore und entzündliche Gehirnerkrankungen.

Insgesamt erhalten Berliner Patientinnen und Patienten eher selten eine Behandlung in stationären Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V im Land Berlin. Diese erfolgt meistens in Rehabilitationskliniken außerhalb Berlins, häufig im Land Brandenburg. Im Falle der neurologischen Rehabilitation bedeutet dies, dass viele Berliner Patienten nach der Behandlung in Phase A, teilweise auch Phase B, in Berliner Krankenhäusern zur Weiterbehandlung in das Land Brandenburg oder noch weiter entfernt verlegt wurden. Während Berlin die neurologische Frührehabilitation seit 2010 im Krankenhausplan nicht mehr ausgewiesen hat, weist das Land Brandenburg bereits seit 2007 Krankenhausplanbetten für die neurologische Frührehabilitation Phase B in Rehabilitationskliniken aus. Dies führte in Brandenburg in den letzten Jahren zu einem raschen Aufwuchs der Planbetten, und während in Brandenburg die Behandlungszahlen in der neurologischen Frührehabilitation stark stiegen, waren diese in Berlin rückläufig. Während 2007 noch fünf Berliner Krankenhäuser an der Behandlung maßgeblich beteiligt waren,

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

entfielen 2013 über 60 Prozent der Behandlungen auf das Vivantes-Klinikum Spandau, und in den anderen Kliniken waren nur noch einzelne Behandlungen nachweisbar.

Bereits 2013 war die Bettenauslastung in Brandenburger Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen im Bundesvergleich sehr hoch (91,7 Prozent gegenüber dem Bundesdurchschnitt von 81 Prozent). Es ist zu erwarten, dass es durch den demografischen Wandel und den Fortschritt in der Intensivmedizin zu einem weiter steigenden Bedarf an Behandlungsmöglichkeiten in der neurologischen Frührehabilitation kommen wird. Aufgrund der älter werdenden Bevölkerung, was auch die Angehörigen einschließt, wird die Notwendigkeit zur Aufrechterhaltung und Erweiterung von wohnortnahen Angeboten zur neurologischen Frührehabilitation gesehen. Gleichzeitig besteht ein Bedarf für Rehabilitationsangebote mit einer umfassenden Akutversorgung vor Ort für ausgewählte Patientinnen und Patienten, da in der Literatur von einer Rückverlegung von jeder oder jedem zehnten Patientin/en in eine Akutklinik berichtet wird.

Ziel des Berliner Krankenhausplans 2016 ist es, ergänzend zu bereits bestehenden Angeboten im Land Brandenburg für Berliner Patientinnen und Patienten wohnortnahe Angebote an Berliner Krankenhausstandorten zu schaffen, die eine nahtlose Versorgungskette zwischen Akutbehandlung und neurologischer (Früh-)Rehabilitation gewährleisten. Wesentlich ist hierbei, dass die Kontinuität der Versorgung durch die Rehabilitationsphasen mit höchstens einer Verlegung einhergehen sollte, um „Brüche“ in der stationären rehabilitativen Versorgungskette zu vermeiden. Die neurologische Frührehabilitation in Berlin kommt insbesondere für solche Patientinnen und Patienten in Frage, deren medizinische Stabilität und wesentliche Begleiterkrankungen eine enge Anbindung an die Akutversorgung geboten erscheinen lässt, bei denen eine enge Angehörigenbetreuung unverzichtbar erscheint und bei denen der Patient selbst bzw. die Angehörigen eine wohnortnahe Versorgung wünschen. Durch die Vielfalt der Angebote wird die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten bzw. der Angehörigen verbessert, und die sozialen Gesichtspunkte bei der Versorgung schwerkranker Menschen, die für den Rehabilitationserfolg von erheblicher Bedeutung sein können, können angemessen berücksichtigt werden.

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

Qualitätssichernde Anforderungen an Einheiten für neurologische Frührehabilitation

Aufgrund der besonderen Anforderungen an das Versorgungsgebiet der neurologischen Frührehabilitation muss sichergestellt sein, dass die Versorgung durch entsprechend leistungsfähige Einrichtungen erbracht wird. Aus diesem Grund werden im aktuellen Krankenhausplan Qualitätsanforderungen im Sinne von Mindestanforderungen an Struktur und Prozesse zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der neurologischen Frührehabilitation gestellt. Die Krankenhäuser, die sich an diesem Versorgungsauftrag beteiligen wollen, müssen in einem Versorgungskonzept ihre Leistungsfähigkeit und Kompetenz in der neurologischen Frührehabilitation darlegen und Wege aufzeigen, wie die Anforderungen umgesetzt werden sollen. Dies wird zu einer Konzentration der Angebote und zu einer qualitativ hohen Versorgung in Berlin beitragen. Grundlage zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit ist die Erfüllung der im nachfolgenden aufgeführten Mindestanforderungen, bei positivem Nachweis erfolgt eine quantitative Ausweisung der Einheit innerhalb der Neurologie (Fußnote auf dem Datenblatt des Krankenhauses – siehe Anlage 1).

Die Anforderungen an die neurologische Frührehabilitation leiten sich durch den Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf der Patientinnen und Patienten ab, d.h. es müssen die kurativen Maßnahmen der Phase A fortgesetzt, und gleichzeitig rehabilitative Maßnahmen durchgeführt werden. Die Mindestanforderungen an die neurologische

Frührehabilitation umfassen die BAR Empfehlungen, die Mindestanforderungen zur Durchführung der Prozedur neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-552) und basieren auf der Fachplanung zur neurologischen Frührehabilitation für Baden-Württemberg²⁸. Darüber hinaus gibt es Anforderungen an Struktur und Ausstattung der Krankenhäuser, um eine adäquate Diagnostik und Therapie bei akuten Änderungen des Zustandes der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, was insbesondere auch eine unmittelbare Verfügbarkeit von intensivmedizinischen Interventionsmöglichkeiten einschließt.

Diese Anforderungen sind:

Krankenhausstruktur und apparative sowie räumliche Ausstattung

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

Personelle Ausstattung

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

Prozessqualität

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

²⁸ https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Krankenh%C3%A4user/Neurologische_Fruehrehabilitation_Phase_B_2012.pdf

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

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

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

10.5. Orthopädie und Unfallchirurgie

Insbesondere wegen der Bedeutung für die Sicherstellung der Notfallversorgung erfolgt eine Ausweisung der chirurgischen Subdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie im Krankenhausplan. Wie für alle Subdisziplinen ist die Ausweisung nicht abschließend. Ausgewiesen werden alle ordnungsbehördlich genehmigten Abteilungen dieser Subdisziplin, die für die Sicherstellung der Notfallversorgung am besten geeignet sind.

Als Kriterien werden zugrunde gelegt:

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

Abteilungen, bei denen das nicht zeitkritische elektive Aufgabenspektrum im Vordergrund steht, werden nicht im Plan mit einem qualitativen Ausweis dargestellt (kein „X“ in der dritten Datenspalte des Krankenhausdatenblattes gemäß Anlage 1). Das ist auch nicht erforderlich, da die Hauptdisziplin Chirurgie grundsätzlich auch die Leistungsbereiche der Subdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie umfasst. Sofern die spezifischen Anforderungen für die Leistungserbringung vom Krankenhaus erfüllt werden (also das Krankenhaus geeignet und leistungsfähig ist – dazu gehört, dass das Krankenhaus eine ordnungsbehördlich genehmigte Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie führt und die Anforderungen an die fachärztliche Mindestbesetzung erfüllt), besteht bei Bedarf die Möglichkeit, mit den Krankenkassen im Rahmen der Budgetvereinbarungen entsprechende Leistungen zu vereinbaren.

Gegenwärtig (Stand 01.01.2015) sind rund 2.250 orthopädisch/unfallchirurgische Betten in 38 Plankrankenhäusern ordnungsbehördlich genehmigt, darunter in 4 Krankenhäusern mit (rein) orthopädisch bzw. elektiv geprägtem Leistungsspektrum. Damit sind in den letzten fünf Jahren sieben neue Abteilungen hinzugekommen.

Für die Prüfung, ob und inwieweit eine Beteiligung an der unfallchirurgischen Notfallversorgung erfolgt, werden als Indikator unverändert die Leistungszahlen bei operativer Behandlung von Frakturen der Extremitäten herangezogen. Die Leistungsbereitschaft auch außerhalb der normalen Dienstzeiten wird an Hand der an

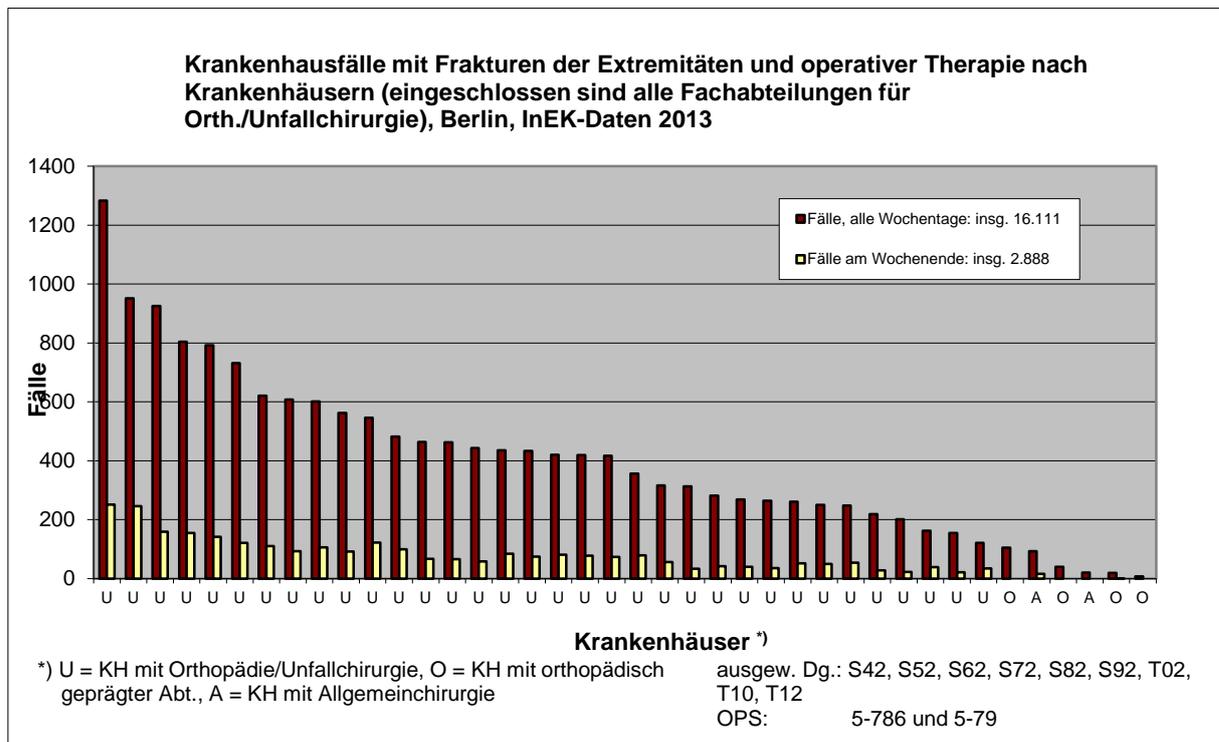
Wochenenden aufgenommen und operierten Patientinnen und Patienten mit Frakturen der Extremitäten geprüft (Maßstab: 25 Fälle).

32 Krankenhäuser mit mindestens 25 Fällen am Wochenende waren an der Behandlung beteiligt, zwei Notfallkrankenhäuser erfüllten 2013 das Kriterium nicht (siehe Abb. 10.5. – 1). Für diese zwei Krankenhäuser wird die Subdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie unter dem Vorbehalt des Nachweises der Erfüllung des Kriteriums bei Erlass des Feststellungsbescheides ausgewiesen.

Die vier Krankenhäuser mit orthopädisch geprägtem Leistungsspektrum (Havelklinik, Klinik Hygiea, Immanuel-Krankenhaus/Wannsee, West-Klinik Dahlem) sind keine Notfallkrankenhäuser. Für sie erfolgt kein qualitativer Ausweis der Subdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie im Krankenhausplan 2016.

Zu den häufig durchgeführten elektiven Leistungen in Krankenhäusern mit orthopädisch/unfallchirurgischen Abteilungen gehören Implantationen von Hüft- und Kniegelenkendoprothesen. Die Transparenzdarstellungen für diese beiden Leistungsbereiche (siehe Anlage 4) zeigen, an welchen Krankenhausstandorten in Berlin diese Implantationen schwerpunktmäßig durchgeführt werden.

Abb. 10.5. – 1:



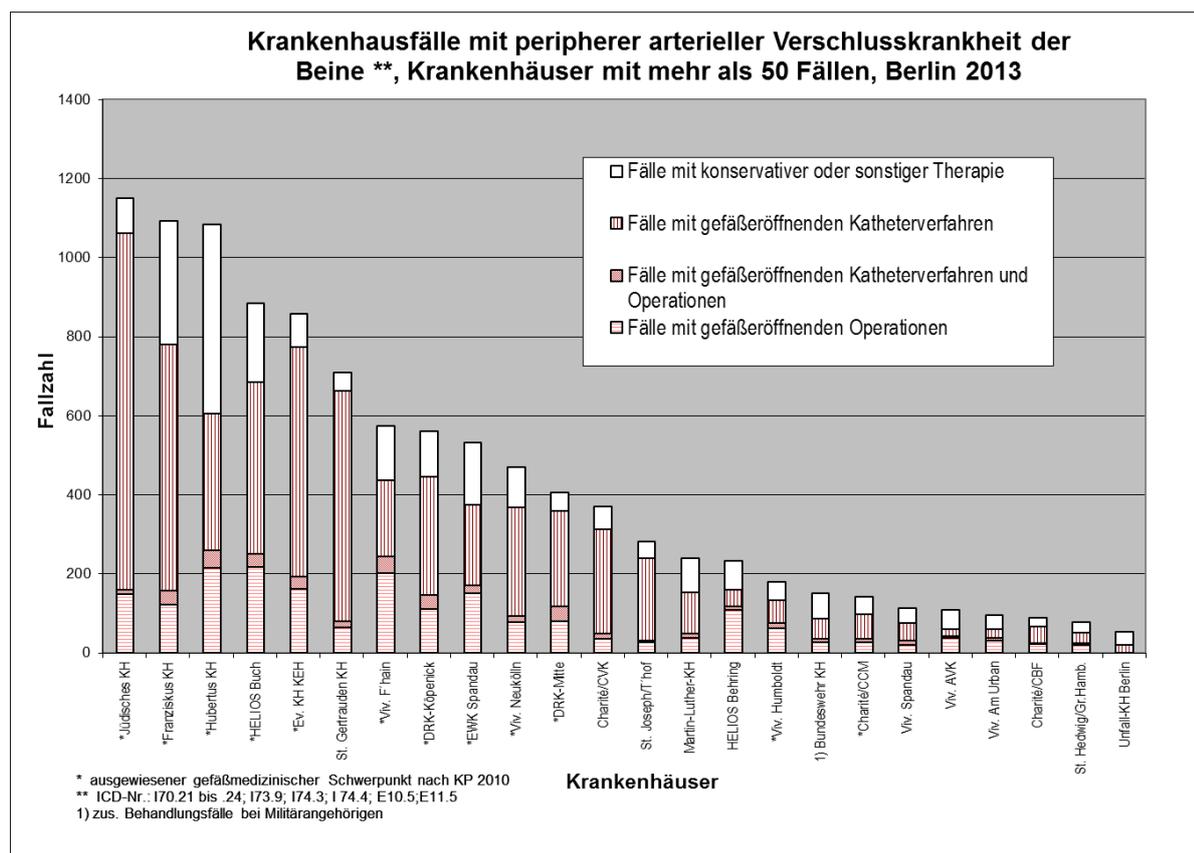
10.6. Gefäßmedizin

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

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

Gefäßmedizinische Leistungen der Berliner Krankenhäuser wurden im Krankenhausplan 2010 am Beispiel der Behandlung der sehr häufigen arteriellen Durchblutungsstörung der Beine, der sogenannten „Schaufensterkrankheit“, vergleichend dargestellt. Ein interdisziplinärer Behandlungsansatz ist hier besonders bedeutsam, damit individuell auf Patientinnen und Patienten zugeschnitten zwischen konservativer, operativer oder interventioneller Therapie abgewogen werden kann. Das entsprechende Fallzahldiagramm gibt Auskunft darüber, in welchem Umfang die verschiedenen Therapieansätze bei der Behandlung dieser Erkrankung zum Tragen kommen, und vermittelt Hinweise, ob im jeweiligen Krankenhaus in allen drei Therapiebereichen ausreichende Erfahrungen zu erwarten sind (siehe Anlage 4).

Abb. 10.6. - 1: Fallzahldiagramm zur Gefäßmedizin



Im Zeitraum 2009 bis 2013 ist bei leichter Zunahme der Gesamtfallzahl und bei etwas stärkerer Zunahme der Fälle mit operativen und interventionellen gefäßöffnenden Verfahren ein geringer Fallzahlrückgang bei konservativen und sonstigen Behandlungen festzustellen.

Die Fachgesellschaften der in der Gefäßmedizin maßgeblich beteiligten Fachdisziplinen, die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA) und die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG), haben

jeweils Prüfverfahren erarbeitet, die die Strukturen und Prozessabläufe schwerpunktmäßig gefäßmedizinisch tätiger Krankenhäuser untersuchen. Krankenhäuser, die die geforderten Anforderungen erfüllen, werden dann von einer der drei Fachgesellschaften oder im Verbund dieser als „Gefäßzentrum“ zertifiziert. Der Krankenhausplan 2010 hat die Zertifizierung durch diese Fachgesellschaften zur Bedingung für die Ausweisung von gefäßmedizinischen Schwerpunkten gemacht. Dies wird im Krankenhausplan 2016 fortgesetzt, um

- Konzentrationsprozesse zu unterstützen,
- die fachlich geprüfte Qualität gefäßmedizinischer Leistungen transparent zu machen und
- die Bedeutung des Angebotes bei der Sicherstellung der Notfallversorgung hervorzuheben.

Alle Krankenhäuser, die bei Erlass des Feststellungsbescheides eine aktuelle Zertifizierung der genannten Fachgesellschaften nachweisen können, werden als „gefäßmedizinischer Schwerpunkt“ gemäß Krankenhausplan 2016 anerkannt. Hier werden diese Leistungen spezialisiert und konzentriert erbracht.

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

10.7. Tumormedizin

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

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

2013 wurden in Berlin nach den InEK-Daten 72.809 vollstationäre Behandlungen mit der Hauptdiagnose bösartige Neubildung (ICD C00-D09, ohne C44) ermittelt. Die Gesamtzahl der vollstationären Krankenhausbehandlungen bei bösartigen Neubildungen ist trotz der demografischen Entwicklung in der Stadt, die eher einen Anstieg erwarten ließ, in den letzten Jahren relativ konstant geblieben. Ursache könnte die verstärkte Nutzung ambulanter Angebote, z.B. bei der Chemotherapie, sein. Auch die Zahl der Krankenhausfälle mit operativer Krebsbehandlung ist seit 2008 nahezu unverändert.

10.7.1. Krankenhäuser mit tumormedizinischem Schwerpunkt

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

Im Krankenhaus muss die meist zuerst erfolgende operative Behandlung deshalb in ein qualifiziertes internistisch-onkologisches, strahlen-, physio- und psychotherapeutisches Versorgungsangebot eingebettet sein. Auch palliativmedizinische Hilfe ist bei Bedarf bereitzuhalten. Krankenhäuser mit einem hohen Versorgungsanteil in der operativen Krebstherapie sollten über diese Therapiemöglichkeiten verfügen bzw. sie sich durch Kooperationen erschließen.

In Berlin behandelt eine größere Anzahl von Krankenhäusern schwerpunktmäßig onkologische Erkrankungen. Diese haben Strukturen aufgebaut, die helfen, eine konkrete Spezialisierung auf bestimmte Tumoren weiterzuentwickeln und den optimalen Einsatz von teurer Medizintechnik und hochspezialisiertem Personal zu gewährleisten. 29 der über 60 Berliner Plankrankenhausstandorte erbringen (mit jeweils mehr als 500 Fällen/Jahr) rund 95 Prozent der stationären Behandlungen wegen einer onkologischen Hauptdiagnose. Sowohl die beteiligten Kliniken als auch ihr jeweiliger Versorgungsanteil sind in den letzten 9 Jahren auffallend konstant.

Diese Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte werden, soweit sie sich zur Erfüllung der qualitätssichernden Anforderungen nach Abschnitt 10.7.2. verpflichten, im Krankenhausplan 2016 als „onkologischer Schwerpunkt“ ausgewiesen (Fußnote an der Gesamtbettenzahl in der dritten Datenspalte des Krankenhausdatenblattes gemäß Anlage 1).

10.7.2. Qualitätssichernde Anforderungen an Schwerpunkt-krankenhäuser

Die große gesundheitspolitische Bedeutung, die Krebserkrankungen haben, kommt auch im Nationalen Krebsplan der Bundesregierung zum Ausdruck. Ein Handlungsfeld dieses Plans umfasst Maßnahmen zur Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung. Mit dem neuen Berliner Krankenhausplan soll hierzu wieder ein Beitrag geleistet werden.

Die oben genannten 29 Krankenhausstandorte haben sich im Rahmen des Feststellungsbescheides zum Krankenhausplan 2010 zu bestimmten qualitätssichernden Aufgaben verpflichtet. Die Mitarbeit in einem klinischen Krebsregister an einem der fünf Berliner Tumorzentren war eine dieser Aufgaben. Mit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister“ (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG) ist die Finanzierung der klinischen Krebsdokumentation nicht mehr über § 2 KHEntgG und eine Zuschlagsvereinbarung nach § 5 KHEntgG sondern im SGB V geregelt. Das auf dieser neuen Grundlage im Aufbau befindliche „gemeinsame Klinische Krebsregister der Länder Berlin und Brandenburg“ wird die Aufgabe der Qualitätssicherung in der Tumormedizin durch klinische Krebsdokumentation von den Tumorzentren übernehmen. Die erforderliche Vollständigkeit des neuen Registers von mindestens 90 Prozent wird für die stationären Behandlungsfälle nur zu gewährleisten sein, wenn alle Schwerpunktkrankenhäuser Krebsfälle korrekt und auf einheitlicher Grundlage dokumentieren und die Behandlungsdaten vollständig und fristgerecht an das neue zentrale Register melden.

Der Ausweis als Krankenhaus mit onkologischem Schwerpunkt wird im Krankenhausplan 2016 mit der Verpflichtung verbunden, die folgenden qualitätssichernden Aufgaben zu erfüllen:

- Beteiligung an der epidemiologischen und klinischen Krebsdokumentation in Berlin (derzeit im GKR und an den Berliner Tumorzentren, zukünftig im geplanten gemeinsamen Klinischen Krebsregister der Länder Berlin und Brandenburg bzw. im Bereich der Kinderonkologie am Deutschen Krebsregister in Mainz).
- Absicherung von wöchentlichen interdisziplinären Tumorkonferenzen mit fachärztlicher Besetzung (jeweils für das entsprechende Fachgebiet, für Radioonkologie, Pathologie und medikamentöse Tumorthherapie)

- Sicherstellung notwendiger pathologischer, radiologisch/radioonkologischer sowie nuklearmedizinischer Leistungen (zeitnah und mit festen Partnern) sowie medikamentös onkologischer Therapie unter fachärztlicher Kompetenz gemäß WBO
- sektorübergreifende Organisation der Nach- bzw. Weiterbehandlung
- palliativmedizinische und psychoonkologische Betreuungsangebote und Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für alle an der onkologischen Behandlung beteiligten Mitarbeiter.

10.7.3. Spezialisierte Angebote

Für ausgewählte Tumorerkrankungen werden die vergleichenden Fallzahldarstellungen zum operativen Behandlungsumfang in den Berliner Plankrankenhäusern weiter jährlich aktualisiert (Anlage 4). Diese Veröffentlichung bietet einen aktuellen Überblick zu konkreten Spezialisierungen, auch bei selteneren Diagnosen und Eingriffen. Sie soll auch der Unterstützung von sinnvollen Konzentrationsprozessen dienen (Anlage 4 und Abschnitt 8.).

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

Folgende Krebsbehandlungen erfolgen in Berlin bereits an besonders spezialisierten Krankenhäusern:

Stammzelltransplantation

Allogene Stammzelltransplantationen (Spender/-in und Empfänger/-in sind nicht identisch; es muss ein immunologisch passende/-r Spender/-in ermittelt werden; rund drei Viertel der Patientinnen und Patienten, die so behandelt werden, haben Leukämie) werden nur im Campus Virchow-Klinikum der Charité durchgeführt. Im Jahr 2013 erhielten 166 Patientinnen und Patienten hier eine solche Therapie. Die Zahl dieser Behandlungen ist seit Jahren relativ konstant (von 2008 bis 2013 zwischen 150 und 170 Fälle pro Jahr).

Autologe Stammzelltransplantationen (Spender/-in und Empfänger/-in sind identisch; rund 90 Prozent der Patientinnen und Patienten, die so behandelt werden, haben ein Plasmozytom oder Lymphom) werden an allen drei Standorten der Charité, dem HELIOS Klinikum Berlin-Buch und in geringem Umfang am Vivantes Klinikum Neukölln durchgeführt. Im Jahr 2013 erhielten 203 Patientinnen und Patienten eine solche Therapie. Auch die Zahl dieser Behandlungen ist seit Jahren konstant (von 2008 bis 2013 zwischen 170 und 200 Fälle pro Jahr).

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

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

Kinderonkologie

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

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

Operationen von Augentumoren:

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

10.8. Erkrankungen der Atmungsorgane

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

Insgesamt wurden im Jahre 2013 in Berlin über 60.000 Krankenhausfälle wegen Erkrankungen der Atmungsorgane registriert (hauptsächlich Fälle mit Hauptdiagnosen aus Kapitel X der ICD-10-GM [Krankheiten des Atmungssystems] sowie aus Kapitel II [Neubildungen] und Kapitel I [Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten]).

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

Es handelt sich um die folgenden Krankenhäuser:

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

In vergleichsweise geringerem Umfang müssen Erkrankungen der Atmungsorgane operativ behandelt werden. Insbesondere komplexe Eingriffe bei schwerwiegenden Diagnosen, wie sie die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie auch im Rahmen der Zertifizierung von Thoraxzentren untersucht (<http://www.doc-cert.com/69/thoraxzentren/ablauf-der-zertifizierung>), sollten in Krankenhäusern mit Abteilungen für Thoraxchirurgie konzentriert werden und durch Fachärztinnen oder -ärzte für Thoraxchirurgie erfolgen. Deshalb werden Abteilungen für Thoraxchirurgie auch im Krankenhausplans 2016 nur an Krankenhäusern ausgewiesen, die eine ordnungsbehördlich genehmigte, fachärztlich geleitete Abteilung mit mindestens zwei in Vollzeit tätigen Fachärztinnen oder -ärzten für Thoraxchirurgie führen und den Orientierungswert von 300 Operationen bei schwerwiegenden Diagnosen (insbesondere bei bösartigen Neubildungen der Lunge, Pyothorax und Pneumothorax) im Jahr erreichen.

Diese Voraussetzungen erfüllen vier nichtuniversitäre Krankenhäuser. Hier erfolgt der Ausweis der Subdisziplin Thoraxchirurgie auch im Krankenhausplan 2016. Es handelt sich um folgende Krankenhäuser:

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

98 Prozent aller Lungenoperationen bei der Diagnose Lungenkrebs (vergl. Darstellung zur Diagnose C34 – Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge gemäß Anlage 4) erfolgten im Jahr 2013 in diesen vier Krankenhäusern und der Charité.

10.9. Beatmungsentwöhnung/Weaning

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

Bei der invasiven Beatmung über Tubus oder Trachealkanüle werden drei Kategorien des Weanings unterschieden: einfaches Weaning, schwieriges Weaning und prolongiertes Weaning. Der überwiegende Anteil beatmeter Patientinnen und Patienten hat eine kurzzeitige Beatmungstherapie von unter 3 Tagen, und das Weaning ist in der Regel einfach, wenn nicht bereits primär eine Atmungsschwäche zugrunde lag. Problematisch ist insbesondere die dritte Kategorie mit solchen Patienten, die mehr als drei Spontanatmungsversuche oder mehr als 7 Tage ab dem ersten Spontanatmungsversuch zum erfolgreichen Weaning benötigen. Diese Patientinnen und Patienten stellen eine Herausforderung an personelle Ressourcen und Qualifikation einer Intensivstation dar, da sie meist viele Wochen im Weaningprozess sind.

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

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

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

An Kliniken mit spezieller Expertise in prolongiertem Weaning, die letztlich auch ein Weaning-Versagen feststellen, und eine außerklinische Beatmung nicht nur einleiten,

sondern auch langfristig mitbetreuen müssen, bestehen besondere Anforderungen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

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

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

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

Personelle Ausstattung:

- Das ärztliche und nichtärztliche Personal der Einheiten für prolongiertes Weaning muss intensivmedizinische Erfahrung, Erfahrung in der Entwöhnung von der invasiven Beatmung, aber auch Expertise in der nicht invasiven und außerklinischen Beatmung haben.
- Da pneumologische Erkrankungen in etwa 50% für eine Langzeitbeatmung ursächlich sind, jedoch auch viele andere Erkrankungen vorliegen können, ist sowohl eine Interdisziplinarität des Behandlungsteams als auch eine unmittelbare Verfügbarkeit verschiedener akutmedizinisch relevanter Fachgebiete wichtig.
- Eine Präsenz von intensiv- und beatmungsmungsmedizinisch erfahrenem Personal in den Einheiten für prolongiertes Weaning muss rund um die Uhr gegeben sein.
- Die ärztliche Leitung der Einheit für prolongiertes Weaning muss eine mehrjährige Erfahrung im prolongierten Weaning, in der nichtinvasiven Beatmung und Erfahrung in der außerklinischen Beatmung besitzen, und entweder Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ oder Facharzt für „Innere Medizin und Pneumologie“ sein³⁰.

Krankenhausstruktur und räumliche sowie technische Ausstattung:

- Die spezialisierte Einheit für prolongiertes Weaning kann sich entweder in einem separaten Bereich auf einer Intensivstation befinden, oder auf einer räumlich getrennten speziellen Weaningstation. Die Einheit für prolongiertes Weaning muss mindestens 10 Betten umfassen.
- Unabhängig von der räumlichen Struktur muss die jeweils notwendige spezielle intensivmedizinische und beatmungstherapeutische Kompetenz, sowie die personelle und technische Mindestausstattung vorgehalten werden. Insbesondere ist zu beachten,

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

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

dass die baulichen Gegebenheiten eine Anpassung an den Tag/Nacht-Rhythmus der Patienten und den Lärmschutz im Patientenzimmer gewährleisten.

Prozessqualität:

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

Konzeption:

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

10.10. Versorgung von Kindern und Jugendlichen

10.10.1. Somatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Immer mehr ärztliche Leistungen können heute auch bei Kindern ambulant erbracht werden. Bei den verbleibenden stationär-behandlungsbedürftigen Kindern handelt es sich überwiegend um Schwerkranke oder sogar lebensbedrohlich Erkrankte. Der Krankenhausaufenthalt ist daher meist mit einer erheblichen psychischen Belastung für das schwerkranke Kind selbst, aber auch die nächsten Angehörigen verbunden. Krankenhäuser sind in besonderem Maße gefordert, diesen familiären Ausnahmesituationen adäquat zu begegnen und ihren Patientinnen und Patienten im Kindes- und Jugendalter ein angemessenes Umfeld zu bieten. Der Erhalt des Gütesiegels "Ausgezeichnet. FÜR KINDER" ist Ausdruck dafür, dass Kinderkliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderchirurgie qualitative Mindestanforderungen erfüllen (siehe www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de). Die Berliner Kliniken, die

schwerpunktmäßig an der Krankenhausversorgung von Kindern beteiligt sind, stellen sich diesen Anforderungen.

Tab. 10.10.1. – 1: Liste der als „ausgezeichnet für Kinder“ zertifizierten Kinderkliniken in Berlin

Lfd. Nr.	Krankenhausstandort	Fachabteilung	als "ausgezeichnet für Kinder" zertifiziert		
			2009 - 2011	2012 - 2013	2014 - 2015
1	Charité – Campus Virchow Klinikum	Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie	x	x	x
2	Charité – Campus Virchow Klinikum	Otto-Heubner-Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin			x
3	Ev. Waldkrankenhaus Spandau	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
4	Helios Klinikum Buch	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
5	Helios Klinikum Emil von Behring	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
5	St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof	"Josephinchen": Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
7	Vivantes – Klinikum im Friedrichshain	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
8	Vivantes – Klinikum Neukölln	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x	x	x
9	DRK Kliniken Berlin Westend	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin			
10	Sana Klinikum Lichtenberg	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	x		

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

Zu den Kernaufgaben der kinderchirurgischen Versorgung zählt die operative Versorgung von Kindern unter einem Jahr. Die Krankenhäuser beteiligten sich an dieser Versorgung sehr unterschiedlich. Auskunft darüber geben die beiden Darstellungen über die Fallhäufigkeiten bei **Operationen an Säuglingen** (Alter unter einem Jahr) sowie bei **Operationen sehr seltener Erkrankungen bzw. Fehlbildungen im Verdauungstrakt** der Kinder (siehe Anlage 4).

Besonders positiv bewertet wird die Konzentration im Bereich der Versorgung von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in der Charité – Campus Virchow Klinikum, da hier die notwendigen Kompetenzen der Abteilung für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie eingebunden werden können und somit gute Voraussetzungen für eine langfristige Führung der betroffenen Kinder in einer Hand gegeben sind.

Insgesamt ist festzustellen, dass die somatische Krankenhausbehandlung in Berlin – anders als sie in einigen Flächenländern möglich ist – überwiegend in eigenständigen Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. Kinderchirurgie erfolgt. Die vergleichsweise hohe Konzentration der Leistungserbringung auf Kinderabteilungen (sowie darüber hinaus bestehende spezifische Schwerpunktsetzungen in einzelnen Kliniken) und die Anstrengungen um gute Behandlungsqualität zeigen, dass der im LKG gesetzlich normierten Forderung nach kindgerechter Versorgung im Krankenhaus weitestgehend entsprochen wird.

Es wird erwartet, dass der somatische Krankenhausversorgungsbedarf bei Kindern bis zum Jahr 2020 in etwa gleich bleibt. Entsprechend sieht der Krankenhausplan 2016 in diesem Bereich nur geringfügige Veränderungen vor.

10.10.2. Perinatal- und Neonatalversorgung

Die Qualitätsvorgaben in der perinatologischen Versorgung, speziell die Anforderungen an Perinatale Schwerpunkte und Zentren, richten sich nach den Vorgaben des G-BA. Dieser hat am 20. September 2005 eine „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ beschlossen, die seit dem 01.01.2006 verbindlicher Maßstab für alle Einrichtungen in Deutschland geworden ist. Sie wurde seitdem mehrfach überarbeitet. Die G-BA-Vereinbarung (www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/) unterscheidet zwischen vier Versorgungsstufen:

- Perinatalzentrum Level 1 (uneingeschränkte Versorgung von Früh- und Neugeborenen)
- Perinatalzentrum Level 2 (Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen: 1.250 Gramm)

- Perinataler Schwerpunkt (Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen: 1.500 Gramm)
- Geburtsklinik (Entbindung reifer Neugeborener ohne vorhersehbare Komplikationen).

Die G-BA-Vereinbarung stellt neben vielen anderen Bedingungen je nach Versorgungsstufe unterschiedliche Anforderungen an die personelle Ausstattung der beteiligten Häuser.

In Berlin gibt es insgesamt 19 Krankenhausstandorte, die an der Versorgung von Früh- und/oder Neugeborenen beteiligt sind. Die Anerkennung in der jeweiligen Versorgungsstufe erfolgt im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen. Die Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2016 enthält die Subdisziplin Neonatologie nicht, da die Berliner ärztliche Weiterbildungsordnung keine eigenständige Facharztkompetenz, sondern lediglich einen Schwerpunkt für Neonatologie vorsieht. Ebenso wird vor dem Hintergrund der G-BA-Vereinbarung auf krankenhauserplanerische Festlegungen zu den Standorten der Perinatalzentren und Perinatalen Schwerpunkte verzichtet. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hat alle Einrichtungen 2014 auf Ihre Eignung hin überprüft. Eine komplette Liste der daraufhin in den Budgetverhandlungen anerkannten Versorgungsstufe ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tab. 10.10.2. – 1: 2014 anerkannte Versorgungsstufen bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – in alphabetischer Reihenfolge

Lfd. Nr.	Versorgungsstufe	Krankenhausstandort	Bemerkung
1	Perinatalzentrum Level 1	Charité – Campus Charité Mitte	
2		Charité – Campus Virchow Klinikum	
3		Ev. Waldkrankenhaus Spandau	
4		Helios Klinikum Buch	
5		St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof	
6		Vivantes – Klinikum im Friedrichshain	
7		Vivantes – Klinikum Neukölln	
8	Perinatalzentrum Level 2	DRK Kliniken Berlin Westend	für 2015 Selbsteinstufung als Level 1 Zentrum – Prüfung noch ausstehend
9		Sana Klinikum Lichtenberg	
10	Perinataler Schwerpunkt	Martin-Luther-Krankenhaus	
11	Geburtsklinik	DRK Kliniken Berlin Köpenick	
12		Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe	
13		Krankenhaus Waldfriede	
14		Maria Heimsuchung – Caritas-Klinik Pankow	
15		St. Gertrauden Krankenhaus	
16		Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	
17		Vivantes Humboldt-Klinikum	
18		Vivantes Klinikum Am Urban	
19		Vivantes Klinikum Hellersdorf	

10.10.3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat eine Arbeitsgruppe des Landespsychiatriebeirats ein Fachgutachten erstellt, das – analog zur Erwachsenenpsychiatrie – mit seinen strukturellen und quantitativen Aussagen die Grundlage für den vorliegenden Krankenhausplan 2016 bildet (<http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/psychiatriebeirat/empfehlungen-und-stellungnahmen/>).

Die Grundsätze des klinischen Versorgungssystems für das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie orientieren sich überwiegend an den Grundsätzen der entsprechenden Fachgebiete für den Erwachsenenbereich. Darüber hinaus sind einige spezifische Besonderheiten zu beachten. Die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter erfordern den primären Einbezug der für die gesunde Entwicklung und soziale Integration des Kindes oder des Jugendlichen verantwortlichen Personen und Institutionen. Daraus resultiert der Grundsatz einer familien- und herkunftsnahen stationären und teilstationären Versorgungsmöglichkeit.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurde die bereits im Krankenhausplan 1999 dargestellte regionalisierte Pflichtversorgung in sechs Versorgungsregionen konsequent umgesetzt.

Aufgrund der geringeren Anzahl der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen in Vergleich zu psychisch erkrankten Erwachsenen ist eine bezirkliche Differenzierungsfähigkeit des Krankenhausbehandlungsangebotes nicht in der gleichen Weise möglich. Spezifische Notwendigkeiten müssen vor dem Hintergrund der bisherigen Versorgung immer wieder überprüft und angepasst werden. Eine Planung des stationären und teilstationären Versorgungsbereiches hat solche innovativen fachlichen Aspekte mit zu berücksichtigen, indem sie Raum zur Erprobung neuer Ansätze ermöglicht. Hier kommt der Unterstützung von flexiblen, dem individuellen Bedarf angepassten Behandlungsangeboten in Kooperation mit den Akteuren aus der Kinder- und Jugendhilfe und dem schulischen Bereich eine besondere Bedeutung zu.

Im stationären und teilstationären Krankenhaussektor werden vornehmlich Kinder und Jugendliche behandelt, bei denen die psychische Erkrankung sehr schwer ausgeprägt und ambulante Behandlung und Therapie nicht ausreichend sind. Diese Kinder und Jugendlichen benötigen stationäre oder teilstationäre Diagnostik und Behandlung außerhalb ihrer unmittelbaren sozialen Umgebung, weil diese zu Entwicklungsstörungen und Erkrankungen mit beitragen kann. Die Einbeziehung von Bezugspersonen und Familien in die stationäre und teilstationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist grundsätzlich notwendig. Krankenhausbehandlung wird dabei als die intensivste Form eines umfassenden, regional verankerten, abgestuften Diagnostik- und Behandlungsangebotes verstanden.

Zusammenfassend kommt der Landespsychiatriebeirat in seiner Expertise zu folgendem Ergebnis:

Der im Schnitt berlinweit über 100 Prozent liegenden Auslastung ist entgegenzuwirken. Die regionale Versorgung ist von jeweils 50 auf 60 Betten/Plätze pro Versorgungsregion – also um insgesamt **60 Betten/Plätze** – auszubauen. Dieser Ausbau kann zugleich eine verbesserte teilstationäre Versorgung beinhalten, er kann aber auch der Binnendifferenzierung der vorgehaltenen stationären Angebote vor allem im Bereich des Jugendalters Rechnung tragen.

Das bisherige Konzept der Vorhaltung einer 10 Betten-Einheit für Langzeittherapien für gesamt Berlin wird verlassen zugunsten einer Integration dieser Therapien auf regionaler Ebene.

Psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche werden weitgehend durch die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhandene Expertise schon mit erfasst, bei wesentlichen, die Symptomatik mit verursachenden somatischen Erkrankungen

jedoch noch teilweise unzureichend. Aktuell sind zwei stationäre Einheiten in dualer Leitung und Kooperation zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Sana Klinikum Lichtenberg und dem Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge sowie am St. Joseph Krankenhaus (Tempelhof) im Aufbau begriffen. Generell sollten jedoch die psychosomatischen Angebote regional verankert und an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie angesiedelt sein.

Als überregionale und für gesamt Berlin zu konzipierende bzw. auszubauende Schwerpunkte sind die Bereiche für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderungen und schweren psychischen Störungen sowie für Jugendliche mit Substanzabusus und Abhängigkeitserkrankungen zu betrachten. Zwei stationäre Kompetenzzentren bei jeweiliger regionaler Basisversorgung werden empfohlen. Das suchtmedizinische Kompetenzzentrum am Vivantes Klinikum im Friedrichshain soll in enger Kooperation mit der Jugendhilfe in Bezug auf Vor- und Nachsorge weiter um 10 stationäre Behandlungsplätze ausgebaut werden (unter Aufgabe des oben genannten Bereiches für Langzeittherapien). Das Diagnose- und Behandlungszentrum für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit begleitenden psychischen Störungen soll am Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Ergänzung der bereits vorhandenen 8 Plätze **um 12** auf insgesamt 20 stationäre und teilstationäre Betten/Plätze erweitert werden.

Der Landespsychiatriebeirat befürwortet somit den Ausbau der bestehenden Versorgungskapazität im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, und -psychotherapie **um 72 stationäre und teilstationäre Betten/Plätze**. Dieser Ausbau wird als dringend notwendig erachtet, um den Erfordernissen der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher und deren Familien im Zusammenwirken mit den ambulanten Versorgern und in Kooperation mit den anderen Beteiligten der Sozialsysteme gerecht werden zu können.

In Umsetzung dieser Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates ergibt sich für den Krankenhausplan 2016 die nachfolgend dargestellte Bettenaufteilung:

Tab. 10.10.3 – 1: Geplantes Bettenangebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gemäß Krankenhausplan 2016, regionale Pflichtversorgung und überregionale Angebote

Versorgungsregion (Bezirke)	SOLL-Betten KHP 2010	SOLL-Betten KHP 2016	Versorgendes Krankenhaus
Regionale Pflichtversorgung			
Mitte (Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte)	62	74	Vivantes Klinikum im Friedrichshain
Nord (Pankow, Reinickendorf)	50	60	HELIOS Klinikum Berlin-Buch
Ost (Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg)	50	60	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)
Süd-Ost (Neukölln, Treptow-Köpenick)	38	46	Vivantes Klinikum Neukölln, (Versorgung der Region zusammen mit Vivantes Klinikum im Friedrichshain)
Süd-West (Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneb.)	50	60	St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof)
West (Charlottenburg-Wilmersdorf, Spandau)	50	60	DRK Kliniken Berlin Westend
Summe regionale Pflichtversorgung	300	360	
Überregionale Versorgung			
	20	20	Vivantes Klinikum im Friedrichshain
	8	20	KEH
	38	38	Charité – Campus Virchow Klinikum
Gesamtsumme Land Berlin	366	438	

10.11. Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die Planungsgrundsätze für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beruhen auf den fachlichen Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates aus dem Mai 2014. Dieser hatte in Vorbereitung der Erarbeitung des Krankenhausplanes 2016 eine Arbeitsgruppe gebildet, welche die aktuelle Versorgungssituation von psychisch erkrankten Erwachsenen im klinischen Bereich analysierte und im Gesamtzusammenhang des vorhandenen Versorgungssystems bewertete. Die Arbeitsgruppe legte die von ihr entworfenen Empfehlungen dem Landespsychiatriebeirat vor, der sie nach eingehender Erörterung angenommen hat. Im Anschluss daran wurden die fachlichen Empfehlungen in die Gremien zur Krankenhausplanung eingebracht sowie einer breiten Fachöffentlichkeit zur Kenntnisnahme zugeleitet. Die vom Landespsychiatriebeirat beschlossenen fachlichen Empfehlungen sind für diesen Teil des Krankenhausplanes 2016 handlungsleitend.

Die Krankenhausplanung für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie orientiert sich am gemeindepsychiatrischen Paradigma eines regional verankerten, integrierten Versorgungssystems, das für alle psychisch kranken Bürgerinnen und Bürger eine verlässliche und aufeinander abgestimmte Behandlung und Betreuung ermöglicht. Der Landespsychiatriebeirat bestätigt, dass die deutlich sichtbaren qualitativen Erfolge der Psychiatriereform in Berlin die Sinnhaftigkeit des Strukturgrundsatzes der regionalisierten Pflichtversorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen-psychosomatischen Versorgungssystem belegt.

Die regionalisierte Pflichtversorgung umfasst psychiatrische, psychotherapeutische und Leistungen der psychosomatischen Medizin. Eine weitere Differenzierung nach Schwerpunkten (z. B. Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht) oder Krankheitsbildern erfolgt seitens der Krankenhausplanung nicht. Diese Differenzierungen sind, abgestimmt auf die Besonderheiten der jeweiligen Pflichtversorgungsregion, durch den Krankenhausträger unter Einbeziehung der Kostenträger und der Bezirke vorzunehmen.

Mit der Etablierung verbindlicher Strukturen in den Pflichtversorgungsregionen kommt der tagesklinischen Behandlung eine steigende Bedeutung zu. Im Zusammenwirken mit den Institutsambulanzen, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den Therapeutinnen und Therapeuten sowie dem außerklinischen Betreuungs- und Beratungssystem sollen sie verstärkt dazu beitragen, vollstationäre Behandlung zu ersetzen. Da die Berliner Versorgungsregionen die bundesweit empfohlene Größenordnung von 150.000 Einwohnern regelhaft überschreiten, sollen zur besseren Erreichbarkeit und Integration in den Bezirk möglichst mehrere Standorte für tagesklinische Behandlungen etabliert werden.

Zur Grundausstattung einer jeden psychiatrischen/psychotherapeutischen/psychosomatischen Fachabteilung/Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag gehört eine Institutsambulanz, die das Leistungsspektrum entsprechend der Institutsambulanzvereinbarung nach § 118 Absatz 2 SGB V abdeckt. Vor dem Hintergrund anhaltender Überauslastung ärztlicher Praxen in der psychiatrischen Versorgung kommt den Psychiatrischen Institutsambulanzen eine erhebliche Bedeutung für die Gesamtversorgung zu.

Forschung und Lehre sind wichtige Faktoren für die Qualität und Zukunftsfähigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems. Entsprechend wird die Etablierung der beiden psychiatrischen Lehrstühle, des Lehrstuhls für Kinder und Jugendpsychiatrie, des Lehrstuhls für psychosomatische Medizin sowie des Lehrstuhls für Forensische Psychiatrie ausdrücklich begrüßt. Klinische Angebote der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin, die über die regionalisierte Pflichtversorgung hinaus

Bestandteil des Versorgungssystems sind, sollten nach der Empfehlung des Landespsychiatriebeirates möglichst auf dem Niveau der Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans gehalten werden.

Der Landespsychiatriebeirat empfiehlt mit der Krankenhausplanung 2016 die Konzipierung und Etablierung von „Zentren für psychische Gesundheit“ in allen Berliner Bezirken. Jede Versorgungsregion (Bezirk) soll mindestens einen Standort als klinisches Zentrum für Gesundheit vorhalten. Das Zentrum, das möglichst in ein Allgemeinkrankenhaus zu integrieren ist, fasst die dem Bezirk zugewiesenen klinischen Kapazitäten der Fachgebiete Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin organisatorisch zusammen und gewährleistet für die Versorgungsregion sowohl die stationäre als auch teilstationäre Pflichtversorgung. Die teilstationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Bereiche in klinischen Zentren für psychische Gesundheit müssen jeweils durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geleitet werden. Bereits etablierte Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die überregionale Versorgungsaufgaben wahrnehmen, können im jeweiligen Bezirk an der regionalisierten Versorgung durch Aufbau teilstationärer Kapazitäten beteiligt werden.

Der Beirat empfiehlt, im jeweiligen Zentrum für psychische Gesundheit fachgebietsübergreifend Versorgungs- und Therapiekonzepte abzustimmen. Der Konsiliar- und Liaisondienst am Allgemeinkrankenhaus ist durch die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gemeinsam zu gestalten. Diese sollen Schwerpunktangebote für Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen und psychiatrisch/psychotherapeutisch/psychosomatischem Behandlungsbedarf kooperativ entwickeln.

Die im Versorgungssystem zu erbringenden Leistungen sind von den Leistungsanbietern, den Kostenträgern und den bezirklichen Verantwortungsträgern gemeinsam weiterzuentwickeln und aufeinander abzustimmen. Die in die Pflichtversorgung integrierten Zentren für psychische Gesundheit haben dafür Sorge zu tragen, dass die klinische Grundversorgung an psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie die teilstationären psychosomatischen Leistungen in der jeweiligen Versorgungsregion erbracht werden. Sie sind gehalten, verbindlich mit niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, mit im jeweiligen Bezirk angesiedelten Krankenhäusern ohne psychiatrisch-psychotherapeutische oder psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung sowie mit Einrichtungen und Diensten des ambulanzkomplementären Bereichs zu kooperieren. Dies gilt in besonderer Weise für das Aufnahme- und Entlassmanagement sowie bei Unterbringung nach PsychKG und BGB. Die Zentren sollen durch ihr Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1 SGB V zur Lösung von Problemen beim Übergang in die ambulante Versorgung beitragen, indem sie mit bezirklichen Steuerungsgremien und Kostenträgern zusammenwirken und die Ressourcen des regionalen Hilfesystems nutzen. Insbesondere ist darauf zu achten, dass nach Entlassung bei Bedarf eine individuell auf die Belange des erkrankten Menschen abgestimmte Wohn- und Betreuungsform zur Verfügung steht. Eine Verlegung in eine Einrichtung außerhalb Berlins wie auch eine Entlassung in die Obdachlosigkeit ist möglichst zu vermeiden, so sie nicht von dem Leistungsberechtigten gewünscht wird und unter Behandlungsgesichtspunkten sinnvoll ist.

Der Beirat empfiehlt auch, die besonderen Bedürfnisse älterer Kranker in der Ausgestaltung von vollstationären, teilstationären und ambulanten Angeboten der Kliniken zu berücksichtigen, denn die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Arbeit mit betagten Kranken zählt zum Kernbereich psychiatrisch-psychosomatischer Tätigkeit.

Der Beirat spricht sich dafür aus, dass die Kliniken ihre Versorgungsangebote kultursensibel strukturieren, um den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund Rechnung zu tragen. Die Kliniken sollen ihre interkulturellen Kompetenzen stärken. An allen Standorten sind integrative Versorgungsangebote vorzuhalten. Der gezielte Einsatz professioneller Sprach- und Kulturmittler wird dabei als

Qualitätsmerkmal gewertet ebenso wie die Entwicklung interkultureller Kompetenzen der Beschäftigten und der Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund.

Der Beirat empfiehlt weiterhin, die psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlungs- und Versorgungsangebote geschlechtssensibel zu strukturieren und diese insbesondere im Hinblick auf psychisch kranke Menschen mit Gewalterfahrung (im Sinne komplexer Traumatisierung) unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte (weiter) zu entwickeln. Dabei sollen die Zentren mit den vorhandenen Hilfestrukturen zusammenwirken und deren Ressourcen nutzen.

Mit dem Krankenhausplan 2016 werden die Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates so weit wie möglich aufgenommen und umgesetzt. Die geringfügigen Kapazitätsabweichungen bei einigen Krankenhäusern resultieren aus im Einzelfall belegten unverzichtbaren Bedarfen.

Tab. 10.11. - 1: Geplantes Bettenangebot nach dem Berliner Krankenhausplan 2010 sowie nach dem Krankenhausplan 2016 in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Versorgungsregion	Krankenhausplan 2010 SOLL Betten / Plätze	Krankenhausplan 2016			
		SOLL Psychiatrie Betten / -Plätze	SOLL Psycho- somatik Plätze	Versorgendes Krankenhaus	Betten / Plätze
Regionale Pflichtversorgung					
Mitte ¹⁾	283	307	21	St. Hedwig-Kliniken, Standort: St. Hedwig-KH Charité (CCM) ¹⁾ Jüdisches Krankenhaus	222 46 60
Friedrichshain- Kreuzberg	230	232	18	Vivantes Klinikum Am Urban Vivantes Klinikum im Friedrichshain	225 25
Pankow	281	292	20	St. Joseph-KH Weißensee	312
Charlottenburg- Wilmersdorf	222	239	19	F. v. Bodelschwingh-Klinik Schlosspark-Klinik DRK Wiegmann-Kl.	163 80 15
Spandau	169	187	15	Vivantes Klinikum Spandau GKH Havelhöhe	187 15
Steglitz-Zehlendorf	205	213	17	Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk (TWW)	230
Tempelhof-Schöneberg	240	253	20	Vivantes Wenckeback-Klinikum Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	161 112
Neukölln	257	281	22	Vivantes Klinikum Neukölln	303
Treptow-Köpenick	170	192	15	St. Hedwig-Kliniken, Standort: KH Hedwigshöhe	207
Marzahn-Hellersdorf	192	205	16	Vivantes Klinikum Hellersdorf	221
Lichtenberg	195	211	17	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)	228
Reinickendorf	173	196	15	Vivantes Humboldt-Klinikum	211
Summe Regionale Pflichtversorgung	2.617	2.808	215		3.023
Spezialisierte Versorgungsauftrag im Rahmen der Pflichtversorgung (Psychiatrie)					
Berlin	215	250		Charité (CCM)	37
				Charité (CCM) bzfo	15
				Charité (CBF) universitärer Teil	102
				KEH ²⁾	43
				Jüdisches KH (Drogenentzug)	18
				Bundeswehr KH	5
Schlosspark-Kl. (überregional)	30				
Spezialisierte Versorgungsauftrag im Rahmen der Pflichtversorgung (Psychosomatische Medizin)					
Berlin	208		208	Charité (CCM)	0
				Charité (CBF)	30
				DRK Wiegmann-Kl.	50
				GKH Havelhöhe	35
				Helios E.v.Behring	28
TWW	65				
Summe (regionale und überregionale Versorgung)	3.040	3.058	423		3.481

1) Einbeziehung der Charité (CCM) in die Sicherstellung der Pflichtversorgung der Versorgungsregion Mitte

2) Behandlungszentrum für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung

10.12. Krankenhausversorgung am Lebensende

Die meisten Menschen wünschen sich, möglichst bis zum Lebensende zuhause in ihrer vertrauten Umgebung und begleitet von vertrauten Menschen bleiben zu können. Beinahe jede zweite BerlinerIn bzw. jeder zweite Berliner, die oder der stirbt, stirbt in einem Krankenhaus. Nur ganz wenige Menschen versterben tatsächlich ihren Wünschen entsprechend im Kreis ihrer Nächsten zuhause.

Berlin besitzt inzwischen ein dichtes ambulantes und stationäres palliativmedizinisches Versorgungsnetz (stationäre Palliativstationen und Hospize, ambulante Hospiz- und Pflegedienste, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte), dessen verschiedene Sektoren sich gegenseitig ergänzen und vielfältig miteinander kooperieren, um Menschen zu begleiten, deren Grunderkrankung nicht mehr kurativ beeinflusst werden kann. Hierbei stehen spezialisierte Schmerztherapie, Symptomlinderung und soziale Unterstützung im Vordergrund. Informationslücken und Defizite in der ambulanten Versorgung führen aber noch immer zu ungewollten und kostenintensiven Krankenhausaufenthalten für die Patienten.

Es ist die Aufgabe von Krankenhäusern, die schwerpunktmäßig unheilbar erkrankte und schwerstsymptombelastete Patienten behandeln, deren Wunsch nach Schmerztherapie und Symptomlinderung entweder durch eigene palliativmedizinische Behandlungsangebote oder mit Hilfe entsprechender Kooperationspartner zu erfüllen und hierbei auch die lückenlose Weiterversorgung nach der Entlassung organisatorisch vorzubereiten. Ziel ist es, so die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass immer mehr unheilbar erkrankte Menschen möglichst schmerzfrei den Behandlungsumfang und ihre Betreuung am Lebensende selbst bestimmen können und ihre Angehörigen in dieser schwierigen Zeit möglichst einfühlsam und umfangreich unterstützt werden.

Im Krankenhaus selbst wird nur ein Teil der Sterbenden auf speziellen Palliativstationen versorgt. Weitaus mehr Menschen versterben auf nicht-palliativen Stationen, z. T. im Rahmen von Notfällen und lebensbedrohlichen Komplikationen, unter intensivmedizinischer Therapie oder ohne vorhersehbare schwerwiegende Prognose, zum großen Teil aber auch mit einer chronischen lebensbeendenden Erkrankung.

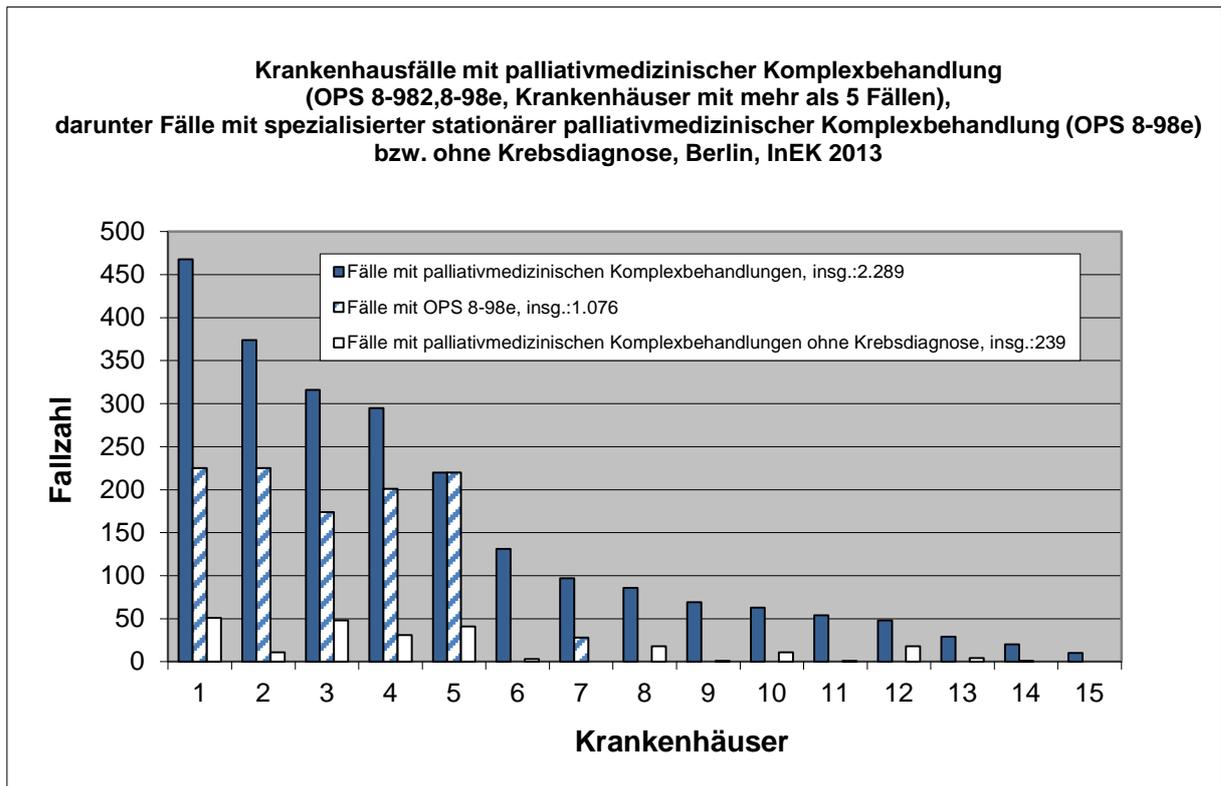
Wichtig ist, die Kompetenz der im Krankenhaus tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit sterbenden Patienten zu stärken und sie durch geeignete Qualifikation zu befähigen, um palliativmedizinischen Versorgungsbedarf zu erkennen und unter den unterschiedlichen Rahmenbedingungen ein Sterben und Abschiednehmen in Würde zu ermöglichen. Für diese müssen Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung erreichbar sein, um im Bedarfsfall Unterstützung und Beratung zu bekommen. Palliativstationen oder Palliativdienste können als Kompetenzteams diese Versorgungsaufgabe durch Beratung, Wissenstransfer und ggf. auch Mitversorgung unterstützen, können aber keinesfalls die Aufgabe einer angemessenen Sterbebegleitung im Krankenhaus allein übernehmen.

Die 2005 ins DRG-System eingeführte Prozedur mit dem OPS 8-982 bildet die palliativmedizinische Komplexbehandlung als spezialisierte Leistung im Krankenhaus erstmals ab. Sie beschreibt die aktive ganzheitliche Behandlung bei unheilbaren Erkrankungen zur Symptomlinderung und psychosozialen Stabilisierung und formuliert umfangreiche Anforderungen zu Personaleinsatz und Personalqualifikation sowie speziellen Therapiebereichen.

Korrespondierend zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wurde 2012 mit dem OPS 8-98e die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung in den Prozedurenkatalog aufgenommen. Damit kann nun auch im stationären Bereich ein abgestuftes Versorgungsmodell abgebildet werden. Nach OPS 8-98e ist eine kontinuierliche 24-stündige Behandlung durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles palliativmedizinisch spezialisiertes Team auf einer eigenständigen Palliativstation (mit mindestens 5 Betten) gefordert.

Um die palliativmedizinischen Versorgungsschwerpunkte in Berlin transparent zu machen, wurde mit dem Krankenhausplan 2010 eine vergleichende Leistungsdarstellung zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung nach OPS 8-982 eingeführt. Seit 2012 wird auch der OPS 8-98e in diese Fallzahlermittlung einbezogen (Anlage 4). Es ist vorgesehen, die Fallzahlen des OPS 8-98e künftig als Darunterposition im Diagramm sichtbar zu machen. Die Abb. 10.12. – 1 zeigt anonymisiert das zukünftige Diagramm auf der Grundlage der InEK-Daten des Jahres 2013.

Abb. 10.12. - 1: Geplante Darstellung zur Palliativmedizin ab 2014 auf der Grundlage der InEK-Daten des Jahres 2013



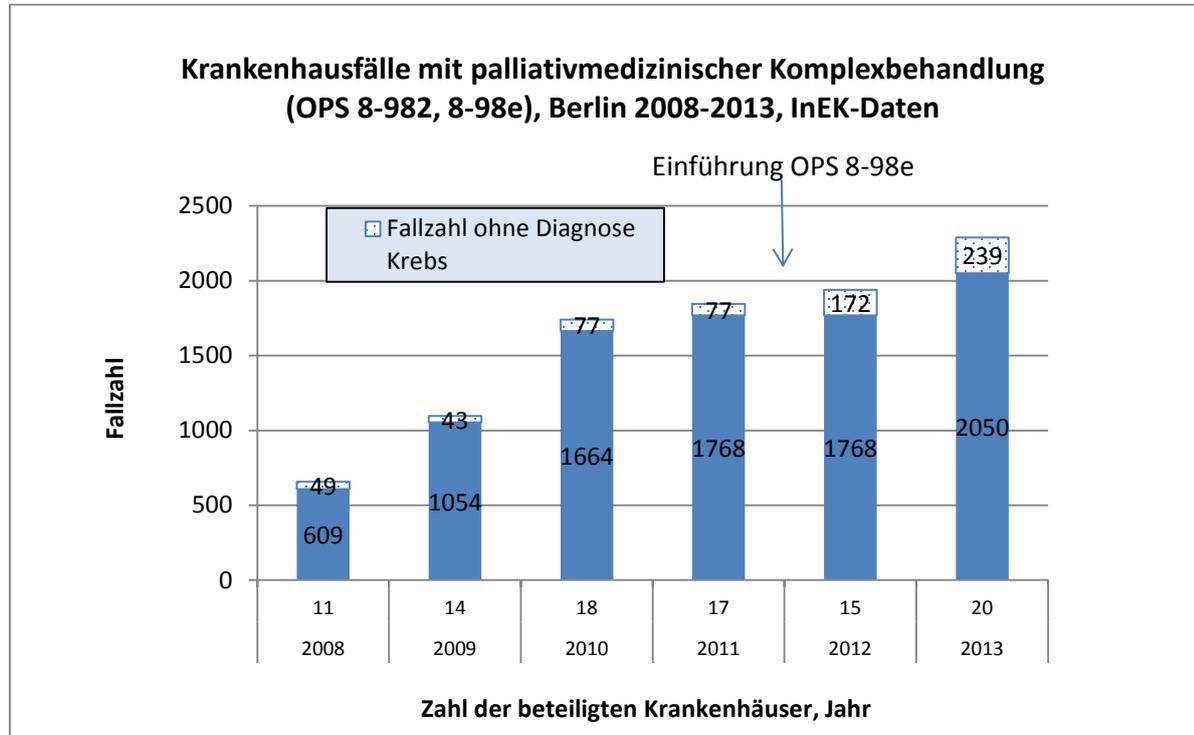
Der Abbildung 10.12. – 2 sind die jährlichen Gesamtfallzahlen stationärer palliativmedizinischer Behandlungen von 2008 bis 2013 zu entnehmen. Im Beobachtungszeitraum haben sich die Behandlungszahlen insgesamt mehr als verdreifacht. Auch der Anteil der Patientinnen und Patienten, die nicht an Krebs erkrankt waren und diese Behandlung erhielten, hat stark zugenommen. Nur rund ein Drittel der Menschen, die so behandelt wurden, sterben auch im Krankenhaus.

Aus den Fallzahldarstellungen wird deutlich, dass Berliner Krankenhäuser nicht nur insgesamt qualifizierte stationäre palliativmedizinische Versorgung in immer größerem Umfang leisten, sondern sich dabei auch dem Leistungs- und Fachgebietsspektrum folgend an geeigneten Krankenhäusern Versorgungsschwerpunkte abzeichnen, die es ermöglichen, den hohen Anforderungen des OPS 8-982 bzw. des OPS 8-98e auch strukturell optimiert gerecht zu werden. Ein Ausweis von Palliativeinheiten erfolgt im Krankenhausplan 2016 weiterhin nicht.

Es ist im am 05.11.2015 vom Bundestag beschlossenen Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) vorgesehen, dass Palliativstationen oder -einheiten dauerhaft eigenständig entscheiden sollen, ob sie die Versorgung von palliativmedizinisch zu versorgenden Menschen als besondere Einrichtung über krankenhaushausindividuell zu verhandelnde Entgelte außerhalb

des DRG-Systems abrechnen wollen. Es wird erwartet, dass – sollte die Regelung zum Tragen kommen – hiervon Impulse zur weiteren Stärkung der palliativmedizinischen Versorgung im Krankenhaus auch in qualitativer Hinsicht ausgehen werden.

Abb. 10.12. - 2: Jährliche Gesamtfallzahlen stationärer palliativmedizinischer Behandlungen von 2008 bis 2013



Derzeit wird eine bundesrechtliche Regelung vorbereitet, wonach Versicherte einen Anspruch gegenüber den Krankenkassen auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans erhalten.

Ambulante Hospizdienste sind mit ihren Koordinationsleistungen und Netzwerkaktivitäten wichtige Partner für Kliniken. Eine geplante bundesrechtliche Regelung sieht vor, dass Krankenhäuser diese Dienste künftig mit Sterbebegleitungen in ihren Einrichtungen beauftragen können. Die Neuregelung bietet damit die Chance einer Intensivierung der Kooperation und Verbesserung der Sterbebegleitungen in den Krankenhäusern.

11. Transplantationsmedizin

Zulassung von Transplantationszentren

Nach § 10 Abs. 1 Transplantationsgesetz (TPG) müssen Transplantationszentren für die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie für die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender durch Feststellungsbescheid zum Krankenhausplan zugelassen werden. Hierfür kommen nur Krankenhäuser in Betracht, die nach § 108 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Organübertragung zugelassen sind. Die damit nicht nur für die Plankrankenhäuser, sondern auch für die Hochschulkliniken erforderliche Zulassung erfolgt durch Feststellungsbescheid gegenüber dem Krankenhausträger nach § 7 LKG, der seinerseits auf dem Krankenhausplan basiert.

Schwerpunktbildung

Gem. § 10 Abs. 1 S. 2 TPG sind bei der Zulassung nach § 108 SGB V Schwerpunkte für die Übertragung dieser Organe zu bilden, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern. Durch die danach erforderliche Schwerpunktbildung soll auch eine Konkurrenzsituation, die zu Fehlanreizen und damit zu richtlinienwidrigen Verhaltensweisen führen kann, vermieden werden.

Auflagen

Ferner hat die zuständige Behörde (die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung) zu prüfen, ob gewährleistet ist, dass das Transplantationszentrum die Pflichten nach § 10 Abs. 2 S. 1 TPG und § 10 Abs. 2 S. 2 i.V.m. § 9 a Abs. 2 Nr. 2 und 3 TPG erfüllen kann.

Um die Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen nach dem TPG abzusichern wird der jeweilige Feststellungsbescheid neben der Zulassungsentscheidung – die auf die Übertragung bestimmter Organe bezogen ist – auch Auflagen enthalten, deren Erfüllung regelmäßig überprüft werden kann. Die Einhaltung der Auflagen dient der Qualitätssicherung und der Vermeidung von Manipulationen.

Zu den Auflagen gehören u. a. die Einrichtung einer interdisziplinären Transplantationskonferenz und die Gewährleistung eines Sechsaugenprinzips für alle Entscheidungen zur Aufnahme in die Wartelisten und deren Führung sowie Dokumentations- und Berichtspflichten. Außerdem ist die Qualifikation der am Transplantationsgeschehen beteiligten Mitarbeiter/innen gegenüber der zuständigen Behörde nachzuweisen.

Im Einzelnen ergibt sich für das Land Berlin folgende Festlegung:

Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB) – Übertragung von Lunge und Herz

Das DHZB wird unverändert im Krankenhausplan 2016 für die Übertragung von Lungen und Herzen verstorbener Spender als Transplantationszentrum ausgewiesen. Der Feststellungsbescheid wird mit Auflagen zur Einhaltung der transplantationsgesetzlichen Verpflichtungen verbunden.

Charité – Universitätsmedizin Berlin – Übertragung von Niere, Leber, Pankreas und Darm

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin transplantiert nach dem Krankenhausplan 2010 an ihren drei Standorten (Campus Charité Mitte, Campus Virchow-Klinikum und Campus Benjamin-Franklin) Nieren verstorbener und lebender Spender. Darüber hinaus finden am Campus Virchow-Klinikum auch Übertragungen von Leber, Pankreas und Darm statt.

Die Transplantationsprogramme für die Übertragungen von Leber, Pankreas und Darm am Campus Virchow-Klinikum werden beibehalten. Entsprechend der Verpflichtung zur

Schwerpunktbildung soll auch das Nierentransplantationsprogramm mittelfristig auf einen Standort konzentriert werden.

Aufgrund der Datenlage (s.u.) zu erfolgten Nierentransplantationen an den verschiedenen Campi wird entschieden, das Nierentransplantationsprogramm am Campus Benjamin-Franklin einzustellen und nicht mehr im Krankenhausplan 2016 auszuweisen. Mittelfristig soll das Nierentransplantationsprogramm auf den Campus Virchow-Klinikum konzentriert werden. Hierzu sind strukturelle Veränderungen durch die Klinik notwendig, so dass für eine Übergangszeit für das Nierentransplantationsprogramm im aktuellen Krankenhausplan noch die beiden Standorte Campus Charité Mitte und Virchow-Klinikum ausgewiesen werden. Der darauf basierende Bescheid wird die Zulassung für diese beiden Standorte regeln, im Falle des Standortes Campus Charité Mitte mit einer Befristung. Der Feststellungsbescheid wird mit geeigneten Auflagen zur Einhaltung der transplantationsgesetzlichen Verpflichtungen verbunden.

Tab. 11. – 1: Anzahl der Nierentransplantationen an den verschiedenen Campi der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Charité Campus	Jahr				
	2010	2011	2012	2013	2014
Campus Charité Mitte	111 (84/27)	95 (65/30)	106 (56/49)	105 (67/38)	78 (32/46)
Campus Virchow-Klinikum	115 (88/27)	97 (63/34)	94 (57/37)	91 (52/39)	70 (40/30)
Campus Benjamin-Franklin	33 (27/6)	41 (27/14)	37 (23/14)	32 (22/10)	22 (14/8)

Angaben in Klammern:

Nierentransplantationen nach postmortaler Organspende/Lebendspende

Quelle: Charité - Universitätsmedizin Berlin

12. Charité – Universitätsmedizin Berlin

Die „Charité – Universitätsmedizin Berlin“ (Charité) nimmt ihre hochschulmedizinischen Aufgaben in der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung wahr. Sie ist der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin mit der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum zugeordnet. Die Charité ist gemäß Berliner Universitätsmedizingesetz eine Einrichtung. Sie stellt die hochschulmedizinische Versorgung in campusübergreifenden Strukturen und Prozessen innerhalb der Charité Zentren sicher. Die Charité ist verantwortlich für die Hochschulausbildung des human- und zahnmedizinischen Nachwuchses, die Forschung nach den international geltenden Standards der Wissenschaft und ihren spezifischen Anteil an der regionalen und überregionalen Gesundheitsversorgung.

Bei der Aufstellung des Krankenhausplans ist die Universitätsmedizin unter angemessener Berücksichtigung von Forschung und Lehre einzubeziehen.

Im Vorfeld der Beschlussfassung zum Krankenhausplan 2016 hat der Senat sich bereits mit Beschluss vom 31. März 2015 grundsätzlich über die Gesamtbettenkapazität und das standort- und abteilungsbezogene Versorgungsangebot der Charité für den Planungszeitraum des Krankenhausplans 2016 verständigt. Unter Berücksichtigung der Versorgungsbedarfe und der Belange von Forschung und Lehre wurde die Bettenkapazität der drei bettenführenden Standorte auf insgesamt 3.001 Betten zuzüglich 15 Plätzen für das Behandlungszentrum für Folteropfer festgelegt. Der o. g. Senatsbeschluss trägt dem Grundsatz der komplementären Schwerpunktbildung Rechnung und zur Profilbildung der Standorte Campus Charité Mitte, Campus Virchow Klinikum und Campus Benjamin Franklin bei. Mit dem Krankenhausplan 2016 werden unter Beibehaltung der festgelegten

voll- und teilstationären Gesamtkapazitäten geringfügige Bettenverschiebungen zwischen den Standorten vorgenommen.

Die Gesamtentwicklungsplanung der Charité wird unter Berücksichtigung der festgesetzten Bettenkapazitäten fortgeschrieben.

Zur Realisierung der vorgesehenen Versorgungsstrukturen und zum Erhalt der Leistungsfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit der Charité und ihrer Rolle als zentrale Einrichtung und Innovationsmotor der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg bedarf es umfangreicher Investitionen.

Die zeitliche Umsetzung der mit dem Krankenhausplan 2016 vorgegebenen Bettenstrukturen ist auch abhängig von der Durchführung und dem Zeitpunkt der Fertigstellung laufender bzw. geplanter Investitionsmaßnahmen. Beispiele hierfür sind die Sanierung des Bettenhochhauses am Campus Charité Mitte und die erforderlichen Investitionen am Campus Virchow Klinikum zur Neuordnung der Herzmedizin in Kooperation mit dem Deutschen Herzzentrum Berlin.

Die Charité ist verpflichtet – ebenso wie die Berliner Plankrankenhäuser – die verbindlichen Qualitätsvorgaben des Krankenhausplans 2016 zu erfüllen.

13. Geplantes Bettenangebot

In den Krankenhausplan 2016 werden rund 21.980 Betten/Plätze aufgenommen. Im Vergleich zur gegenwärtig in Plankrankenhäusern betriebenen Bettenzahl (Stand 01.01.2015) bedeutet dies eine Erhöhung um rund 650 Betten. Im Vergleich zu den derzeit in den Berliner Krankenhausplan aufgenommenen Kapazitäten wird die Planbettenzahl um knapp 1.030 Betten/Plätze erhöht (unter Berücksichtigung des Senatsbeschlusses vom 31.03.2015 zur Charité). Hinzu kommen die 15 Plätze des Behandlungszentrums für Folteropfer (siehe Datenblatt zur Charité, Anlage 1). Diese 15 Plätze sind in den nachfolgenden Tabellen 13. – 1 bis 13. – 3 nicht berücksichtigt. Teilstationäre Angebote profitieren weitaus stärker von der Erhöhung als vollstationäre. Knapp 40 Prozent des Gesamtzuwachses entfallen auf den teilstationären Bereich. Damit erhöhen sich diese Kapazitäten um rund 30 Prozent, während der vollstationäre Bereich nur um rund 3 Prozent wächst.

Die Bettendichte, die derzeit (Stand: 01.01.2015) bei 59,9 Betten/Plätze je 10.000 Einwohner Berlins liegt, reduziert sich mit dem bis zum Jahr 2020 geplanten Bettenangebot auf 59,6 Betten/Plätze je 10.000 Einwohner (Bevölkerung gemäß Einwohnerregister am 31.12.2014: 3.562.166 Einwohner, Prognosebevölkerung 2020: 3.690.191 Einwohner). Unter Berücksichtigung der Umlandversorgung zählt damit Berlin weiterhin zu den Ländern, die den Krankenhausversorgungsbedarf einwohnerbezogen mit einer vergleichsweise geringen Bettenkapazität decken.

Das geplante Bettenangebot gemäß Krankenhausplan 2016 deckt sich mit dem für 2020 prognostizierten Versorgungsbedarfs von knapp 22.000 Betten. Sollten, anders als angenommen, Veränderungen in der Entwicklung der Bevölkerung oder des tatsächlichen Versorgungsbedarfs eintreten, werden Anpassungen notwendig sein. Ein entscheidendes Kriterium für die Notwendigkeit einer Einzelanpassung ist ein wesentlich veränderter Bedarf im Einzugsgebiet eines Krankenhauses, der nicht nur vorübergehender Natur ist. Für das Jahr 2018 ist eine grundsätzliche Planüberprüfung, insbesondere zur Geriatrie vorgesehen.

Auch im Planungszeitraum bis 2020 bleibt der Fachausschuss Krankenhausplanung bestehen. Er gewährleistet die Einbeziehung der unmittelbar Beteiligten in alle Fragen notwendiger Einzelanpassungen. Der Fachausschuss wird darüber hinaus wesentliche Einzelthemen erörtern, die aus Sicht seiner Beteiligten für die Krankenhausplanung bzw. für die Umsetzung des Krankenhausplans 2016 von Bedeutung sind. Die für Finanzen zuständige Senatsverwaltung wirkt dabei mit.

Einen Überblick zu den Veränderungen, differenziert nach Fachdisziplinen vermittelt die nachfolgende Tabelle 13. – 1.

Tab. 13. - 1: Gegenwärtiges Bettenangebot sowie bisher gemäß Krankenhausplan 2010 (Umsetzung durch Feststellungsbescheide) und neu geplantes Bettenangebot gemäß Krankenhausplan 2016 in Plankrankenhäusern, Berlin insgesamt nach Fachabteilungen

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbescheid zum Krankenhausplan 2010 ¹⁾	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	235	190	194
Chirurgie	4.993	4.787	4.870
darunter:			
Gefäßchirurgie	253	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Herzchirurgie	150	X	164
Kinderchirurgie	114	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	2.248	X	X
Plastische Chirurgie	132		
Thoraxchirurgie	155	X	X
Visceralchirurgie	483		
Allgemeine Chirurgie	1.458		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.146	1.123	1.115
Geriatrie	1.699	1.730	2.042
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	366	307	342
Haut- und Geschlechtskrankheiten	253	223	255
Innere Medizin	6.188	5.940	6.217
darunter:			
Innere Medizin und Angiologie	62	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Innere Medizin und Endokrinologie	54		
Innere Medizin und Gastroenterologie	984		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	536		
Innere Medizin und Kardiologie	1.558	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	399	X	X
Innere Medizin und Pneumologie	492	X	X
Innere Medizin und Rheumatologie	278	X	X
Allgemeine Innere Medizin	1.825		
Kinder- und Jugendheilkunde	751	740	765
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	350	366	438
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	76	74	72
Neurochirurgie	401	385	396
Neurologie	986	922	1.102
Nuklearmedizin	42	35	42
Physikalische und Rehabilitative Medizin	0	10	27
Psychiatrie und Psychotherapie	2.823	2.825	3.211
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	239	208	255
Strahlentherapie	123	124	111
Urologie	518	458	523
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	140	206	0
Betten / Plätze insgesamt	21.329	20.653	21.977
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	9	11	11
Geriatrie	210	236	299
Haut- und Geschlechtskrankheiten	47	46	64
Innere Medizin	144	148	167
Kinder- und Jugendheilkunde	42	39	50
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	158	169	208
Neurologie	20	19	24
Psychiatrie und Psychotherapie	668	671	875
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	25	25	72
Strahlentherapie	0	5	3
teilstationäre Plätze insgesamt	1.323	1.369	1.773
<p>☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl gefäßmed. SP - gefäßmedizinischer Schwerpunkt</p> <p>¹⁾ Charité mit 2.700 berücksichtigt, gemäß Senatsbeschluss vom 31.3.2015 mit 3001 in den Krankenhausplan 2010, zzgl. 15 Plätze des Behandlungszentrums für Folteropfer, aufgenommen</p>			

Trägervielfalt

Im Ergebnis der Aufstellung des Krankenhausplans 2010 verändert sich die Verteilung des Versorgungsangebotes auf die einzelnen Trägerbereiche in geringem Maße. Die Planungen führen – im Vergleich zum Krankenhausplan 2010 – zu Zunahmen im Versorgungsanteil für den universitären und öffentlichen Trägerbereich sowie zu Abnahmen im freigemeinnützigen und privaten Trägerbereich.

Einen Überblick zum derzeitigen, bisher und neu geplanten Bettenangebot in Plankrankenhäusern (einschließlich der Charité) vermittelt nachfolgende Tabelle.

Tab. 13. - 2: Gegenwärtiges Bettenangebot sowie bisher gemäß Krankenhausplan 2010 (Umsetzung durch Feststellungsbescheide) und neu geplantes Bettenangebot gemäß Krankenhausplan 2016 in Plankrankenhäusern, Berlin insgesamt nach Trägerbereichen

Trägerbereich	Betten in Plankrankenhäusern gemäß ordnungsbeh. Genehmigung Stand 01.01.2015		Bettenangebot gemäß Krankenhausplan 2010 (Umsetzung durch Feststellungsbescheid) Stand 01.01.2015 ¹⁾		Geplantes Bettenangebot gemäß Krankenhausplan 2016	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
freigemeinnützig	8.819	41,3	8.676	42,0	9.127	41,5
öffentlich	6.222	29,2	6.150	29,8	6.606	30,1
privat	3.277	15,4	3.127	15,1	3.243	14,8
universitär	3.011	14,1	2.700	13,1	3.001	13,7
Berlin insgesamt	21.329	100,0	20.653	100,0	21.977	100,0

¹⁾ Charité mit 2.700 berücksichtigt, gemäß Senatsbeschluss vom 31.3.2015 mit 3.001 in den Krankenhausplan 2010 aufgenommen, zzgl. 15 Plätze des Behandlungszentrums für Folteropfer, aufgenommen

Geplantes Angebot nach Versorgungsregionen und Krankenhausstandorten

Die Planungen des Krankenhausplans 2016 unterstützen die wohnortnahe Sicherstellung der Krankenhausversorgung in den Bereichen der Basisversorgung. Durch die Erweiterung der geriatrischen Kapazitäten, vorrangig in bislang unterdurchschnittlich versorgten Regionen, und den Ausbau der regionalisiert geplanten psychiatrischen Angebote werden auch mit dem Krankenhausplan 2016 weitere Verbesserungen erreicht.

Näheres dazu wurde bereits bei der Darstellung der Versorgungsschwerpunkte Geriatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ausgeführt. Einen Gesamtüberblick des geplanten Versorgungsangebotes nach den sechs Versorgungsregionen beinhaltet nachfolgende Tabelle 13. – 3.

Die standortbezogenen Planungen sind den in Anlage 1 enthaltenen Krankenhaus-Datenblättern zu entnehmen.

Tab. 13.-3: Geplante Betten gemäß Krankenhausplan 2016 in Plankrankenhäusern, Berlin insgesamt und nach Regionen, absolut und je 1.000 Einwohner der Prognosebevölkerung 2020

Fachabteilungen	SOLL - Betten in Plankrankenhäusern gemäß Krankenhausplan 2016 in Berlin insgesamt und nach Regionen													
	Berlin insgesamt		Mitte		Nord		Ost		Südost		Südwest		West	
	Betten absolut	Betten je 1.000 EW	Betten absolut	Betten je 1.000 EW	Betten absolut	Betten je 1.000 EW	Betten absolut	Betten je 1.000 EW	Betten absolut	Betten je 1.000 EW	Betten absolut	Betten je 1.000 EW	Betten absolut	Betten je 1.000 EW
Augenheilkunde	194	0,05	58	0,09	20	0,03	30	0,06	22	0,04	24	0,04	40	0,07
Chirurgie	4.870	1,32	1.352	2,02	676	1,02	529	0,99	415	0,70	1.092	1,67	806	1,41
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.115	0,30	253	0,38	175	0,26	101	0,19	118	0,20	198	0,30	270	0,47
Geriatric	2.042	0,55	272	0,41	339	0,51	292	0,55	291	0,49	474	0,72	374	0,65
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	342	0,09	102	0,15	76	0,11	27	0,05	30	0,05	40	0,06	67	0,12
Haut- und Geschlechtskrankheiten	255	0,07	128	0,19	17	0,03	0	0,00	55	0,09	0	0,00	55	0,10
Innere Medizin	6.217	1,68	1.733	2,58	892	1,35	467	0,88	639	1,07	1.352	2,06	1.134	1,98
Kinder- und Jugendheilkunde	765	0,21	331	0,49	80	0,12	100	0,19	72	0,12	90	0,14	92	0,16
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	438	0,12	132	0,20	60	0,09	80	0,15	46	0,08	60	0,09	60	0,10
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	72	0,02	30	0,04	0	0,00	26	0,05	0	0,00	16	0,02	0	0,00
Neurochirurgie	396	0,11	125	0,19	51	0,08	100	0,19	37	0,06	29	0,04	54	0,09
Neurologie	1.102	0,30	214	0,32	172	0,26	204	0,38	155	0,26	172	0,26	185	0,32
Nuklearmedizin	42	0,01	17	0,03	15	0,02	0	0,00	10	0,02	0	0,00	0	0,00
Physikalische und Rehabilitative Medizin	27	0,01	0	0,00	10	0,02	0	0,00	0	0,00	17	0,03	0	0,00
Psychiatrie und Psychotherapie	3.211	0,87	638	0,95	523	0,79	492	0,92	510	0,85	588	0,90	460	0,80
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	255	0,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	140	0,21	115	0,20
Strahlentherapie	111	0,03	38	0,06	36	0,05	0	0,00	10	0,02	22	0,03	5	0,01
Urologie	523	0,14	269	0,40	97	0,15	51	0,10	0	0,00	106	0,16	0	0,00
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Betten / Plätze insgesamt	21.977	5,96	5.692	8,49	3.239	4,90	2.499	4,70	2.410	4,04	4.420	6,74	3.717	6,48
dar. teilstationäre Plätze insgesamt	1.773	0,48	377	0,56	248	0,37	279	0,52	299	0,50	294	0,45	276	0,48

14. Ausbildungsstätten

Ausbildungsstätten an Krankenhäusern, die für die in § 2 Abs. 1a KHG genannten Berufe ausbilden (Ergotherapeut/-in, Diätassistent/-in, Hebamme, Entbindungspfleger, Physiotherapeut/-in, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Krankenpflegehelfer/-in, medizinisch-technische Assistenzberufe in der Labormedizin, der Radiologie und der Funktionsdiagnostik, Logopäde/-in, Orthoptist/-in) werden in den Krankenhausplan aufgenommen und haben einen Anspruch auf Förderung der Investitionskosten gemäß den Vorschriften des KHG in Verbindung mit dem LKG. In Anlage 5 sind die förderfähigen Berliner Ausbildungsstätten an Krankenhäusern mit Adresse und Fachrichtung aufgeführt.

Die Ausbildungsstätten, die für die bundes- oder landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe ausbilden, müssen vom Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin genehmigt werden. Die Platzzahl der Ausbildungsstätten wird in der beantragten Höhe genehmigt, sofern die gesetzlich vorgeschriebenen räumlichen, personellen und curricularen Anforderungen erfüllt und die erforderlichen praktischen Ausbildungsmöglichkeiten vorhanden sind.

Die in § 2 Abs.1a des KHG genannten Ausbildungsstätten und die mit einem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten für den Beruf der Kardiotechnikerinnen und -techniker werden gefördert, soweit und solange diese in den Krankenhausplan aufgenommen sind. Grundlage der Förderung ist innerhalb der Höchstgrenze der staatlich genehmigten Ausbildungsplätze die Zahl der Ausbildungsplätze, die zum Stichtag 1. November des Vorjahres tatsächlich betrieben wurden (§ 11 LKG). Damit soll gesichert werden, dass nur aktuell besetzte Ausbildungsplätze in die Förderung einbezogen werden. Diese Zahl kann von der Anzahl der staatlich genehmigten Plätze abweichen.

Zur Finanzierung der pflegesatzfähigen Kosten der Ausbildung vereinbaren die Träger von ausbildenden Krankenhäusern mit den Krankenkassenverbänden jährlich ein individuelles Ausbildungsbudget. Damit Krankenhäuser durch ihre Ausbildungstätigkeit nicht benachteiligt sind, werden die Kosten der Ausbildung auf alle Krankenhäuser umgelegt. Die Umlage erfolgt mittels eines Fonds, dem die Zuschläge zu den Fallpauschalen zugeführt werden, die alle Krankenhäuser in gleicher Höhe zu diesem Zweck erheben müssen. Der landeseinheitliche Ausbildungszuschlag im Jahr 2015 pro Fall beträgt 61,64 €. Das Volumen des Ausbildungsfonds in Berlin beträgt im Jahr 2015 ca. 52,4 Mio. €. Krankenhäuser, die ausbilden, erhalten Ausgleichszahlungen aus dem Fonds. Der Ausbildungsfonds wurde in Berlin erstmals 2007 eingerichtet. Er wird von der Berliner Krankenhausgesellschaft verwaltet.

Die Regelungen zur Ausbildung im Krankenhausfinanzierungsgesetz bieten keine ausreichenden Mechanismen zur Durchsetzung einer bedarfsorientierten Planung der Ausbildungsplatzzahl durch das Land. Es liegt in der Verantwortung der Berliner Krankenhäuser, genügend Nachwuchskräfte heranzubilden. Angesichts der demografischen Entwicklung kommt dieser Aufgabe besondere Bedeutung zu. Für die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und für Hebammen und Entbindungspfleger kann die Ausbildung aufgrund bundesgesetzlicher Vorgaben ausschließlich von Krankenhäusern angeboten werden.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzungen der Fachabteilungen in den Tabellen

Aug.	Augenheilkunde
Chi.	Chirurgie
Der.	Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dermatologie)
Ger.	Geriatric
GuG	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
HChi.	Herzchirurgie
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Inn.	Innere Medizin
Insg.	Insgesamt
KChi.	Kinderchirurgie
Kin.	Kinder- und Jugendmedizin
KPsy.	Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
NChi.	Neurochirurgie
Nrl.	Neurologie
Nuk.	Nuklearmedizin (Therapie)
Ort.	Orthopädie
PChi.	Plastische Chirurgie
Psy.	Psychiatrie und Psychotherapie
Psm.	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Son.	Sonstige Fachabteilungen
Str.	Strahlentherapie
Uro.	Urologie
Chi. BV	chirurgische Basisversorgung
Int. BV	internistische Basisversorgung
Abt.	Abteilung

Abkürzungen für Krankenhäuser

AVK	Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
bzfo	Behandlungszentrum für Folteropfer
CBF	Campus Benjamin Franklin (Charité)
CCM	Campus Charité Mitte (Charité)
CVK	Campus Virchow-Klinikum (Charité)
DHZB	Deutsches Herzzentrum Berlin
EGZB	Evangelisches Geriatriezentrum Berlin
EWK	Evangelisches Waldkrankenhaus
GKH	Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

HUK	Vivantes Humboldt-Klinikum
KAU	Vivantes Klinikum Am Urban
KEH	Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
KFH	Vivantes Klinikum im Friedrichshain
KHD	Vivantes Klinikum Hellersdorf
KMV	Krankenhaus des Maßregelvollzuges
KNK	Vivantes Klinikum Neukölln
KPB	Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg
KSP	Vivantes Klinikum Spandau
TWW	Theodor-Wenzel-Werk
UKB	Unfallkrankenhaus Berlin
VIV.	Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
WBK	Vivantes Wenckebach-Klinikum

Sonstige Abkürzungen

Abb.	Abbildung
ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.
AfS	Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BAnz.	Bundesanzeiger
BKG	Berliner Krankenhausgesellschaft
CMI	Case Mix Index (Fallschweregrad)
CRP	C-Reaktives Protein (Blutwert/Hinweis auf Entzündungsgeschehen)
CT	Computertomograf
COPD	chronic obstructiv pulmonary disease
DRG	Diagnosis Related Groups
DKH	Deutsche Krebshilfe
DMP	Disease-Management-Programm
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EEG	Elektroenzephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
EU	Europäische Union
EW	Einwohner
FA	Fachabteilung
FS	Fortschreibung
FU	Freie Universität
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKR	Gemeinsames Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlins
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GTDS	Giessener Tumordokumentationssystem

HU	Humboldt-Universität
ICD 10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
InEK-Daten	Daten gem. § 21 KHEntgG, aufbereitet vom InEK
IT	Informationstechnik
ITH	Intensivtransporthubschrauber
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KH	Krankenhaus, Krankenhäuser
KHPL	Krankenhausplan
KJPsych	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Kl.	Klinik
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LHKM	Linksherzkathetermessplatz
MTAF	Medizinisch-technische/-r Assistent/-in für Funktionsdiagnostik
MTLA	Medizinisch-technische/-r Laboratoriumsassistent/-in
MTRA	Medizinisch-technische/-r Radiologieassistent/-in
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
ö. B.	Örtlicher Bereich
OP	Operationen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	perkutane transluminale coronare Angioplastie (auch PTCA genannt)
PDF	auch pdf = Portable Document Format
Psych	Psychiatrie
PTA	perkutane transluminale Angioplastie
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie (auch PCI genannt)
RTH	Rettungstransporthubschrauber
Schl.-Nr.	Schlüsselnummer
SenBJW	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft
SenGesSoz	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
SenStadt	Senatsverwaltung für Stadtentwicklung
sonst.	Sonstige
SP	Schwerpunkt
StaBA	Statistisches Bundesamt
Tab.	Tabelle
TK	Tagesklinik
TZB	Tumorzentrum Berlin
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
VHF	Virales Hämorrhagisches Fieber
WBO	Weiterbildungsordnung der Ärztekammer
ziv.	zivil

Zitierte Rechtsgrundlagen

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKRG	Bundeskrebsregisterdatengesetz
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
JGG	Jugendgerichtsgesetz
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHStatV	Krankenhausstatistik-Verordnung
LKG	Landeskrankenhausgesetz
LuftVG	Luftverkehrsgesetz
PsychKG	Gesetz für psychisch Kranke
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
RDG	Rettungsdienstgesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch V
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
TPG	Transplantationsgesetz

Anlagen:

Anlage 1: Datenblätter

Erläuterungen zu den Datenblättern des Krankenhausplan 2016

Das Datenblatt ist in Kopf-, Tabellen- sowie Fußnoten- und Anmerkungsteil gegliedert.

1. Im Kopfteil des Datenblattes ist zutreffendenfalls die Beteiligung an der Unfall- und Notfallversorgung festgelegt (Notfallkrankenhaus, Notfallzentrum). Durch Fußnoten am Namen des Krankenhauses bzw. Krankenhausstandortes wird außerdem festgestellt, welche Organe im Sinne des Transplantationsgesetzes transplantiert bzw. ob allogene/autologe Stammzelltransplantationen durchgeführt werden dürfen. In gleicher Weise wird dargestellt, ob es sich um ein Krankenhaus handelt, das ausschließlich Belegbetten führt (Belegklinik).
2. Im Tabellenteil des Datenblattes sind Umfang und Fachabteilungsstruktur der Bettenkapazität dargestellt, mit der das Krankenhaus bzw. der Krankenhausstandort in den Krankenhausplan 2016 aufgenommen ist. In der Tabellenvorspalte „Fachabteilungen“ sind die Disziplinen aufgelistet, in denen das Krankenhaus ordnungsbehördlich genehmigte bzw. konzessionierte Abteilungen betreibt bzw. für die der Plan die Neuaufnahme einer entsprechenden Abteilung vorsieht. Der Gliederung nach Fachabteilungen liegt die Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2016 zu Grunde. Bis auf eine Ausnahme – Betten in der Rubrik „Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten“ sehen die Festlegungen des Krankenhausplans 2016 (3. Datenspalte) nicht mehr vor – ist diese Gliederung identisch mit der des Krankenhausplanes 2010. Die Methodik der Bettenzuordnung zu den Abteilungen richtet sich nach den Bestimmungen der Krankenhausstatistik-Verordnung.
3. Die ersten beiden Datenspalten der Tabelle sind nachrichtlicher Natur. Die erste Spalte gibt die Zahl der ordnungsbehördlich genehmigten bzw. konzessionierten Betten wieder (soweit es sich bereits bisher um ein Plankrankenhaus handelt), die zweite Datenspalte bildet die gemäß bestandskräftigem Feststellungsbescheid bisher in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten ab. Auch hier wurde nach Möglichkeit eine Auflösung der Rubrik „Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten“, ggf. mit Fußnotenankmerkungen, angestrebt.
4. Die dritte Datenspalte beinhaltet die neuen bettenbezogenen Festlegungen des Krankenhausplan 2016 (Zahl der vorzuhaltenden ordnungsbehördlich genehmigten Betten bzw. Plätze), aus denen sich der Versorgungsauftrag gemäß § 8 Abs. 1 des KHEntgG bzw. § 4 Abs. 1 der BpflV (in Verbindung mit weiteren Festlegungen im Kopf- und Fußnotenteil) ableitet. Der Vergleich der zweiten und dritten Datenspalte zeigt somit die vorgesehene Veränderung im Umfang der Aufnahme in den Krankenhausplan 2016.
5. Im unteren Teil der Tabelle „darunter teilstationär“ sind gesondert die teilstationären Kapazitäten dargestellt. Die teilstationären Plätze sind lediglich nach Hauptdisziplinen aufgegliedert. Es handelt sich um „Darunter-Positionen“ der im oberen Tabellenteil ausgewiesenen Gesamtkapazität der entsprechenden Hauptdisziplinen.
6. Der untere Teil des Datenblattes (Fußnoten- und Anmerkungsteil) enthält gegebenenfalls die Fußnoten, die sich auf den Kopfteil des Datenblattes sowie auf die erste und dritte Datenspalte der Tabelle beziehen können sowie ergänzende Informationen zu den am 1.7.2014 betriebenen medizinisch-technischen Großgeräten und Feststellungen zu mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten, für die das Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1a KHG in Verbindung mit § 11 LKG Anspruch auf Investitionsförderung hat. Die Fußnoten, die sich auf die erste Datenspalte beziehen, und die Informationen zu den medizinisch-technischen Großgeräten haben nachrichtlichen Charakter.

7. Soweit in der zweiten und dritten Datenspalte schraffierte Tabellenfelder auftreten, wird im unteren Teil des Datenblattes erklärt, dass für diese Subdisziplinen keine planerischen Festlegungen getroffen werden. Soweit Tabellenfelder mit einem „X“ vorhanden sind, wird erklärt, dass es sich um eine Subdisziplin handelt, für die eine qualitative Planausweisung erfolgt. Sind die Voraussetzungen für einen „X“-Ausweis, der bereits gemäß Krankenhausplan 2010 erfolgt und durch Feststellungsbescheid umgesetzt ist, nicht nachgewiesen bzw. erfüllt, wird das „X“ in Klammern gesetzt („(X)“) und als Fußnote wird angemerkt, dass Nachweise noch ausstehen. Der „X“-Ausweis steht somit unter einer Bedingung mit aufschiebender Wirkung. Für Krankenhäuser mit einem anerkannten gefäßmedizinischen Schwerpunkt ist bei den Subdisziplinen Angiologie und Gefäßchirurgie jeweils „gefäßmed. SP“ im entsprechenden Tabellenfeld vermerkt (zweite bzw. dritte Datenspalte). Analog zum „(X)“-Ausweis kann auch „gefäßmed. SP“ in Klammern gesetzt werden. Die Herzchirurgie ist die einzige Subdisziplin, für die eine abschließende Planung erfolgt, sie wird deshalb bei allen Krankenhäusern mit Betten im Fachgebiet Chirurgie ausgewiesen, gegebenenfalls auch mit 0 Betten.
 8. Folgende Versorgungsangebote/Sachverhalte werden in Ergänzung zu den Soll-Vorgaben gemäß Datenspalte 3 in Fußnotenform nach einheitlichen Kriterien ausgewiesen
 - Stroke Unit
 - neurologische Frührehabilitation, Phase B
 - Weaningeinheit
 - onkologischer Schwerpunkt
 - psychiatrische/psychosomatische und kinder- und jugendpsychiatrische Pflichtversorgungsregion
 - psychosomatische Tagesklinik als Teil der regionalen psychiatrischen / psychosomatischen Pflichtversorgung
 9. Die in den Fußnoten ausgewiesenen Dialyseplätze sind sowohl bei den „Ist“- als auch bei den „Soll“-Angaben nicht in der Bettenzahl enthalten.
-

Inhaltsverzeichnis

Standortbezogene Festlegungen der im Krankenhausplan 2010 aufgenommenen bzw. aus diesem ausscheidenden Krankenhäuser und Krankenhausstandorte

Krankenhaus / Krankenhausstandort	Seite
Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee	119
Augenklinik Marzahn	120
Augenklinik im Ring-Center	121
Bundeswehrkrankenhaus (ziviler Bereich)	122
Charité – Universitätsmedizin Berlin	123
Campus Benjamin Franklin (CBF)	125
Standort Eschenallee	126
Campus Charité Mitte (CCM)	127
Campus Virchow Klinikum (CVK)	129
Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB)	130
Deutsches Zentrum für Geriatrie Berlin (DZGB)	131
Dominikus-Krankenhaus Berlin	132
DRK Kliniken Berlin Köpenick	133
DRK Kliniken Berlin Mitte	134
DRK Kliniken Berlin Westend	135
DRK Kliniken Berlin Wiegmann-Klinik	136
Evangelisches Geriatriezentrum Berlin (EGZB)	137
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)	138
Evangelische Elisabeth Klinik	139
Evangelische Lungenklinik Berlin	140
Evangelisches Johannesstift Wichernkrankenhaus	141
Evangelisches Krankenhaus Hubertus	142
Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau	143
Friedrich-von-Bodenschwingh Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	144
Franziskus-Krankenhaus	145
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (GKH)	146
Havelklinik	147
HELIOS Klinikum Berlin-Buch	148
HELIOS Klinikum Emil von Behring	150
Immanuel-Krankenhaus Berlin	151
Standort Rheumaklinik Wannsee	152
Standort Rheumaklinik Buch	153
Jüdisches Krankenhaus Berlin	154
Klinik für MIC am Ev. Krankenhaus Hubertus	155
Klinik Helle Mitte	156
Klinik Hygiea	157

Krankenhaus / Krankenhausstandort	Seite
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	158
Krankenhaus Bethel Berlin	159
Krankenhaus Waldfriede	160
Malteser-Krankenhaus	161
Maria Heimsuchung – Caritas-Klinik Pankow	162
Martin-Luther-Krankenhaus	163
MEDIAN Klinik Berlin-Kladow	164
Park-Klinik Weißensee	165
Paulinenkrankenhaus	166
Poliklin Charlottenburg	167
Sana Kliniken Lichtenberg	168
Schlosspark-Klinik	169
St. Gertrauden-Krankenhaus	170
St. Hedwig-Kliniken Berlin	171
Standort St. Hedwig Krankenhaus	172
Standort Krankenhaus Hedwigshöhe	173
St. Joseph-Krankenhaus Berlin Tempelhof	174
St. Marien Krankenhaus Berlin	175
Unfallkrankenhaus Berlin (UKB)	176
Vitanas Klinik für Geriatrie	177
Vivantes – Netzwerk für Gesundheit	178
Standort Klinikum im Friedrichshain (KFH)	180
Standort Klinikum Am Urban (KAU)	183
Standort Klinikum Hellersdorf (KHD)	184
Standort Klinikum Neukölln (KNK)	186
Standort August-Viktoria-Klinikum (AVK)	188
Standort Wenckebach-Klinikum (WBK)	189
Standort Humboldt-Klinikum (HUK)	190
Standort Klinikum Spandau (KSP)	191
Vivantes Ida Wolff Krankenhaus	192
Westklinik Dahlem	193

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf
Region: Ost

Trägerbereich: privat

AUGENKLINIK BERLIN-MARZAHN ¹⁾

Träger:

BREBACHER WEG 15
12683 BERLIN

Augenklinik Berlin-Marzahn GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	51	40	30
Betten / Plätze insgesamt	51 ²⁾	40	30

¹⁾ Beteiligung an der fachspezifischen Notfallversorgung

²⁾ darunter 11 Betten außerhalb des Krankenhausplans

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Friedrichshain-Kreuzberg
 Region: Mitte

Trägerbereich: privat

AUGENKLINIK IM RING-CENTER

Träger:

FRANKFURTER ALLEE 111
 10247 BERLIN

Augenklinik im Ring-Center GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	10	6	10
Betten / Plätze insgesamt	10 ¹⁾	6	10

¹⁾ darunter 4 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: öffentlich

BUNDESWEHRKRANKENHAUS (ZIVILER BEREICH)

Träger:

SCHARNHORSTSTRASSE 13
10115 BERLIN

Bundesministerium der Verteidigung

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	88	88	75
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	20	X	X
Allgemeine Chirurgie	68		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15	15	15
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5	5	10
Innere Medizin	52¹⁾	52	50¹⁾
darunter: Allgemeine Innere Medizin	52		
Neurochirurgie	10	10	10
Neurologie	5	5	10²⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	5	5	5³⁾
Urologie	10	10	15
Betten / Plätze insgesamt	190³⁾	190	190^{4), 5)}

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 8 Betten Sonderisolerstation (6 Betten S2, 2 Betten S3)

²⁾ darunter Stroke Unit bei Nachweis der Zertifizierung

³⁾ Teil eines Schwerpunktes zur Versorgung nichtziviler Patientinnen und Patienten

⁴⁾ onkologischer Schwerpunkt

⁵⁾ nur Betten für Zivilbevölkerung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph

- 1 Kernspintomograph

- 1 Lithotripter

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: universitär

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN ^{1) 2)}

Träger:

CHARITÉPLATZ 1
10117 BERLIN

Charité - Universitätsmedizin Berlin,
Köperschaft des öffentl. Rechts

Fachabteilungen	Krankenhausbetten (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Krankenhausplan 2010 ²⁾	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	74	55	71
Chirurgie	528	464	595
darunter: Gefäßchirurgie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ³⁾
Herzchirurgie	12	X	0
Kinderchirurgie	34	X	X ³⁾
Orthopädie/Unfallchirurgie	241	X	X ³⁾
Thoraxchirurgie		(X)	(X) ³⁾
Allgemeine Chirurgie	241		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	180	165	186
Geriatric			45
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	82	59	72
Haut- und Geschlechtskrankheiten	98	66	75
Innere Medizin	944	832	984
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ³⁾
Innere Medizin und Endokrinologie	17		
Innere Medizin und Gastroenterologie	134		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	213		
Innere Medizin und Kardiologie	197	X	X ³⁾
Innere Medizin und Nephrologie	160	X	X ³⁾
Innere Medizin und Pneumologie	7	X	X ³⁾
Innere Medizin und Rheumatologie	47	X	X ³⁾
Allgemeine Innere Medizin	169		
Kinder- und Jugendheilkunde	226	225	232
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	38	38	38
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	46	48	46
Neurochirurgie	100	96	109
Neurologie	170	139	169
Nuklearmedizin	17	10	17
Physikalische und Rehabilitative Medizin			17
Psychiatrie und Psychotherapie	173	165	185
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	56	30	30
Strahlentherapie	49	54	46
Urologie	90	48	84
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	140	206	
 Betten / Plätze insgesamt	3.011 ²⁾	2.700	3.001
darunter teilstationär			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	14	14	19
Innere Medizin	51	44	61
Kinder- und Jugendheilkunde	10	10	21
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	13	10	13
Neurologie			5
Psychiatrie und Psychotherapie	35	42	40
Strahlentherapie		5	3
teilstationäre Plätze insgesamt	123	125	162

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- ¹⁾ Die Charité ist gemäß Berliner Universitätsmedizingesetz eine Einrichtung. Sie stellt die hochschulmedizinische Versorgung in campusübergreifenden Strukturen und Prozessen innerhalb der Charité Zentren sicher.
- ²⁾ Gemäß Senatsbeschluss vom 31.03.2015 ab diesem Zeitpunkt mit 3001 Betten/Plätzen, zzgl. 15 Plätze des Behandlungszentrums für Folteropfer; in der zu diesem Zeitpunkt betriebenen Fachabteilungsstruktur in den Krankenhausplan 2010 aufgenommen
- ³⁾ nur an ausgewählten Standorten, siehe standortbezogene Datenblätter

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 10 Linksherzkathetermessplätze
- 13 Computertomographen
- 12 Kernspintomographen
- 8 Linearbeschleuniger
- 1 Lithotripter
- 2 Positronen-Emissions-Tomographen

Bezüglich der betriebenen Ausbildungsstätten wird auf Anlage 5, Abschnitt B, dieses Krankenhausplanes verwiesen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: universitär

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Standort: CAMP. BENJ. FRANKLIN ¹⁾
HINDENBURGDAMM 30
12203 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Krankenhausbetten (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	23	11	23
Chirurgie	141	161	163
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	62	X	X
Allgemeine Chirurgie	79		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	30	23	28
Geriatric			45
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	33	12	25
Haut- und Geschlechtskrankheiten	26		
Innere Medizin	307	291	291
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	34		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	81		
Innere Medizin und Kardiologie	69	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	39 ²⁾	X	X
Allgemeine Innere Medizin	84		
Kinder- und Jugendheilkunde		23	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	16	23	16
Neurochirurgie	31	23	29
Neurologie	64	56	74 ³⁾
Physikalische und Rehabilitative Medizin			17
Psychiatrie und Psychotherapie	⁴⁾	85	102 ⁴⁾
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	50	30	30
Strahlentherapie	18	23	18
Urologie	46	23	40
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	38	47	
Betten / Plätze insgesamt	823	831	901 ⁵⁾
darunter teilstationär			
Innere Medizin			5
Psychiatrie und Psychotherapie		20	22
teilstationäre Plätze insgesamt		20	27

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ autologe Stammzelltransplantation bzw. -transfusion bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen

²⁾ 10 ordnungsbehördlich genehmigte Dialyseplätze

³⁾ darunter Stroke Unit sowie 20 Betten für neurologische Frührehabilitation, Phase B

⁴⁾ Verlagerung vom Standort Eschenallee im Januar 2015 erfolgt;

die Betten werden überregional, außerhalb der Vollversorgung für eine Region, betrieben

⁵⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 3 Linksherzkathetermessplätze
- 3 Computertomographen
- 3 Kernspintomographen
- 3 Linearbeschleuniger
- 1 Lithotripter
- 2 Positronen-Emissions-Tomographen

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
 Region: West

Trägerbereich: universitär

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Standort: ESCHENALLEE

ESCHENALLEE 3

14050 BERLIN

Fachabteilungen	Krankenhausbetten (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Psychiatrie und Psychotherapie	95 ¹⁾		
Betten / Plätze insgesamt	95 ²⁾		
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie	20 ³⁾		
teilstationäre Plätze insgesamt	20		

¹⁾ Die Betten werden überregional, außerhalb der Vollversorgung für eine Region, betrieben.

²⁾ Verlagerung zum Standort Hindenburgdamm im Januar 2015 erfolgt

³⁾ 2 Tageskliniken am Standort Charité,
Campus Benjamin Franklin/Eschenallee (20 Betten/Plätze)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: universitär

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Standort: CAMP. CHARITÉ MITTE ¹⁾

CHARITÉPLATZ 1

10117 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Krankenhausbetten (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde		44	
Chirurgie	147	74	164
darunter: Gefäßchirurgie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ²⁾
Herzchirurgie	12	X	0 ³⁾
Orthopädie/Unfallchirurgie	77	X	X
Thoraxchirurgie		(X)	(X) ⁴⁾
Allgemeine Chirurgie	58		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	42	22	50
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	22	44	47
Haut- und Geschlechtskrankheiten	72	66	75
Innere Medizin	276	221	278 ⁵⁾
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ²⁾
Innere Medizin und Endokrinologie	17		
Innere Medizin und Gastroenterologie	30		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	36		
Innere Medizin und Kardiologie	56	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	23 ⁶⁾	X	X
Innere Medizin und Pneumologie	7	X	X
Innere Medizin und Rheumatologie	47	X	X
Allgemeine Innere Medizin	60		
Kinder- und Jugendheilkunde	20	24	20
Neurochirurgie		66	70
Neurologie	54	52	46 ⁷⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	78 ⁸⁾	80	83 ^{8) 9)}
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	6		
Urologie	40		40
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	47	111	
Betten / Plätze insgesamt	804	804	873 ¹⁰⁾
darunter teilstationär			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	14	14	19
Innere Medizin	39	32	40
Neurologie			5
Psychiatrie und Psychotherapie	15 ¹¹⁾	22	18
teilstationäre Plätze insgesamt	68	68	82

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- 1) befristet bis zur Konzentration am Standort CVK Transplantationszentrum für Nieren;
autologe Stammzelltransplantation bzw. -transfusion bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen
- 2) vorbehaltlich des Nachweises der (Re-)Zertifizierung
- 3) Weiterbetrieb der Abteilung längstens bis zum Abschluss der Baumaßnahmen zur Konzentration der herzmedizinischen Angebote am Standort DHZB - Charité/CVK gemäß Grundsatzvereinbarung über die Kooperation zwischen Charité und DHZB im Bereich der Herzmedizin
- 4) Abteilungsausweis erfolgt, falls die dafür notwendigen Bedingungen erfüllt sind,
insbesondere die ordnungsbehördliche Genehmigung der Abteilung und Nachweis der Mindestfallzahl schwerwiegender Operationen
- 5) darunter Weaningeinheit
- 6) 10 ordnungsbehördlich genehmigte Dialyseplätze
- 7) darunter Stroke Unit
- 8) Psychiatrische Vollversorgung für Mitte zusammen mit St. Hedwig-Kliniken Berlin
- 9) zuzüglich 15 teilstationäre Betten für das Behandlungszentrum für Folteropfer, Standort Turmstraße
- 10) onkologischer Schwerpunkt
- 11) Tagesklinik am Standort (15 Betten/Plätze)

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 4 Linksherzkathetermessplätze
- 3 Computertomographen

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: universitär

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Standort: CAMP. VIRCHOW-KL. ¹⁾

AUGUSTENBURGER PLATZ 1

13353 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Krankenhausbetten (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	51	44	48
Chirurgie	240	229	268
darunter: Herzchirurgie	0		0
Kinderchirurgie	34	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	102	X	X
Allgemeine Chirurgie	104		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	108	120	108
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	27	3	
Innere Medizin	361 ²⁾	320	415 ²⁾
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	70		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	96		
Innere Medizin und Kardiologie	72	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	98 ³⁾	X	X
Allgemeine Innere Medizin	25		
Kinder- und Jugendheilkunde	206	178	212
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	38 ⁴⁾	38	38 ⁴⁾
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	30	25	30
Neurochirurgie	69	7	10
Neurologie	52	31	49 ⁵⁾
Nuklearmedizin	17	10	17
Strahlentherapie	31	31	28
Urologie	4	25	4
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	55	48	
Betten / Plätze insgesamt	1.289	1.065	1.227 ⁶⁾
darunter teilstationär			
Innere Medizin	12	12	16
Kinder- und Jugendheilkunde	10	10	21
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	13	10	13
Strahlentherapie		5	3
teilstationäre Plätze insgesamt	35	37	53

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Transplantationszentrum für Nieren, Leber, Pankreas und Darm;

Stammzelltransplantation bzw. -transfusion bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen

²⁾ darunter 20 Betten Sonderisolerstation

³⁾ 18 ordnungsbehördlich genehmigte Dialyseplätze, darunter 6 Plätze für Kinder

⁴⁾ Die Betten werden überregional, außerhalb der Vollversorgung für eine Region, betrieben

⁵⁾ darunter Stroke Unit

⁶⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 3 Linksherzkathetermessplätze
- 7 Computertomographen
- 4 Kernspintomographen
- 3 Linearbeschleuniger
- 1 Positronen-Emissions-Tomograph

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte Trägerbereich: freigemeinnützig
Region: Mitte

DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN ¹⁾

Träger:

AUGUSTENBURGER PLATZ 1
13353 BERLIN

Stiftung Deutsches Herzzentrum Berlin

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	138 ^{2) 3)}	120	164 ³⁾
darunter: Herzchirurgie	138	X	164
Innere Medizin	24	20	4) ⁴⁾
darunter: Innere Medizin und Kardiologie	24	X	
Kinder- und Jugendheilkunde	32 ⁵⁾	26	34 ⁵⁾
Betten / Plätze insgesamt	194 ²⁾	166	198

X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- ¹⁾ Transplantationszentrum für Herz und Lunge;
Beteiligung an der fachspezifischen Notfallversorgung;
Kooperation mit dem Paulinenkrankenhaus
(insbesondere Weiterbehandlung von herzchirurgischen Patientinnen und Patienten)
- ²⁾ darunter 18 Betten außerhalb des Krankenhausplans, davon 15 Betten in der Dependence Dickensweg 25/39 (Station H8) und 3 Betten am Standort Augustenburger Platz
- ³⁾ darunter 2 Betten am Standort Dickensweg 25/39 (nicht Bestandteil der Station H8); die Erhöhung um 44 auf 164 Betten erfolgt schrittweise in Abhängigkeit von der Fertigstellung der Baumaßnahmen zur Konzentration der herzmedizinischen Angebote am Standort DHZB - Charité/CVK gemäß Grundsatzvereinbarung über die Kooperation zwischen Charité und DHZB im Bereich der Herzmedizin, darunter 12 Betten, die nach Aufgabe der herzchirurgischen Abteilung am Standort Charité/CCM zum Standort DHZB verlagert werden
- ⁴⁾ Weiterbetrieb der Abteilung längstens bis zum Abschluss der Baumaßnahmen zur Konzentration der herzmedizinischen Angebote am Standort DHZB - Charité/CVK gemäß Grundsatzvereinbarung über die Kooperation zwischen Charité und DHZB im Bereich der Herzmedizin
- ⁵⁾ einschließlich der Behandlung von Erwachsenen mit angeborenen Fehlbildungen des Herzens

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 3 Linksherzkathetermessplätze
- 1 Computertomograph
- 2 Kernspintomographen

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätten:

- Krankenpflegeschule am Deutschen Herzzentrum Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
- Akademie für Kardiotechnik am Deutschen Herzzentrum Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf
Region: Ost

Trägerbereich: privat

DEUTSCHES ZENTRUM FÜR GERIATRIE BERLIN GMBH

Träger:

Blumberger Damm / Ecke Altentrepptower Str.
12683 Berlin

Vitanas Holding GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Geriatric			65
Betten / Plätze insgesamt		0	65
darunter teilstationär			
Geriatric			5
teilstationäre Plätze insgesamt		0	5

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Treptow-Köpenick
Region: Südost

Trägerbereich: freigemeinnützig

DRK KLINIKEN BERLIN | KÖPENICK

Träger:

SALVADOR-ALLENDE-STRASSE 2/8
12559 BERLIN

Zweite Gemeinnützige Krankenhaus
GmbH DRK Schwesternschaft Berlin

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	157	160	160 ¹⁾
darunter: Gefäßchirurgie	23	gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ²⁾
Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	59	X	X
Allgemeine Chirurgie	75		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	46	45	45 ¹⁾
Geriatric	60	60	60
Innere Medizin	218	215	215 ¹⁾
darunter: Innere Medizin und Angiologie	15	gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ²⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	90		
Innere Medizin und Kardiologie	93	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	20 ³⁾	X	X
Neurologie	44	45	45 ⁴⁾
Betten / Plätze insgesamt	525	525	525 ⁵⁾
darunter teilstationär			
Geriatric	15	15	15
teilstationäre Plätze insgesamt	15	15	15

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter bis zu 20 Belegbetten in den Fachrichtungen Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Innere Medizin

²⁾ vorbehaltlich des Nachweises der (Re-)Zertifizierung

³⁾ 10 ordnungsbehördlich genehmigte Dialyseplätze

⁴⁾ darunter Stroke Unit

⁵⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Linksherzkathetermessplatz
- 1 Computertomograph
- 1 Kernspintomograph

Das Krankenhaus ist dem Bildungszentrum für Pflegeberufe der DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Spandauer Damm 130, 14050 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

DRK KLINIKEN BERLIN | WESTEND

Träger:

SPANDAUER DAMM 130
14050 BERLIN

DRK Schwesternschaft Berlin
Gemeinnützige Krankenhaus GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	10	10	10
Chirurgie	160	160	155
darunter: Herzchirurgie	0		0
Kinderchirurgie	10	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	79	X	X ¹⁾
Visceralchirurgie	31		
Allgemeine Chirurgie	40		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	80	80	75 ²⁾
Geriatric			25
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15	15	15 ³⁾
Innere Medizin	135	135	135
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	64		
Innere Medizin und Kardiologie	71	X	X
Kinder- und Jugendheilkunde	47	50	50 ⁴⁾
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	50 ⁴⁾	50	60 ⁵⁾
Strahlentherapie	5	5	5
Urologie	5	5	
Betten / Plätze insgesamt	507	510	530 ⁶⁾
darunter teilstationär			
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20	20	25
teilstationäre Plätze insgesamt	20	20	25

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 15 Belegbetten

²⁾ darunter 3 Belegbetten

³⁾ Belegbetten

⁴⁾ darunter Therapieeinheit im Verbund mit den DRK-Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik mit insgesamt 10 Betten / Plätzen für sozio-affektive Regulationsstörungen der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

⁵⁾ Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Region West

⁶⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 2 Linksherzkathetermessplätze
- 1 Computertomograph
- 1 Kernspintomograph
- 3 Linearbeschleuniger

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

biz Bildungszentrum für Pflegeberufe der DRK-Schwwesternschaft Berlin e.V.
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

DRK KLINIKEN BERLIN | WIEGMANN-KLINIK

Träger:

SPANDAUER DAMM 130
14050 BERLIN

Dritte Gemeinnützige Krankenhaus GmbH
DRK Schwesternschaft Berlin

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	50	50	65 ¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	50	50	65
darunter teilstationär			
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	10	10	25
teilstationäre Plätze insgesamt	10	10	25 ²⁾

¹⁾ darunter Therapieeinheit im Verbund mit den DRK-Kliniken Berlin | Westend (Fachabteilung für Kinder- und Jugendheilkunde) mit insgesamt 10 Betten / Plätzen für sozio-affektive Regulationsstörungen der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

²⁾ Beteiligung an der psychiatrisch/psychosomatischen Vollversorgung für Wilmersdorf-Charlottenburg mit 15 tagesklinischen Plätzen

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: freigemeinnützig

EV. GERIATRIEZENTRUM BERLIN gGmbH

Träger:

REINICKENDORFER STR. 61
13347 BERLIN

Ev. Geriatriezentrum Berlin gemeinnützige
GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Geriatric	192	192	192
Betten / Plätze insgesamt	192	192	192
darunter teilstationär			
Geriatric	40	40	40
teilstationäre Plätze insgesamt	40	40	40

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Lichtenberg
Region: Ost

Trägerbereich: freigemeinnützig

EV. KRANKENHAUS KÖNIGIN ELISABETH HERZBERGE

Träger:

HERZBERGSTRASSE 79
10365 BERLIN

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	71	75	75
darunter: Gefäßchirurgie	28	gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ¹⁾
Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	25		X
Allgemeine Chirurgie	18		
Geriatric	44	55	65
Innere Medizin	115	125	125
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ¹⁾
Innere Medizin und Nephrologie	25 ²⁾	X	X
Allgemeine Innere Medizin	90		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	50 ³⁾	58	80 ³⁾
Neurologie	92	92	102 ⁴⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	228 ⁵⁾	236	271 ⁵⁾
Urologie	30	30	30
Betten / Plätze insgesamt	630	671	748 ⁶⁾
darunter teilstationär			
Geriatric	15	15	15
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	28	29	42
Neurologie	15	15	15
Psychiatrie und Psychotherapie	62 ⁷⁾	54	96 ⁸⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	120	113	168

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ vorbehaltlich des Nachweises der (Re-)Zertifizierung

²⁾ 10 ordnungsbehördlich genehmigte Dialyseplätze

³⁾ Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Region Ost;
20 Betten/Plätze (inkl. 12 teilstationäre Plätze) für die überregionale Versorgung geistig Behinderter;
Behandlung psychosomatisch erkrankter Kinder in Kooperation mit dem Sana Klinikum Lichtenberg

⁴⁾ darunter Stroke Unit bei Nachweis der Zertifizierung

⁵⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Lichtenberg, darunter 43 Betten/Plätze (inkl. 4 teilstationäre Plätze) für die überregionale Versorgung geistig Behinderter

⁶⁾ onkologischer Schwerpunkt

⁷⁾ 2 Tageskliniken:

- 10245 Berlin, Boxhagener Str. 76-78 (22 Betten/Plätze),
- 10365 Berlin, Herzbergstraße 82-84 (30 Betten/Plätze),
- am Krankenhausstandort 10 Betten/Plätze in die Stationen integriert

⁸⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 17 Plätzen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph (betrieben durch niedergelassenen Arzt)
- 1 Kernspintomograph (betrieben durch niedergelassenen Arzt)

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:
Evangelische Krankenpflegeschule des Evangelischen Krankenhauses
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: freigemeinnützig

EVANGELISCHE ELISABETH KLINIK

Träger:

LÜTZOWSTRASSE 24-26
10785 BERLIN

Evangelische Elisabeth Klinik
Krankenhausbetriebs gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	94	75	75
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	27	X	X
Plastische Chirurgie	21		
Allgemeine Chirurgie	46		
Innere Medizin	75	75	70
darunter: Allgemeine Innere Medizin	75		
Betten / Plätze insgesamt	169 ¹⁾	150	145

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 19 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph (betrieben durch niedergelassenen Arzt)

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

EVANGELISCHES JOHANNESSTIFT WICHERNKRANKENHAUS

Träger:

SCHÖNWALDER ALLEE 26
13587 BERLIN

Evangelisches Johannesstift
Wicherkrankenhaus gGmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Geriatric	106	106	116
Betten / Plätze insgesamt	106	106	116
darunter teilstationär			
Geriatric	10	10	20
teilstationäre Plätze insgesamt	10	10	20

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

EVANGELISCHES KRANKENHAUS HUBERTUS

Träger:

SPANISCHE ALLEE 10-14
14129 BERLIN

Ev. Krankenhaus Hubertus
Krankenhausbetriebs gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	70	65	55
darunter: Gefäßchirurgie	30	gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ¹⁾
Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	20	X	(X) ²⁾
Allgemeine Chirurgie	20		
Geriatric	72	72	72
Innere Medizin	68	68	73
darunter: Innere Medizin und Angiologie	10	gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ¹⁾
Allgemeine Innere Medizin	58		
Betten / Plätze insgesamt	210	205	200 ³⁾
darunter teilstationär			
Geriatric	8	8	8
teilstationäre Plätze insgesamt	8	8	8

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ vorbehaltlich des Nachweises der (Re-)Zertifizierung

²⁾ Vorbehaltlich des Nachweises zur Beteiligung an der unfallchirurgischen Notfallversorgung am Wochenende

³⁾ nach erfolgter Fusion mit der Klinik für MIC insgesamt 260 Betten

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph
- 1 Kernspintomograph

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

EVANGELISCHES WALDKRANKENHAUS SPANDAU

Träger:

STADTRANDSTR. 555-561
13589 BERLIN

Ev. Waldkrankenhaus Spandau
Krankenhausbetriebs gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	184	175	170
darunter: Gefäßchirurgie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ¹⁾
Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	118	X	X
Allgemeine Chirurgie	66		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	72	68	68
Geriatric	93	100	110
Innere Medizin	89	75	85
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ¹⁾
Allgemeine Innere Medizin	89		
Kinder- und Jugendheilkunde	45	42	42
Betten / Plätze insgesamt	483 ²⁾	460	475 ³⁾
darunter teilstationär			
Geriatric			10
teilstationäre Plätze insgesamt			10

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ vorbehaltlich des Nachweises der (Re-)Zertifizierung

²⁾ darunter 23 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

³⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph (Kooperation mit niedergelassenem Arzt)
- 1 Kernspintomograph (Kooperation mit niedergelassenem Arzt)

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätten:

- Staatlich anerkannte Schule für Ergotherapie im Ev. Waldkrankenhaus Spandau, Stadtrandstr. 555 - 561, 13589 Berlin
- und gemeinsam mit dem Martin-Luther-Krankenhaus
- Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Ev. Waldkrankenhauses Spandau und des Martin Luther-Krankenhauses Hohenzollerndamm 150, 14199 Berlin.
- Es ist darüber hinaus, vorbehaltlich der erforderlichen Anpassung und ordnungsbehördlichen Genehmigung der Ausbildungsplatzzahl, der Schule für Gesundheitsberufe Berlin GmbH am St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

F.V.-BODELSCHWINGH KLINIK F. PSYCHIATRIE U. PSYCHOTH.

Träger:

LANDHAUSSTR. 33-35
10717 BERLIN

Gemeindepsychiatrischer Verbund und
Altenhilfe GPVA gGmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Psychiatrie und Psychotherapie	138 ¹⁾	142	163 ¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	138	142	163
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie	38 ²⁾	36	52
teilstationäre Plätze insgesamt	38	36	52

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Charlottenburg-Wilmersdorf zusammen mit der Schlosspark-Klinik und in Zusammenarbeit mit den DRK Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik

²⁾ Tagesklinik:
am Krankenhausstandort, darunter eine eigenständige Einheit mit 12 Plätzen
für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte Trägerbereich: freigemeinnützig
 Region: Mitte

FRANZISKUS-KRANKENHAUS

Träger:

BUDAPESTER STR. 15-19
 10787 BERLIN

St. Georgsstift e.V.

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	55	55	55
darunter: Gefäßchirurgie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ¹⁾
Herzchirurgie	0		0
Allgemeine Chirurgie	55		
Innere Medizin	90	90	75
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ¹⁾
Allgemeine Innere Medizin	90		
Urologie	55	55	55
Betten / Plätze insgesamt	200	200	185 ²⁾

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ vorbehaltlich des Nachweises der (Re-)Zertifizierung

²⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph (betrieben durch niedergelassenen Arzt)
- 1 Lithotripter

Das Krankenhaus betreibt gemeinsam mit dem St. Gertrauden-Krankenhaus folgende Ausbildungsstätte:
 St. Gertrauden-Franziskus-Krankenpflegeschule am St. Gertrauden-Krankenhaus,
 Paretzer Straße 11-12, 10713 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HAVELHÖHE

Träger:

KLADOWER DAMM 221
14089 BERLIN

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	36	36	36
darunter: Herzchirurgie	0		0
Visceralchirurgie	22		
Allgemeine Chirurgie	14		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	40	40	40
Geriatric	28	25	25
Innere Medizin	197¹⁾	183	207¹⁾
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	56		
Innere Medizin und Kardiologie	34	X	X
Innere Medizin und Pneumologie	35	X	X
Allgemeine Innere Medizin	72		
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	35	35	50
Betten / Plätze insgesamt	336²⁾	319	358³⁾
darunter teilstationär			
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			15 ⁴⁾
teilstationäre Plätze insgesamt			15

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 10 Betten für die Entgiftung Drogenabhängiger

²⁾ darunter 17 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

³⁾ onkologischer Schwerpunkt

⁴⁾ Beteiligung an der psychiatrisch/psychosomatischen Vollversorgung für Spandau mit 15 tagesklinischen Plätzen

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph (Koperation mit niedergelassenem Arzt)
- 2 Linksherzkathetermessplätze (1 betrieben durch niedergelassenen Arzt)

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe, Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: privat

HAVELKLINIK

Träger:

GATOWER STR. 191-193
13595 BERLIN

Havelklinik GmbH & Co.KG

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	66	56	56 ¹⁾
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	55		
Plastische Chirurgie	4		
Allgemeine Chirurgie	7		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	11	7	7 ²⁾
Innere Medizin	1		
darunter: Allgemeine Innere Medizin	1		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2		
Neurochirurgie	9	8	
Urologie	1	1	
Betten / Plätze insgesamt	91 ³⁾	72	63

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ darunter 8 Belegbetten

²⁾ Belegbetten

³⁾ darunter 19 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Pankow
Region: Nord

Trägerbereich: privat

HELIOS KLINIKUM BERLIN - BUCH ¹⁾

Träger:

Schwanebecker Chaussee 50
13125 BERLIN

HELIOS Klinikum Berlin-Buch GmbH

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	20	20	20
Chirurgie	248	232	232
darunter: Gefäßchirurgie	33	gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ²⁾
Herzchirurgie	0		0
Kinderchirurgie	30	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	131	X	X
Visceralchirurgie	54		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	67	80	80
Geriatric	84	81	96
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	44	36	36
Haut- und Geschlechtskrankheiten	18	17	17
Innere Medizin	280	232	232
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ²⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	52		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	89		
Innere Medizin und Kardiologie	74	X	(X) ⁴⁾
Innere Medizin und Nephrologie	31 ³⁾	X	X
Allgemeine Innere Medizin	34		
Kinder- und Jugendheilkunde	88	80	80
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	50 ⁵⁾	50	60 ⁵⁾
Neurochirurgie	54	51	51
Neurologie	41	41	41 ⁶⁾
Nuklearmedizin	15	15	15
Physikalische und Rehabilitative Medizin		10	10
Strahlentherapie	40	36	36
Urologie	47	52	52
Betten / Plätze insgesamt	1.096 ⁷⁾	1.033	1.058 ⁸⁾
darunter teilstationär			
Geriatric			15
Innere Medizin	4	4	4
Kinder- und Jugendheilkunde	4	4	4
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20	25	30
teilstationäre Plätze insgesamt	28	33	53

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- 1) Stammzelltransplantation bzw. -transfusion bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen
- 2) vorbehaltlich des Nachweises der (Re-)Zertifizierung
- 3) 18 ordnungsbehördlich genehmigte Dialyseplätze
- 4) Vorbehaltlich des Nachweises zur Beteiligung an der kardiologischen Notfallversorgung am Wochenende
- 5) Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Region Nord
- 6) darunter Stroke Unit
- 7) darunter 63 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010
- 8) onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 2 Linksherzkathetermessplätze
- 3 Computertomographen
- 2 MRT
- 3 Linearbeschleuniger
- 1 Positronen-Emissions-Tomograph
- 1 Lithotripter

Das Krankenhaus ist der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Buch, Schwanebecker Chaussee 4 , 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: privat

HELIOS KLINIKUM EMIL VON BEHRING

Träger:

WALTERHÖFERSTR. 11
14165 BERLIN

HELIOS Klinikum Emil von Behring GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	225	225	205 ¹⁾
darunter: Gefäßchirurgie			gefäßmed. SP
Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	117	X	X
Plastische Chirurgie	11		
Thoraxchirurgie	49	X	X
Allgemeine Chirurgie	48		
Innere Medizin	234	234	234
darunter: Innere Medizin und Angiologie			gefäßmed. SP
Innere Medizin und Gastroenterologie	38		
Innere Medizin und Kardiologie	47	X	X
Innere Medizin und Pneumologie	149	X	X ²⁾
Kinder- und Jugendheilkunde	20	20	20
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	28	28	28
Betten / Plätze insgesamt	507	507	487 ³⁾
darunter teilstationär			
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	15 ⁴⁾	15	15
teilstationäre Plätze insgesamt	15	15	15

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 9 Betten für Querschnittgelähmte

²⁾ darunter Weaningeinheit

³⁾ onkologischer Schwerpunkt

⁴⁾ Tagesklinik:
am Krankenhausstandort

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Linksherzkathetermessplatz
- 2 Computertomographen
- 2 MRT
- 2 Linearbeschleuniger
- 1 Positronen-Emissions-Tomograph

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

IMMANUEL KRANKENHAUS BERLIN

Träger:

KÖNIGSTRASSE 63
14109 BERLIN

Immanuel-Krankenhaus GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbes- cheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	100	90	80
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	100		
Innere Medizin	180	175	185
darunter: Innere Medizin und Rheumatologie	180	X	X
Betten / Plätze insgesamt	280 ¹⁾	265	265
darunter teilstationär			
Innere Medizin	20	20	20
teilstationäre Plätze insgesamt	20	20	20

X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 15 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe, Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin und der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Buch, Schwanebecker Chaussee 4, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
 Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

IMMANUEL KRANKENHAUS BERLIN

Standort: BERLIN-WANNSEE
 KÖNIGSTRASSE 63
 14109 BERLIN

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	100	90	80
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	100		
Innere Medizin	100	95	105
darunter: Innere Medizin und Rheumatologie	100	X	X
Betten / Plätze insgesamt	200 ¹⁾	185	185
darunter teilstationär			
Innere Medizin	20	20	20
teilstationäre Plätze insgesamt	20	20	20

X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 15 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe, Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin und der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Buch, Schwanebecker Chaussee 4, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Pankow
Region: Nord

Trägerbereich: freigemeinnützig

IMMANUEL KRANKENHAUS BERLIN

Standort: BERLIN-BUCH
LINDENBERGER WEG 15
13125 BERLIN

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Innere Medizin	80	80	80
darunter: Innere Medizin und Rheumatologie	80	X	X
Betten / Plätze insgesamt	80	80	80

X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe, Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin und der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Buch, Schwanebecker Chaussee 4, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: freigemeinnützig

JÜDISCHES KRANKENHAUS BERLIN

Träger:

HEINZ-GALINSKI-STR. 1
13347 BERLIN

Stiftung Jüdisches Krankenhaus Berlin

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	65	65	70 ¹⁾
darunter: Gefäßchirurgie	6	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	30	X	X
Allgemeine Chirurgie	29		
Innere Medizin	135	135	135
darunter: Innere Medizin und Angiologie	15	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP
Innere Medizin und Gastroenterologie	42		
Innere Medizin und Kardiologie	78	X	X
Neurologie	45	45	69 ²⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	60	60	78 ³⁾
Betten / Plätze insgesamt	305	305	352
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie			18
teilstationäre Plätze insgesamt			18

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter bis zu 15 Belegbetten

²⁾ darunter Stroke Unit sowie Einheit mit 20 Betten für neurologische Frührehabilitation, Phase B

³⁾ mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen;
Beteiligung an der psychiatrischen Vollversorgung für Mitte

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 3 Linksherzkathetermessplätze (davon 1 betrieben durch niedergelassenen Arzt)
- 1 Computertomograph (betrieben durch niedergelassenen Arzt)
- 2 Kernspintomographen (betrieben durch niedergelassenen Arzt)

Das Krankenhaus ist der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Buch, Schwanebecker Chaussee 4, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

KLINIK FÜR MIC AM EV. KH HUBERTUS ¹⁾

Träger:

KURSTR. 11
14129 BERLIN

S+A-Klinik für MIC-GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	25	20	38
darunter: Herzchirurgie	0		0
Allgemeine Chirurgie	25		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	25	20	22
Betten / Plätze insgesamt	50 ²⁾	40	60 ³⁾

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ Das Krankenhaus scheidet nach Fusion mit dem Ev. Krankenhaus Hubertus, spätestens aber zum 31.12.2019, aus dem Krankenhausplan aus. Der Versorgungsauftrag geht zu diesem Zeitpunkt auf das Ev. Krankenhaus Hubertus über.

²⁾ darunter 10 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

³⁾ Erhöhung auf 60 Betten unter dem Vorbehalt des Vollzugs der Fusion mit dem Ev. Krankenhaus Hubertus

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf
Region: Ost

Trägerbereich: privat

KLINIK HELLE MITTE

Träger:

ALICE-SALOMON-PLATZ 2
12627 BERLIN

Klinik "Helle Mitte" GmbH Berlin

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Neurochirurgie	6	6	6
Betten / Plätze insgesamt	6 ¹⁾	6	6

¹⁾ zusätzlich 18 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph (in Kooperation mit dem MVZ)
- 3 Kernspintomographen (in Kooperation mit dem MVZ bzw. niedergelassenen Ärzten)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Tempelhof-Schöneberg
 Region: Südwest

Trägerbereich: privat

KLINIK HYGIEA ¹⁾

Träger:

FUGGERSTR. 23
 10777 BERLIN

Klinik Hygiea GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	4	4	1
Chirurgie	29	24	20
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	6		
Allgemeine Chirurgie	23		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1	
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	9	8	5
Urologie	9	8	2
Betten / Plätze insgesamt	52 ²⁾	45	28

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ Belegklinik

²⁾ darunter 7 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

KLINIKEN IM THEODOR-WENZEL-WERK

Träger:

POTSDAMER CHAUSSEE 69
14129 BERLIN

Theodor-Wenzel-Werk e.V.

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Neurologie	40	38	38
Psychiatrie und Psychotherapie	224 ¹⁾	205	213 ¹⁾
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	70	65	82
Betten / Plätze insgesamt	334 ²⁾	308	333
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie	35 ³⁾	35	35
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			17 ⁴⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	35	35	52

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Steglitz-Zehlendorf

²⁾ darunter 26 Betten außerhalb des Krankenhausplans

³⁾ 2 Tageskliniken:

- am Krankenhausstandort (15 Betten/Plätze)
- 12249 Berlin, Kamenzer Damm 1 (20 Betten/Plätze)

⁴⁾ Beteiligung an der psychiatrisch/psychosomatischen Vollversorgung für Steglitz-Zehlendorf mit 17 tagesklinischen Plätzen

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

1 Computertomograph

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

KRANKENHAUS BETHEL BERLIN

Träger:

PROMENADENSTR. 3-5
12207 BERLIN

Krankenhaus Bethel Berlin gGmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	85	80	70
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	53	X	X
Plastische Chirurgie	2		
Allgemeine Chirurgie	30		
Geriatric	77	77	87
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12¹⁾		10¹⁾
Innere Medizin	94	94	79
darunter: Allgemeine Innere Medizin	94		
Urologie	8¹⁾		4¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	276²⁾	251	250
darunter teilstationär			
Geriatric	12	12	15
teilstationäre Plätze insgesamt	12	12	15

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Belegbetten

²⁾ darunter 25 Betten außerhalb des Krankenhausplans

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf Trägerbereich: freigemeinnützig
 Region: Südwest

KRANKENHAUS WALDFRIEDE

Träger:

ARGENTINISCHE ALLEE 40
 14163 BERLIN

Verein Krankenhaus Waldfriede e.V.

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	54	60	60
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	10	X	X
Allgemeine Chirurgie	44		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	53	40	40
Innere Medizin	63	60	60
darunter: Allgemeine Innere Medizin	63		
Betten / Plätze insgesamt	170 ¹⁾	160	160 ^{2), 3)}
darunter teilstationär			
Innere Medizin		4	4
teilstationäre Plätze insgesamt		4	4

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 10 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

²⁾ insgesamt bis zu 10 Belegbetten in den geführten Fachdisziplinen

³⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

Akademie für Gesundheits- und Krankenpflege Waldfriede,
 Argentinische Allee 40, 14163 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
 Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

MALTESER-KRANKENHAUS

Träger:

PILLKALLER ALLEE 1
 14055 BERLIN

Malteser Werk Berlin e.V.

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Geriatrie	53	63	63
Innere Medizin	44	44	44
darunter: Allgemeine Innere Medizin	44		
Betten / Plätze insgesamt	97	107	107
darunter teilstationär			
Geriatrie		10	10
teilstationäre Plätze insgesamt		10	10

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Pankow
Region: Nord

Trägerbereich: freigemeinnützig

MARIA HEIMSUCHUNG - CARITAS-KLINIK PANKOW

Träger:

BREITE STRASSE 46/47
13187 BERLIN

Caritas-Krankenhilfe Berlin e.V.

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	80	80	80
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	40	X	X
Allgemeine Chirurgie	40		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	40	40	40
Innere Medizin	125	125	125
darunter: Innere Medizin und Kardiologie	48	X	X
Allgemeine Innere Medizin	77		
Betten / Plätze insgesamt	245	245	245

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Linksherzkathetermessplatz
- 1 Computertomograph
- 2 MRT (1 MRT wird gemeinsam mit dem MVZ betrieben)

Das Krankenhaus betreibt gemeinsam mit dem Dominikus-Krankenhaus folgende Ausbildungsstätte:
Staatlich anerkannte Krankenpflegeschule Caritas AKADEMIE für Gesundheits- und Krankenpflege,
Hertzstr. 61, 13158 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

MARTIN-LUTHER-KRANKENHAUS

Träger:

CASPAR-THEYSS-STR. 27
14193 BERLIN

Martin-Luther-Krankenhausbetrieb GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	145	120	115
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	63	X	X
Plastische Chirurgie	25		
Allgemeine Chirurgie	57		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	48	47	47
Innere Medizin	105	108	98
darunter: Allgemeine Innere Medizin	105		
Betten / Plätze insgesamt	298 ¹⁾	275	260 ²⁾

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 23 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

²⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph (Kooperation mit niedergelassenem Arzt)
- 1 Kernspintomograph
- 2 Linearbeschleuniger (Kooperation mit niedergelassenem Arzt)

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte gemeinsam mit dem Ev. Waldkrankenhaus Spandau:

- Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Ev. Waldkrankenhauses Spandau und des Martin Luther-Krankenhauses Hohenzollerndamm 150, 14199 Berlin.
- Es ist darüber hinaus, vorbehaltlich der erforderlichen Anpassung und ordnungsbehördlichen Genehmigung der Ausbildungsplatzzahl, der Schule für Gesundheitsberufe Berlin GmbH am St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: privat

MEDIAN KLINIK BERLIN-KLADOW

Träger:

KLADOWER DAMM 223
14089 BERLIN

AHB-Klinik GmbH Berlin & Co. KG

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Neurologie	35	35	35
Betten / Plätze insgesamt	35 ¹⁾	35	35 ¹⁾

¹⁾ neurologische Frührehabilitation, Phase B;
nachrichtlich:

114 Betten für Neurologie und 77 Betten für Orthopädie (Rehabilitation nach § 107 Abs. 2 SGB V)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Pankow
Region: Nord

Trägerbereich: privat

PARK-KLINIK WEISSENSEE

Träger:

SCHÖNSTRASSE 87/90
13086 BERLIN

Park-Klinik Weissensee GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	145	127	127
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	80	X	X
Allgemeine Chirurgie	65		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	35	25	25
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	40	40	40
Innere Medizin	95	95	95
darunter: Innere Medizin und Rheumatologie	20	X	X
Allgemeine Innere Medizin	75		
Neurologie	35	32	32²⁾
Betten / Plätze insgesamt	350¹⁾	319	319³⁾
darunter teilstationär			
Innere Medizin	10	10	10
teilstationäre Plätze insgesamt	10	10	10

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 31 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

²⁾ darunter Stroke Unit

³⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph

Das Krankenhaus ist der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Buch, Schwanebecker Chaussee 4, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
 Region: West

Trägerbereich: privat

POLIKLIN CHARLOTTENBURG ¹⁾

Träger:

MARBURGER STRASSE 12/13
 10789 BERLIN

Polikum Holding GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Innere Medizin	27	27	27
darunter: Innere Medizin und Endokrinologie	27		
Betten / Plätze insgesamt	27 ²⁾	27	27 ³⁾
darunter teilstationär			
Innere Medizin	27	27	27
teilstationäre Plätze insgesamt	27	27	27 ³⁾

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ es wird die Integration des Versorgungsangebotes am Sana Kinikum Lichtenberg unter Aufgabe des Krankenhausstandortes Marburger Str. geprüft

²⁾ zusätzlich 20 Betten/Plätze außerhalb des Plans konzessioniert

³⁾ darunter 24 nachtklinische und 3 tagesklinische Betten/Plätze

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Lichtenberg
Region: Ost

Trägerbereich: privat

SANA KLINIKUM LICHTENBERG

Träger:

FANNINGER STRASSE 32
10365 BERLIN

Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbescheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	122	139	149
darunter: Herzchirurgie	0		0
Kinderchirurgie	10	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	34	X	X
Allgemeine Chirurgie	78		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	76	66	71
Geriatric	89	102	122
Innere Medizin	160	154	179 ¹⁾
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	89		
Innere Medizin und Kardiologie	71	X	X
Kinder- und Jugendheilkunde	107 ²⁾	100	100 ²⁾
Betten / Plätze insgesamt	554	561	621 ³⁾
darunter teilstationär			
Geriatric	15	15	15
Kinder- und Jugendheilkunde	13	10	10
teilstationäre Plätze insgesamt	28	25	25

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Es wird die Integration des Versorgungsangebotes des Krankenhauses POLIKLIN Charlottenburg unter Aufgabe des Krankenhausstandortes Standortes Marburger Str. geprüft.

²⁾ darunter 4 Kinderintensivbetten (insbesondere schwerbrandverletzte Kinder in Kooperation mit dem Unfallkrankenhaus Berlin) und 6 Betten für langzeitbeatmete Kinder sowie Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Elisabeth Herzberge bei der Behandlung psychosomatisch erkrankter Kinder

³⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 2 Linksherzkathetermessplätze
- 1 Computertomograph
- 1 Kernspintomograph

Das Krankenhaus ist der Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Campus Buch, Schwanebecker Chaussee 4, 13125 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: privat

SCHLOSSPARK-KLINIK

Träger:

HEUBNERWEG 2
14059 BERLIN

Schlosspark-Klinik GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	26	15	10
Chirurgie	69	63	60¹⁾
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	10	X	X
Allgemeine Chirurgie	59		
Innere Medizin	83	95	115
darunter: Innere Medizin und Kardiologie	20		
Innere Medizin und Rheumatologie	31	X	X
Allgemeine Innere Medizin	32		
Neurochirurgie	20	14	14²⁾
Neurologie	37	50	50³⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	121⁴⁾	110	110⁴⁾
Betten / Plätze insgesamt	356⁵⁾	347	359
darunter teilstationär			
Innere Medizin	10	14	14
Psychiatrie und Psychotherapie	10	8	8
teilstationäre Plätze insgesamt	20	22	22

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 3 Belegbetten Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, keine operative Tumorbehandlung

²⁾ keine operative Tumorbehandlung bei bösartigen Neubildungen

³⁾ darunter Stroke Unit

⁴⁾ Beteiligung an der psychiatrischen Vollversorgung für Charlottenburg-Wilmersdorf zusammen mit der F. v. Bodelschwingh-Klinik

⁵⁾ darunter 9 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph
- 1 Kernspintomograph

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Charlottenburg-Wilmersdorf
Region: West

Trägerbereich: freigemeinnützig

ST. GERTRAUDEN-KRANKENHAUS

Träger:

PARETZER STR. 12
10713 BERLIN

Sankt Gertrauden-Krankenhaus GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	20 ¹⁾	20	20 ¹⁾
Chirurgie	97 ²⁾	99	99 ²⁾
darunter: Gefäßchirurgie	12		
Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	50	X	X
Allgemeine Chirurgie	35		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	38 ³⁾	40	40 ³⁾
Geriatrie	29	25	35
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	45 ³⁾	45	45 ³⁾
Innere Medizin	96	95	105
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	50		
Innere Medizin und Kardiologie	46	X	X
Neurochirurgie	39 ¹⁾	40	40 ¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	364	364	384 ⁴⁾
darunter teilstationär			
Geriatrie			5
teilstationäre Plätze insgesamt			5

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter 1 Belegbett

²⁾ darunter 4 Belegbetten

³⁾ darunter 2 Belegbetten

⁴⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Linksherzkathetermessplatz (betrieben durch niedergelassenen Arzt)

- 1 Computertomograph

- 1 Kernspintomograph (betrieben durch niedergelassenen Arzt)

Das Krankenhaus betreibt gemeinsam mit dem Franziskus-Krankenhaus folgende Ausbildungsstätte:

St. Gertrauden-Franziskus-Krankenpflegeschule am St. Gertrauden-Krankenhaus,
Paretzer Straße 11-12, 10713 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: freigemeinnützig

ST. HEDWIG-KLINIKEN BERLIN

Träger:

GROSSE HAMBURGER STRASSE 5/11
10115 BERLIN

St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	107	105	105
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	45	X	X ¹⁾
Allgemeine Chirurgie	62		
Geriatric	55	60	105
Innere Medizin	181	175	169
darunter: Innere Medizin und Endokrinologie	10		
Innere Medizin und Gastroenterologie	15		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	20		
Innere Medizin und Kardiologie	26		
Innere Medizin und Nephrologie	10	X	X
Allgemeine Innere Medizin	100		
Psychiatrie und Psychotherapie	362	362	429
Urologie	61	60	60
Betten / Plätze insgesamt	766 ²⁾	762	868
darunter teilstationär			
Geriatric	10	15	15
Psychiatrie und Psychotherapie	93	91	126
teilstationäre Plätze insgesamt	103	106	141

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ nur am Krankenhaus Hedwigshöhe

²⁾ darunter 7 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010 (Standort St. Hedwigs-KH)

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 1.7.2014 betrieben:

- 2 Computertomographen
- 2 Kernspintomographen
- 1 Lithotripter

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

Alexianer Akademie für Gesundheits- und Krankenpflege Berlin
Große Hamburger Straße 5-11, 10115 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Mitte
Region: Mitte

Trägerbereich: freigemeinnützig

ST. HEDWIG-KLINIKEN BERLIN

Standort: ST. HEDWIG-KH
GROSSE HAMBURGER STRASSE 5/11
10115 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	32	30	30
darunter: Herzchirurgie	0		0
Allgemeine Chirurgie	32		
Geriatric			30
Innere Medizin	97 ¹⁾	95	85
darunter: Innere Medizin und Endokrinologie	10		
Innere Medizin und Gastroenterologie	15		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	20		
Innere Medizin und Nephrologie	10	X	X
Allgemeine Innere Medizin	42		
Psychiatrie und Psychotherapie	194 ²⁾	192	222 ²⁾
Urologie	61	60	60
Betten / Plätze insgesamt	384 ³⁾	377	427 ^{4), 5)}
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie	43 ⁶⁾	46	66 ⁷⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	43	46	66

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ 10 Dialyseplätze, durch das Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation geführt

²⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Mitte zusammen mit der Charité/CCM

³⁾ darunter 7 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

⁴⁾ bis zu 15 Belegbetten in den vorgehaltenen Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie und Urologie

⁵⁾ onkologischer Schwerpunkt

⁶⁾ 2 Tageskliniken:

- 13349 Berlin, Müllerstraße 56-58 (18 Betten/Plätze)

- am Krankenhausstandort St. Hedwig-Krankenhaus (25 Betten/Plätze)

⁷⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 21 Plätzen

für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph

- 1 Kernspintomograph

- 1 Lithotripter

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Treptow-Köpenick
Region: Südost

Trägerbereich: freigemeinnützig

ST. HEDWIG-KLINIKEN BERLIN

Standort: KH HEDWIGSHÖHE
HÖHENSTEIG 1
12526 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	75	75	75
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	45	X	(X) ¹⁾
Allgemeine Chirurgie	30		
Geriatric	55	60	75
Innere Medizin	84	80	84
darunter: Innere Medizin und Kardiologie	26		
Allgemeine Innere Medizin	58		
Psychiatrie und Psychotherapie	168 ²⁾	170	207 ²⁾
Betten / Plätze insgesamt	382	385	441 ^{3), 4)}
darunter teilstationär			
Geriatric	10	15	15
Psychiatrie und Psychotherapie	50 ⁵⁾	45	60 ⁶⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	60	60	75

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Vorbehaltlich des Nachweises zur Beteiligung an der unfallchirurgischen Notfallversorgung am Wochenende

²⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Treptow-Köpenick

³⁾ bis zu 15 Belegbetten in den vorgehaltenen Disziplinen Innere Medizin und Chirurgie

⁴⁾ onkologischer Schwerpunkt

⁵⁾ 3 Tageskliniken:

- 12459 Berlin, Edisonstraße 15 (20 Betten/Plätze)
- 2 am Krankenhausstandort Hedwigshöhe (30 Betten/Plätze)

⁶⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 15 Plätzen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph
- 1 Kernspintomograph

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Tempelhof-Schöneberg
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

ST. JOSEPH KRANKENHAUS BERLIN TEMPELHOF

Träger:

WÜSTHOFFSTR. 15
12101 BERLIN

St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof
GmbH

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	123	123	112
darunter: Gefäßchirurgie	10		
Herzchirurgie	0		0
Kinderchirurgie	14	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	56	X	X
Allgemeine Chirurgie	43		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	65	65	65
Geriatric			22
Innere Medizin	177	177	166
darunter: Innere Medizin und Nephrologie	87 ¹⁾	X	X
Allgemeine Innere Medizin	90		
Kinder- und Jugendheilkunde	66	70	70
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	50 ²⁾	50	60 ²⁾
Betten / Plätze insgesamt	481	485	495 ³⁾
darunter teilstationär			
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	25	25	30
teilstationäre Plätze insgesamt	25	25	30

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ 19 ordnungsbehördlich genehmigte Dialyseplätze

²⁾ Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Region Südwest

³⁾ onkologischer Schwerpunkt

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph
- 1 Kernspintomograph

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

Schule für Gesundheitsberufe Berlin GmbH am St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof,
Wüsthoffstr. 15, 12101 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
Region: Südwest

Trägerbereich: freigemeinnützig

ST. MARIEN KRANKENHAUS BERLIN

Träger:

GALLWITZALLEE 123-143
12249 BERLIN

St. Marien e.V. Berlin

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	101	100	100
darunter: Gefäßchirurgie	6		
Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	58	X	X
Plastische Chirurgie	6		
Allgemeine Chirurgie	31		
Geriatric	80	80	80
Innere Medizin	93	94	94
darunter: Allgemeine Innere Medizin	93		
Betten / Plätze insgesamt	274	274	274

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

Staatlich anerkannte Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des St. Marien-Krankenhauses
Gallwitzallee 123-143, 12249 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Reinickendorf Trägerbereich: privat
 Region: Nord

VITANAS KLINIK FÜR GERIATRIE

Träger:

SENFTENBERGER RING 51
 13435 BERLIN

Vitanas GmbH & Co. KGaA

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Geriatric	105	105	105
Betten / Plätze insgesamt	105	105	105
darunter teilstationär			
Geriatric	15	15	15
teilstationäre Plätze insgesamt	15	15	15

Das Krankenhaus ist der Wannsee-Schule e.V., Schule für Gesundheitsberufe,
 Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, angeschlossen.

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: - Trägerbereich: öffentlich
 Region: -

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Träger:

AROSER ALLEE 72-76
 13407 BERLIN

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	20	20	22
Chirurgie	1.052	1.041	997
darunter: Gefäßchirurgie	64	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ¹⁾
Herzchirurgie	0		0
Kinderchirurgie	16	X	X ¹⁾
Orthopädie/Unfallchirurgie	555	X	X ¹⁾
Plastische Chirurgie	23		
Thoraxchirurgie	37	X	X ¹⁾
Visceralchirurgie	357		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	279	301	271
Geriatric	289	268	293
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	66	55	70
Haut- und Geschlechtskrankheiten	132	135	153
Innere Medizin	1.418	1.361	1.458
darunter: Innere Medizin und Angiologie	22	gefäßmed. SP	gefäßmed. SP ¹⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	311		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	214		
Innere Medizin und Kardiologie	537	X	X ¹⁾
Innere Medizin und Nephrologie	66	X	X ¹⁾
Innere Medizin und Pneumologie	105	X	X ¹⁾
Allgemeine Innere Medizin	163		
Kinder- und Jugendheilkunde	120	127	137
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	112	120	140
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2		0
Neurochirurgie	73	70	72
Neurologie	332	290	360
Nuklearmedizin	10	10	10
Psychiatrie und Psychotherapie	1.231	1.259	1.445
Strahlentherapie	29	29	24
Urologie	181	168	200
Betten / Plätze insgesamt	5.346 ²⁾	5.254	5.652
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	9	11	11
Geriatric	35	30	45
Haut- und Geschlechtskrankheiten	33	32	45
Innere Medizin	22	25	27
Kinder- und Jugendheilkunde	15	15	15
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	52	60	68
Neurologie	5	4	4
Psychiatrie und Psychotherapie	323	321	414
teilstationäre Plätze insgesamt	494	498	629

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ nur an ausgewählten Standorten, siehe standortbezogene Datenblätter

²⁾ darunter 110 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010 (standortbezogene Betrachtung)

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 12 Linksherzkathetermessplätze
- 11 Computertomographen
- 8 Kernspintomographen
- 5 Linearbeschleuniger
- 2 Lithotripter
- 1 PET

Das Krankenhaus betreibt folgende Ausbildungsstätte:

Institut für berufliche Bildung im Gesundheitswesen,
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH,
Rudower Straße 48, 12351 Berlin

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Friedrichshain-Kreuzberg
Region: Mitte

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM IM FRIEDRICHSHAIN / LANDSBERGER ALLEE
LANDSBERGER ALLEE 49
10249 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	230	268	253 ¹⁾
darunter: Gefäßchirurgie	32	gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ²⁾
Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	142	X	X
Plastische Chirurgie	23		
Visceralchirurgie	33		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	47	47	50
Geriatric		50	50 ¹⁾
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	35	33	40
Haut- und Geschlechtskrankheiten	35	35	43
Innere Medizin	169	217	248 ¹⁾
darunter: Innere Medizin und Angiologie	22	gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ²⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	37		
Innere Medizin und Kardiologie	50	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	29 ³⁾	X	X
Innere Medizin und Pneumologie	29		
Allgemeine Innere Medizin	2		
Kinder- und Jugendheilkunde	57	60	65
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	82	82	94 ⁴⁾
Neurochirurgie	33	33	35
Neurologie	39	40	40 ⁵⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	25 ⁶⁾	25	25 ⁶⁾
Strahlentherapie		10	10 ⁷⁾
Urologie	37	35	40
Betten / Plätze insgesamt	789 ⁸⁾	935	993 ⁹⁾
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1	1
Geriatric			5
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5	2	10 ¹⁰⁾
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	22	22	22
Psychiatrie und Psychotherapie	25 ¹¹⁾	25	25
teilstationäre Plätze insgesamt	53	50	63

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- 1) Verlagerung von Kapazitäten des Standortes Prenzlauer Berg nach Fertigstellung der Baumaßnahme
- 2) vorbehaltlich des Nachweises der (Re-)Zertifizierung
- 3) 8 ordnungsbehördlich genehmigte Dialyseplätze
- 4) Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Regionen Mitte und Südost in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Neukölln; darunter 20 Betten als überregionales Angebot für die qualifizierte Entzugsbehandlung drogenkranker Minderjähriger
- 5) darunter Stroke Unit
- 6) Psychiatrische Vollversorgung für Friedrichshain-Kreuzberg zusammen mit dem Klinikum Am Urban
- 7) Verlagerung vom Klinikum Am Urban, Standort Dieffenbachstraße und Standort Moabit (Großgeräte), nach Fertigstellung der Baumaßnahmen vorgesehen
- 8) darunter 10 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010
- 9) onkologischer Schwerpunkt
- 10) im 2-Schicht-Betrieb
- 11) Tagesklinik:
am Krankenhausstandort

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Linksherzkathetermessplatz
- 1 Computertomograph
- 1 Positronen-Emissions-Tomograph (in Kooperation mit dem MVZ KFH)
- 2 Magnetresonanztomographen (1 in Kooperation mit dem MVZ KFH)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Pankow
Region: Nord

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM IM FRIEDRICHSHAIN / PRENZLAUER BERG
FRÖBELSTRASSE 15
10405 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	35		
darunter: Herzchirurgie	0		
Orthopädie/Unfallchirurgie	35		
Geriatric	55		
Innere Medizin	56		
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	15		
Allgemeine Innere Medizin	41		
Betten / Plätze insgesamt	146 ¹⁾		

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ Verlagerung zum Standort Landsberger Allee nach Fertigstellung der Baumaßnahme und Standortaufgabe Prenzlauer Berg

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:
- 1 Computertomograph (in Kooperation mit Arztpraxis)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Friedrichshain-Kreuzberg
Region: Mitte

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM AM URBAN
DIEFFENBACHSTR. 1
10967 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	102	81	100
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	57	X	X
Visceralchirurgie	45		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	53	64	45
Innere Medizin	194	172	215
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	43		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	49	X	
Innere Medizin und Kardiologie	69	X	X
Allgemeine Innere Medizin	33		
Psychiatrie und Psychotherapie	195 ¹⁾	205	225 ¹⁾
Strahlentherapie	10 ²⁾		
Urologie	58 ²⁾	50	55
Betten / Plätze insgesamt	612 ³⁾	572	640 ⁴⁾
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6	7	7
Innere Medizin	5	5	5
Psychiatrie und Psychotherapie	25 ⁵⁾	25	43 ⁶⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	36	37	55

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Friedrichshain-Kreuzberg zusammen mit dem Klinikum im Friedrichshain

²⁾ Verlagerung zum Klinikum im Friedrichshain / Landsberger Allee nach Fertigstellung der Baumaßnahmen vorgesehen

³⁾ darunter 30 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

⁴⁾ onkologischer Schwerpunkt

⁵⁾ Tagesklinik am Krankenhausstandort

⁶⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 18 Plätzen

für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 3 Linksherzkathetermessplätze
- 1 Computertomograph
- 1 Lithotripter
- 1 Magnetresonanztomograph

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf
Region: Ost

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM HELLERSDORF / MYSLOWITZER STR.
MYSLOWITZER STRASSE 45
12621 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	66	54	60
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	36		
Visceralchirurgie	30		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	38	38	30
Geriatric	35	30	40
Innere Medizin	69	62	70
darunter: Innere Medizin und Kardiologie	22		
Allgemeine Innere Medizin	47		
Psychiatrie und Psychotherapie		190	221¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	208²⁾	374	421
darunter teilstationär			
Geriatric			5
Psychiatrie und Psychotherapie		56	76 ³⁾
teilstationäre Plätze insgesamt		56	81

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Marzahn-Hellersdorf,
nach Fertigstellung der Baumaßnahme Verlagerung vom Standort Brebacher Weg

²⁾ darunter 24 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

³⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 16 Plätzen
für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph
- 1 Linksherzkathetermessplatz

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Marzahn-Hellersdorf
 Region: Ost

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM HELLERSDORF / BREBACHER WEG
 BREBACHER WEG 15
 12683 BERLIN

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Psychiatrie und Psychotherapie	190 ¹⁾		
Betten / Plätze insgesamt	190 ²⁾		
darunter teilstationär			
Psychiatrie und Psychotherapie	56 ³⁾		
teilstationäre Plätze insgesamt	56		

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Marzahn-Hellersdorf,
 Verlagerung zum Standort Myslowitzer Straße nach Fertigstellung der Baumaßnahme
 vorgesehen

²⁾ Standortaufgabe nach Verlagerung

³⁾ 2 Tageskliniken:
 - 12687 Berlin, Mehrower Allee 22 (20 Betten/Plätze)
 - am Krankenhausstandort (36 Betten/Plätze)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Neukölln
Region: Südost

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM NEUKÖLLN ¹⁾
RUDOWER STR. 48
12351 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallzentrum

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Augenheilkunde	20	20	22
Chirurgie	195	195	180
darunter: Gefäßchirurgie	32	gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ²⁾
Herzchirurgie	0		0
Kinderchirurgie	16	X	X
Orthopädie/Unfallchirurgie	62	X	X
Thoraxchirurgie	37	X	X
Visceralchirurgie	48		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	59	64	73
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	31	22	30
Haut- und Geschlechtskrankheiten	42	45	55
Innere Medizin	358	320	340
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ²⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	69		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	85		
Innere Medizin und Kardiologie	108	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	14	X	X
Innere Medizin und Pneumologie	76	X	X ³⁾
Allgemeine Innere Medizin	6		
Kinder- und Jugendheilkunde	63	67	72
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	30 ⁴⁾	38	46 ⁴⁾
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2		0
Neurochirurgie	40	37	37
Neurologie	101	87	110 ⁵⁾
Nuklearmedizin	10 ⁶⁾	10	10 ⁶⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	239 ⁸⁾	257	303 ^{7) 8)}
Strahlentherapie	10 ⁶⁾	10	10 ⁶⁾
Betten / Plätze insgesamt	1.200 ⁹⁾	1.172	1.288 ^{10) 11)}
darunter teilstationär			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	8	10	15 ¹²⁾
Innere Medizin	5	3	5
Kinder- und Jugendheilkunde	15	15	15
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	30	38	46
Psychiatrie und Psychotherapie	69 ¹³⁾	72	92 ^{8) 14)}
teilstationäre Plätze insgesamt	127	138	173

 - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

- 1) autologe Stammzelltransplantation bzw. -transfusion bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen
- 2) vorbehaltlich des Nachweises der (Re-)Zertifizierung
- 3) darunter Weaningeinheit
- 4) Kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung für die Region Südost gemeinsam mit dem Klinikum im Friedrichshain
- 5) darunter Stroke Unit sowie 20 Betten neurologische Frührehabilitation, Phase B
- 6) Nuklearmedizin und Strahlentherapie als eine Abteilung geführt
- 7) Psychiatrische Vollversorgung für Neukölln
- 8) darunter 22 Betten/Plätze als Intensivtagesklinik mit 7-Tage-Betrieb am Krankenhausstandort (stationsersetzendes Modellprojekt)
- 9) darunter 28 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010
- 10) onkologischer Schwerpunkt
- 11) darunter stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten des ambulanten "Zentrums für die zahnärztliche und kieferchirurgische Behandlung von Menschen mit Behinderung", sofern bei diesen die ambulante Behandlung aufgrund eines zu hohen Narkoserisikos oder psychiatrischer Einschränkungen nicht möglich ist; hierfür können bis zu 2 Betten innerhalb der Gesamtbettenzahl des Klinikums Neukölln genutzt werden
- 12) Tagesklinik im 2-Schicht-Betrieb
- 13) Tageskliniken:
 - 12051 Berlin, Emser Straße 31 (20 Betten/Plätze)
 - 12347 Berlin, Riesestraße 1 (20 Betten/Plätze)
 - am Krankenhausstandort (29 Betten/Plätze)
- 14) darunter eine eigenständige Einheit mit 22 Plätzen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 2 Linksherzkathetermessplätze
- 2 Computertomographen (1 betrieben vom MVZ KNK)
- 2 Linearbeschleuniger (betrieben vom MVZ KNK)
- 2 Magnetresonanz-Tomographen

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Tempelhof-Schöneberg
Region: Südwest

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: AUG.-VIKTORIA-KLINIKUM
RUBENSSTR. 125
12157 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehörl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	109	126	109
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	67	X	X
Visceralchirurgie	42		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	51	43	43
Geriatric	35	15	15
Innere Medizin	146	156	160
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	69		
Innere Medizin und Kardiologie	75	X	X
Allgemeine Innere Medizin	2		
Neurologie	54	51	60 ¹⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	115 ²⁾	112	112 ²⁾
Strahlentherapie	9 ³⁾	9	4 ³⁾
Urologie	53	49	60
Betten / Plätze insgesamt	572	561	563 ⁴⁾
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2	1	1
Geriatric	35	15	15
Innere Medizin	12	16	16
Neurologie	2	1	1
Psychiatrie und Psychotherapie	20 ⁵⁾	20	20
teilstationäre Plätze insgesamt	71	53	53

■ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter Stroke Unit

²⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Tempelhof-Schöneberg zusammen mit dem Wenckebach-Klinikum

³⁾ Belegbetten

⁴⁾ onkologischer Schwerpunkt

⁵⁾ Tagesklinik:
10823 Berlin, Dominicusstraße 5-9

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Linksherzkathetermessplatz
- 1 Computertomograph
- 1 Kernspintomograph
- 1 Linearbeschleuniger (betrieben durch niedergelassenen Arzt)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Tempelhof-Schöneberg
Region: Südwest

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: WENCKEBACH-KLINIKUM
WENCKEBACHSTR. 23
12099 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	53	55	50
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	32	X	X
Visceralchirurgie	21		
Geriatric	133	153	153
Innere Medizin	103	99	90
darunter: Innere Medizin und Gastroenterologie	32		
Innere Medizin und Kardiologie	39		
Allgemeine Innere Medizin	32		
Psychiatrie und Psychotherapie	128¹⁾	128	161¹⁾
Betten / Plätze insgesamt	417	435	454
darunter teilstationär			
Geriatric		15	15
Psychiatrie und Psychotherapie	35 ²⁾	35	55 ³⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	35	50	70

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

¹⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Tempelhof-Schöneberg zusammen mit dem Auguste-Viktoria-Klinikum

²⁾ 2 Tageskliniken:

- am Krankenhausstandort (20 Betten/Plätze) - Tagesklinik I
- am Krankenhausstandort (15 Betten/Plätze) - Tagesklinik II

³⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 20 Plätzen

für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 1 Computertomograph

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Reinickendorf
Region: Nord

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: HUMBOLDT-KLINIKUM / AM NORDGRABEN
AM NORDGRABEN 2
13509 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	140	134	130
darunter: Gefäßchirurgie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ¹⁾
Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	75	X	X
Visceralchirurgie	65		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	31	45	30
Geriatric	31	20	35
Innere Medizin	161	165	165
darunter: Innere Medizin und Angiologie		gefäßmed. SP	(gefäßmed. SP) ¹⁾
Innere Medizin und Gastroenterologie	46		
Innere Medizin und Kardiologie	92	X	X
Innere Medizin und Nephrologie	23 ²⁾	X	X
Neurologie	46	37	50 ³⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	184 ⁴⁾	173	211 ⁴⁾
Urologie	33	34	45
Betten / Plätze insgesamt	626 ⁵⁾	608	666 ⁶⁾
darunter teilstationär			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		2	2
Geriatric			5
Neurologie	2	2	2
Psychiatrie und Psychotherapie	50 ⁷⁾	45	60 ⁸⁾
teilstationäre Plätze insgesamt	52	49	69

☐ - keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ vorbehaltlich des Nachweises der (Re-)Zertifizierung

²⁾ 11 ordnungsbehördlich genehmigte Dialyseplätze

³⁾ darunter Stroke Unit sowie 20 Betten neurologische Frührehabilitation, Phase B

⁴⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Reinickendorf

⁵⁾ darunter 18 Betten außerhalb des Krankenhausplans

⁶⁾ onkologischer Schwerpunkt

⁷⁾ Tagesklinik:
am Krankenhausstandort

⁸⁾ darunter eine eigenständige Einheit mit 15 Plätzen
für psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter entsprechender fachärztlicher Leitung

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 2 Linksherzkathetermessplätze (in Kooperation mit niedergelassenem Arzt)
- 1 Computertomograph (in Kooperation mit niedergelassenem Arzt)
- 1 Magnetresonanztomograph (in Kooperation mit niedergelassenem Arzt)
- 1 Lithotripter

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Spandau
Region: West

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES - NETZWERK FÜR GESUNDHEIT GMBH

Standort: KLINIKUM SPANDAU
NEUE BERGSTR. 6
13585 BERLIN

Notfallversorgung: Notfallkrankenhaus

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehödl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	122	128	115
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	49	X	X
Visceralchirurgie	73		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	55	55	55
Innere Medizin	162	170	170
darunter: Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	80		
Innere Medizin und Kardiologie	82	X	X
Neurologie	92	75	100 ¹⁾
Psychiatrie und Psychotherapie	155 ²⁾	169	187 ²⁾
Betten / Plätze insgesamt	586	597	627 ³⁾
darunter teilstationär			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	20	20	20
Innere Medizin		1	1
Neurologie	1	1	1
Psychiatrie und Psychotherapie	43	43	43
teilstationäre Plätze insgesamt	64	65	65

- keine Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung; X - qualitativer Ausweis der Abteilung ohne Bettenzahl

¹⁾ darunter Stroke Unit sowie 60 Betten neurologische Frührehabilitation, Phase B

²⁾ Psychiatrische Vollversorgung für Spandau

³⁾ onkologischer Schwerpunkt

⁴⁾ Tagesklinik im 2-Schicht-Betrieb

⁵⁾ Tagesklinik:
am Krankenhausstandort

Folgende medizinisch-technische Großgeräte wurden am 01.07.2014 betrieben:

- 2 Linksherzkathetermessplätze (in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten)
- 2 Computertomographen (1 betrieben vom MVZ KSP)
- 1 Magnetresonanztomograph
- 2 Linearbeschleuniger (betrieben vom MVZ KSP)

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Neukölln
Region: Südost

Trägerbereich: öffentlich

VIVANTES IDA WOLFF KRANKENHAUS

Träger:

JUCHACZWEG 21
12351 BERLIN

Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus GmbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Geriatric	140	156	156
Betten / Plätze insgesamt	140	156	156
darunter teilstationär			
Geriatric	20	36	36
teilstationäre Plätze insgesamt	20	36	36

Anlage 1 zum Krankenhausplan 2016

Bezirk: Steglitz-Zehlendorf
 Region: Südwest

Trägerbereich: privat

WESTKLINIK DAHLEM ¹⁾

Träger:

SCHWEINFURTHSTR. 43-47
 14195 BERLIN

Westklinik Dahlem
 Betriebsgesellschaft mbH

Fachabteilungen	Betten in Plankrankenhäusern (inkl. teilstationäre Plätze)		
	Ist-Stand gemäß ordnungsbehördl. Genehmigung Stand: 01.01.2015	Sollvorgaben gemäß Krankenhausplanung	
		Umsetzung gem. Feststellungsbe- scheid zum Krankenhausplan 2010	Krankenhausplan 2016
Chirurgie	37	24	30
darunter: Herzchirurgie	0		0
Orthopädie/Unfallchirurgie	37		
Betten / Plätze insgesamt	37 ²⁾	24	30

¹⁾ Belegklinik

²⁾ darunter 13 Betten außerhalb des Krankenhausplans 2010

Anlage 2: Verzeichnis der außerhalb des Berliner Krankenhausplans betriebenen Krankenhäuser

Verzeichnis der übrigen, nicht in den Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin aufgenommenen Krankenhäuser, Stand 01.01.2015

Name	Anschrift	Fach- abteilungen	Betten- ist	Träger
ARGORA Klinik Berlin	Carmerstr.2 10623 Berlin	Psychotherapeut. Medizin Insgesamt	2 2	ARGORA Beteiligungsgesellschaft mbH Kurfürstenstr. 21 14467 Potsdam
Augenklinik am Wittenbergplatz mit kosmetischer Laserchirurgie	Kleiststr. 23 –26 10787 Berlin	Augenheilkunde Insgesamt	4 4	Herr Dr. Pahlitzsch, Thomas-Walter Werner Kleiststraße 23-26 10787 Berlin
Augenklinik und Lasik Zentrum am Gendarmenmarkt	Charlottenstr. 60 10117 Berlin	Augenheilkunde Insgesamt	1 1	Augenklinik und Lasik Zentrum am Gendarmenmarkt Charlottenstr. 60 10117 Berlin
Avicenna Klinik	Paulsborner Str. 2 10709 Berlin	Chirurgie Neurochirurgie Orthopädie Insgesamt	4 8 4 16	Avicenna Wirbelsäulenklinik GmbH Paulsborner Str. 2 10709 Berlin
Berlin Klinik Leipziger Platz	Leipziger Platz 3 10117 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	BK-Berlin Klinik Betriebs- GmbH Jagdhausstr. 2 76530 Baden Baden
Chirurgia Ästhetica – Dr. Kümpel – Privatklinik für Schönheitsoperationen	Hundekehlestr. 32 14199 Berlin	Sonst. Fachabt. Insgesamt	3 3	Dr. W. Kümpel Hundekehlestr. 32 14199 Berlin
Chirurgische Privatklinik am Hohenzollerndamm -CLINICA VITA-	Hohenzollerndamm 28A 10713 Berlin	Chirurgie Hals-Nasen- Ohrenheilkunde Haut- und Ge- schlechtskrank- heiten Neurochirurgie Orthopädie Plastische Chirurgie Insgesamt	1 1 1 2 4 3 12	Clinica Vita Verwaltungs GmbH Hohenzollerndamm 28 a 10713 Berlin
Clinic Dahlem	Rheinbabenallee 18 14199 Berlin	Chirurgie Insgesamt	2 2	Clinic Dahlem GmbH Rheinbabenallee 18 14199 Berlin
Count Down Entgiftungseinrichtung des Drogentherapie Zentrums Berlin e.V.	Frankfurter Allee 40 10247 Berlin	Psychiatrie Insgesamt	12 12	Drogentherapie Zentrum Berlin e. V. Frankfurter Allee 40 10247 Berlin
EuroEyes	Bellevuestraße 5 10785 Berlin	Augenheilkunde Insgesamt	1 1	EuroEyes AugenLaserZentrum Berlin GmbH Bellevuestr. 5 10785 Berlin
Eye-Clinic	Walter-Benjamin- Platz 8 10629 Berlin	Augenheilkunde Insgesamt	2 2	Dr. Bilal Chamat Walter-Benjamin-Platz 8 10629 Berlin
Fliedner Klinik Berlin	Charlottenstr. 65 10117 Berlin	Psychiatrie und Psychotherapie Insgesamt	44 44	Theodor-Fliedner-Stiftung Kirchliche Stiftung des privaten Rechts Fliednerstr. 2 45481 Mülheim-Ruhr

Name	Anschrift	Fach- abteilungen	Betten- Ist	Träger
Helios Privatkliniken GmbH, Betriebsstätte Berlin-Buch	Schwanebecker Chaussee 5 13125 Berlin	Augenheilkunde Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Geriatrie Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Innere Medizin Neurochirurgie Neurologie Strahlentherapie Urologie Sonstige Fachbereiche Insgesamt	2 12 2 1 2 12 3 2 2 4 4 46	HELIOS Privatkliniken GmbH Else-Kröner-Straße 1 61352 Bad Homburg v.d.H
HELIOS Privatkliniken GmbH, Betriebsstätte Berlin-Zehlendorf	Walterhöfer Str. 11 14165 Berlin	Chirurgie Innere Medizin Orthopädie Plast. Chirurgie Psychoth. Medizin Insgesamt	17 24 12 6 1 60	HELIOS Privatkliniken GmbH Else-Kröner-Straße 1 61352 Bad Homburg v.d.H.
Hydrox.Y Klinik	Kurstr. 11 14129 Berlin	Innere Medizin Insgesamt	4 4	Hydrox.Y GmbH Kurstr. 11 14129 Berlin
Klinik am Garbátyplatz	Garbátyplatz 1 13187 Berlin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	Dentoptics Verwaltungs mbh Garbatyplatz 1 13187 Berlin
Klinik am Kurfürstendamm	Knesebeckstr. 35-37 10623 Berlin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Sonst. Fachabt. Insgesamt	1 1 2	Klinik am Kurfürstendamm GmbH Kurfürstendamm 41 10719 Berlin
Klinik am Schlosspark Biesdorf	Elsterwerdaer Platz 1 12683 Berlin	Sonst. Fachabt. Insgesamt	4 4	Hr. Dr. St. G. Wolf u. Fr. Dr. G. Buerschaper Elsterwerder Platz 1 12683 Berlin
Klinik am Wittenbergplatz GmbH	Bayreuther Str. 36 10789 Berlin	Chirurgie Plast. Chirurgie Sonst. Fachabt. Insgesamt	2 2 2 6	Klinik am Wittenbergplatz GmbH Bayreuther Str. 36 10789 Berlin
Klinik „Helle Mitte“	A.-Salomon-Platz 2 12627 Berlin	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Innere Medizin Neurochirurgie Neurologie Orthopädie Plast. Chirurgie Urologie Insgesamt	3 1 1 2 6 1 2 1 1 18	Klinik „Helle Mitte“ GmbH Berlin, A.-Salomon-Platz 2 12627 Berlin
Klinik Nikolassee	Von-Luck-Str. 3 4129 Berlin	Innere Medizin Psychoth. Medizin Insgesamt	4 12 16	Psychosomatische Privatklinik Nikolassee (PPN) GmbH Argentinische Allee 40 14163 Berlin
Lacomed-Klinik	Tauentzienstr. 7 10789 Berlin	Sonst. Fachbereiche Insgesamt	2 2	Lacomed e.K. Tauentzienstr. 7 10789 Berlin
MEOCLINIC -Internationale Privatklinik-	Friedrichstr. 71 10117 Berlin	Chirurgie Innere Medizin Orthopädie Sonst. Fachabt. Insgesamt	16 7 11 11 45	MEOCLINIC GmbH Friedrichstr. 71 10117 Berlin

Name	Anschrift	Fach- abteilungen	Betten- lst	Träger
MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (MZL)	Frankfurter Allee 231 A 10365 Berlin	Chirurgie Innere Medizin Insgesamt	6 5 11	Sana Gesundheitszentren Berlin-Brandenburg GmbH Rummelsburger Str. 13 10315 Berlin
Panorama Klinik Berlin	Badensche Straße 18 10715 Berlin	Psychotherapeut. Medizin Insgesamt	14 14	Hoppe, Stefan Otto Badensche Str. 18 10715 Berlin
Park – Klinik Sophie – Charlotte	Heubnerweg 2 14059 Berlin	Psychiatrie Psychotherapeutische Medizin Insgesamt	35 20 55	Park – Klinik Sophie – Charlotte GmbH Heubnerweg 2 14059 Berlin
POLIKLIN Charlottenburg	Marburger Straße 12/13 10789 Berlin	Innere Medizin Insgesamt	20 20	Polikum Holding GmbH Fasanenstr. 33 10719 Berlin
Privatklinik Charlottenburg	Bismarckstr. 45-47 10627 Berlin	Sonstige Fachbereiche Insgesamt	8 8	Praxisklinik Charlottenburg GmbH Bismarckstr. 45-47 10627 Berlin
Privatklinik Schloßstraße	Schloßstr. 38 – 40 12165 Berlin	Sonstige Fachbereiche Insgesamt	2 2	Dr. P. by Dr. Panzer GmbH Weinbergstraße 8 14469 Potsdam
Privatklinik Spandau PKS GmbH	Gatower Str. 191 13595 Berlin	Sonstige Fachbereiche Insgesamt	6 6	Privatklinik Spandau PKS GmbH Gatower Str. 191 13595 Berlin
Privatkrankenanstalt „Casa Dentalis GmbH“	Ringstr. 81 12203 Berlin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	Casa Dentalis GmbH Ringstr. 81 12203 Berlin
ULLSTEINHAUS-KLINIK für Gefäßmedizin und Ästhetische Medizin	Mariendorfer Damm 1-3 12099 Berlin	Chirurgie Haut- und Geschlechtskrankheiten Insgesamt	2 1 3	ULLSTEINHAUS-KLINIK für Gefäßmedizin und Ästhetische Medizin GmbH Mariendorfer Damm 1-3 12099 Berlin
Viv. Komfortklinik GmbH, Standort Auguste-Viktoria-Klinikum	Rubensstr. 125 12157 Berlin	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Innere Medizin Neurologie Psychiatrie Urologie Insgesamt	3 2 2 1 1 3 12	Vivantes Komfortklinik GmbH Aroser Allee 72-76 13407 Berlin
Viv. Komfortklinik GmbH, Standort Humboldt-Klinikum	Am Nordgraben 2 13509 Berlin	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Geriatrie Innere Medizin Neurologie Orthopädie Psychiatrie Urologie Insgesamt	8 2 2 16 3 10 4 3 48	Vivantes Komfortklinik GmbH Aroser Allee 72-76 13407 Berlin
Viv. Komfortklinik GmbH, Standort Klinikum Neukölln	Rudower Str. 48 12351 Berlin	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Innere Medizin Neurochirurgie Neurologie Orthopädie Strahlentherapie Insgesamt	2 1 1 4 1 1 1 1 12	Vivantes Komfortklinik GmbH Aroser Allee 72-76 13407 Berlin

Name	Anschrift	Fach- abteilungen	Betten- Ist	Träger
Viv. Komfortklinik GmbH, Standort Klinikum Spandau	Neue Bergstr. 6 (Haus 26, 2. OG) 13585 Berlin	Chirurgie Haut- und Geschlechtskrank- heiten Innere Medizin Neurologie Psychiatrie Insgesamt	5 3 7 10 2 27	Vivantes Komfortklinik GmbH Arosener Allee 72-76 13407 Berlin
Zahnklinik Gropius-Passagen GmbH	Johannisthaler Chaussee 313 12351 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	Zahnklinik Gropius-Passagen VerwaltungsGmbH Johannisthaler Chaussee 313 12351 Berlin
Zahnklinik MEDECO Berlin-Dahlem	Königin-Luise-Platz 1 14195 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Plast. Chirurgie Insgesamt	6 1 7	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik MEDECO Berlin-Neukölln	Karl-Marx-Str. 27 12043 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	4 4	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik MEDECO Potsdamer Platz	Stresemannstr. 121 10963 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	3 3	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik MEDECO Berlin-Spandau	Klosterstraße 17/18 13581 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik MEDECO Berlin-Tempelhof	Mariendorfer Damm 19-21 12109 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	4 4	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik MEDECO Berlin-Wedding	Prinzenallee 89-90 13357 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	4 4	MEDECO GmbH Godesberger Allee 105-107 53175 Bonn
Zahnklinik Ost (Adlershof)	Dörpfeldstr. 46 12489 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	1 1	Zahnklinik Ost Verwaltung UG (haftungsbeschränkt), pers. haft. geschf. Gesellschafterin der Zahnklinik Ost UG (haftungsbeschränkt) & Co.KG Dörpfeldstraße 46 12489 Berlin
Zahnklinik Ost (Helene-Weigel-Platz)	Helene-Weigel-Platz 2 (1.OG) 12681 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	3 3	Zahnklinik Ost Verwaltung UG (haftungsbeschränkt), pers. haft. geschf. Gesellschafterin der Zahnklinik Ost UG (haftungsbeschränkt) & Co.KG Dörpfeldstraße 46 12489 Berlin
Zahnklinik Ost (Karlsruhorst)	Treskowallee 112 10328 Berlin	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie Insgesamt	2 2	Zahnklinik Ost Verwaltung UG (haftungsbeschränkt), pers. haft. geschf. Gesellschafterin der Zahnklinik Ost UG (haftungsbeschränkt) & Co.KG Dörpfeldstraße 46 12489 Berlin

Sonderkrankenhäuser

Name	Anschrift	Fach- abteilungen	Betten- Ist	Träger
Justizvollzugskranken- haus Berlin	Saatwinkler Damm 1a 13627 Berlin	Innere Medizin Psychiatrie Insgesamt	80 36 116	Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz Salzburger Straße 21-25 10825 Berlin
Krankenhaus des Maßregelvollzuges	Olbendorfer Weg 70 13403 Berlin	Psychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psycho- therapie Insgesamt	499 24 523	Senatsverwaltung für Gesundheit, und Soziales Oranienstr. 106 10969 Berlin

Anlage 4: Wer macht was wie oft? – Leistungsvergleich der Berliner Krankenhäuser zu ausgewählten Behandlungen

9. Aktualisierung der vergleichenden Darstellung auf der Datengrundlage des Jahres 2013 vom März 2015

1. Einleitung

„Wer macht was wie oft?“

Im Krankenhausplan 2006 nutzte die damalige Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz erstmals die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erhobenen Daten, um die unterschiedliche Beteiligung der Berliner Krankenhäuser bei verschiedenen Behandlungen genauer zu untersuchen. Es wurde beschlossen, Fallzahlen der Kliniken bei bestimmten Krebsoperationen auf der Homepage der Senatsverwaltung zu veröffentlichen und jährlich zu aktualisieren. Mit dem Krankenhausplan 2010 wurde diese Veröffentlichung auf weitere medizinische Fachgebiete ausgedehnt.

Auf der Basis der Daten des Jahres 2013 werden hiermit Fallzahlen zu folgenden Behandlungen veröffentlicht:

- Krebsoperationen
- Akuttherapie von Herzinfarkt und Schlaganfall
- Behandlung peripherer Durchblutungsstörungen
- Künstlicher Gelenkersatz an Hüfte und Knie
- Chirurgie im Säuglingsalter
- Palliativmedizin

Was ist unser Ziel?

Die Berliner Krankenhäuser sind vielfältig spezialisiert. Diese Arbeitsteilung ist in Anbetracht der allgemein kurzen Wege in der Stadt für die Qualitätssicherung und in wirtschaftlicher Hinsicht auch sehr sinnvoll. Wer etwas öfter macht, der gewinnt an Erfahrung, nicht zuletzt bei der Organisation lückenloser Behandlungspfade. Für ihn lohnen sich der oft mühevoll Aufbau eines unterstützenden Netzes verschiedenster Kooperationen und die Anschaffung der eventuell erforderlichen teuren Medizintechnik.

Die hier gezeigten Diagramme bieten für die ausgewählten Diagnosen einen vollständigen kompakten Überblick zum aktuellen Behandlungsumfang aller Berliner Krankenhäuser, zum Teil auch bei selteneren Diagnosen und Eingriffen. Vergleichbare ähnliche Darstellungen gibt es für Berlin bisher nicht. Inzwischen ist die jährliche Veröffentlichung für Interessierte zu einer gut genutzten Informationsquelle geworden. Sie kann sowohl die Suche von Betroffenen nach einem geeigneten Krankenhaus unterstützen als auch bei klinikinternen Strategieplanungen zum Ausbau eines bestimmten Versorgungsprofils hilfreich sein.

2. Erläuterungen zum methodischen Vorgehen

Mit Umsetzung des Vergütungssystems nach Fallpauschalen (sog. DRG's: **D**iagnosis **R**elated **G**roups) im Krankenhausbereich wurde gesetzlich die Möglichkeit eröffnet, die zentral vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aufbereiteten Daten aus der Kostenabrechnung der Krankenhäuser für die Zwecke der Krankenhausplanung nutzen zu können. Seit 2004 werden im Land Berlin diese Daten systematisch aufgearbeitet. Mit Zustimmung der Berliner Krankenhäuser werden seitdem ausgewählte Auswertungen durch Veröffentlichung auch einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Wichtigste Suchkriterien für die Auswertungen sind die Diagnose (nach Internationaler Klassifikation der Krankheiten - ICD: International Statistical **C**lassification of **D**iseases and Related Health, WHO, deutsche Modifikation, 10. Revision) und die durchgeführte Behandlung (nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel - OPS, in der jeweils für das Untersuchungsjahr aktuellen Version).

In der Regel wird bei den hier veröffentlichten Auswertungen von einer Behandlungsdiagnose ausgegangen und ermittelt, wie viele unter dieser Hauptdiagnose vollstationär behandelte Patienten eine ganz bestimmte Therapie erhielten. Die so ermittelten Fallzahlen werden nach Krankenhäusern geordnet und in Säulendiagrammen dargestellt.

Folgende Ausnahmen von dieser Regel gibt es:

In den Diagrammen zu Implantationen künstlicher Gelenke wird der Eingriff selbst (gekennzeichnet durch die entsprechende operative Prozedur) unabhängig von der Diagnose gezählt.

Das Gleiche gilt für das Diagramm der Palliativmedizin. Hier wird die Zahl der sog. palliativmedizinischen Komplexbehandlungen dargestellt. Diese Behandlung kann bei unterschiedlichen Behandlungsdiagnosen durchgeführt werden, wobei Krebs die häufigste ist. Der Anteil dieser Fälle ist dem Diagramm zusätzlich zu entnehmen.

Bei den Untersuchungen zu Behandlungen im Säuglingsalter wurden alle Kinder erfasst, die die ausgewählten Operationen im ersten Lebensjahr erhielten.

3. Fallzahldiagramme

3.1. Tumormedizin

Bei vielen Krebsleiden steht eine Operation am Beginn der Therapie und bestimmt oft maßgeblich den weiteren Krankheitsverlauf. Dabei müssen Art und Umfang der Operation aber auch alle nachfolgenden Behandlungen möglichst individuell geplant werden.

Für 21 wichtige Krebserkrankungen wird in Säulendiagrammen dargestellt, wie häufig entscheidende Operationen in den einzelnen Berliner Krankenhäusern durchgeführt werden. Spezialisierungen der Kliniken werden so anschaulich gemacht.

Weitere Informationen zur Tumormedizin, insbesondere zu Initiativen der Qualitätssicherung können im Internet auf der Homepage des Tumorzentrums Berlin e.V., des Dachverbandes der fünf Berliner Tumorzentren, unter <http://www.tzb.de/tumorzentren/index.html> eingesehen werden.

Untersuchte Diagnosen und Operationen

In Tabelle 1 ist zusammengefasst, welche Krebsdiagnosen (Spalte 1) und Operationen (Spalte 3/4) für die Fallzahlermittlung in der Tumormedizin ausgewählt wurden. Bei den bösartigen Neubildungen des Mund- und Rachenbereiches (C00-14), des Kehlkopfes (C32), der Gebärmutter (C53-55/C57), des Eierstocks (C56), der Schilddrüse (C73) und der Harnblase (C67) wurden zusätzlich besonders schwere Eingriffe

ausgewertet. Diese Operationen sind in Tabelle 1 jeweils kursiv gedruckt und in den Diagrammen als zweite Säule neben der Hauptsäule dargestellt. Da die bösartigen Neubildungen des lymphatischen und blutbildenden Gewebes (C81-95) nicht operativ behandelt werden, wurden für die Darstellung hier hilfsweise diagnosesichernde Eingriffe (Knochenmarkpunktion und Lymphknotenentnahme) herangezogen.

Tabelle 1: Untersuchte Operationen nach Diagnosen

Krebserkrankungen		Therapeutische/diagnostische Prozedur	
ausgewählte Diagnosen nach ICD 10	Erkranktes Organ/ Erkrankung	Operation/Prozedur nach OPS-301	Erläuterung
1	2	3	4
Bösartige Neubildungen von Lippe, Mundhöhle und Rachen			
C00 bis C14	Mund- und Rachenbereich	5-24 bis 5-31 darunter mit 5-403	Operationen in verschiedenen Bereichen von Mund und Rachen radikale Lymphknotenentfernung am Hals ("Neck dissection")
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane			
C15	Speiseröhre	5-423 bis 5-426 5-427	partielle/totale Speiseröhrenresektion Wiederherstellung der Speiseröhrenpassage
C16	Magen	5-434 bis 5-438 5-441 und 5-443 5-445 5-447	Magenresektion erweiterte Magenresektion Verbindung von Magen und Dünndarm ohne Magenresektion Revision nach Magenresektion
C18	Dickdarm	5-455 und 5-456 5458	partielle/totale Dickdarmresektion erweiterte Dickdarmresektion mit Entfernung von Dünndarmabschnitten und weiterer Nachbarorgane
C19-21	Enddarm	5-455 und 5-456 5458 5-484 und 5-485	partielle/totale Dickdarmresektion erweiterte Dickdarmresektion mit Entfernung von Dünndarmabschnitten und weiterer Nachbarorgane Mastdarmresektion mit und ohne Erhalt des Schließmuskels
C22	Leber	5-501 und 5-502	Resektionen an der Leber
C 23+24	Gallenblase Gallengänge	5-511 5-515 5-524 und 5-525	Gallenblasenentfernung Entfernung von erkranktem Gewebe der Gallengänge partielle/totale Entfernung der Bauchspeicheldrüse
C25	Bauchspeicheldrüse	5-524 und 5-525	partielle/totale Entfernung der Bauchspeicheldrüse
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane			
C32	Kehlkopf	5-30 darunter mit 5-403	Resektionen am Kehlkopf/Kehlkopfentfernung radikale Lymphknotenentfernung am Hals ("Neck dissection")
C34	Lunge	5-321 bis 5-328	Resektionen an Lunge/Bronchien

Krebserkrankungen		Therapeutische/diagnostische Prozedur	
ausgewählte Diagnosen nach ICD 10	Erkranktes Organ/ Erkrankung	Operation/Prozedur nach OPS-301	Erläuterung
1	2	3	4
Bösartige Neubildungen der Haut			
C43	Malignes Melanom	5-894 5-895 5-401 bis 5-404	Entfernung erkrankter Haut ausgedehnte Entfernung erkrankter Haut Lymphknotenentfernungen
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse			
C50 und D05	Brust	5-87	Resektionen an der Brust/Entfernung der Brust
Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane			
C53-C55 C57 D06	Gebärmutter	5-67 und 5-68 darunter mit 5-685.1-3	Resektionen an der Gebärmutter/Entfernung der Gebärmutter radikale Gebärmutter- und Lymphknotenentfernung
C56	Eierstock	5-652 und 5-653 5-683 5-685 darunter mit 5-685.1-3	Eierstockentfernung mit/ohne Eileiterentfernung Gebärmutterentfernung radikale Gebärmutterentfernung radikale Gebärmutter- und Lymphknotenentfernung
Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane			
C61	Prostata (Vorsteherdrüse)	5-603 5-604	offen chirurgische Entfernung von Prostatagewebe radikale Prostataentfernung
Bösartige Neubildungen der Harnorgane			
C64-66	Niere Nierenbecken Harnleiter	5-553 und 5-554 5-563	partielle/totale Nierenentfernung Entfernung von Harnleitergewebe/Harnleiterentfernung
C67	Harnblase	5-573 bis 5-577 darunter 5-574 bis 5-577	Resektionen an der Harnblase/Harnblasenentfernung/ -ersatz operativer Zugang nicht über die Harnröhre (offen chirurgisch/laparoskopisch)
Bösartige Neubildungen des Zentralnervensystems und des Auges			
C69	Auge	5-155 bis 5-158 5-163	Resektionen am Auge Entfernung des Auges
C70+71	Gehirn Hirnhäute	5-015, 5-035 5-014.6	Entfernung von erkranktem Hirngewebe, -häuten Implantation von radioaktivem Material
Bösartige Neubildungen der endokrinen Drüsen			
C73	Schilddrüse	5-061 bis 5-063 darunter mit 5-403	partielle/totale Entfernung der Schilddrüse radikale Lymphknotenentfernung am Hals ("Neck dissection")

Krebserkrankungen		Therapeutische/diagnostische Prozedur	
ausgewählte Diagnosen nach ICD 10	Erkranktes Organ/ Erkrankung	Operation/Prozedur nach OPS-301	Erläuterung
1	2	3	4
Bösartige Neubildungen des blutbildenden und lymphatischen Systems bei Erwachsenen (> 18 Jahre)			
C81-85	Morbus Hodgkin, Non-Hodgkin Lymphome	1-424 5-401	Knochenmarkpunktion Lymphknotenentnahme
C88 C90	Bösartige immunproliferative Krankheiten Plasmazellneubildungen	1-424	Knochenmarkpunktion
C91-95	Leukämien	1-424	Knochenmarkpunktion

Zusätzlich vermittelt die Tabelle 2 für die ausgewählten Krebserkrankungen einen Gesamtüberblick für Berlin. Die Zahl der Neuerkrankungen (Spalte 3) ist dabei erwartungsgemäß meist viel kleiner als die Zahl der Krankenhausbehandlungen (Spalte 4), denn viele Patienten werden im Krankheitsverlauf mehrmals im Jahr stationär aufgenommen. Die Spalte 5 der Tabelle 2 enthält nur die Krankenhausfälle des Jahres 2013, bei denen gleichzeitig mindestens eine der Operationen nach Tab. 1 erfolgte. Es sind diese Krankenhausfälle, die in den folgenden Diagrammen nach Krankenhäusern aufgeschlüsselt in Säulendiagrammen dargestellt werden.

Tabelle 2: Ermittelte Zahl der Neuerkrankungen für das Jahr 2011 gemäß GKR und Krankenhausfallzahl im Jahr 2013 bei ausgewählten bösartigen Neubildungen, Berlin

ausgewählte Diagnosen nach ICD 10	erkranktes Organ/ Erkrankung	ermittelte Zahl der Neuerkrankungen GKR-Daten 2011 (Reg.stand : 9/2014) ³¹	KH-Fälle insgesamt InEK-Daten 2013	KH-Fälle mit Prozedur InEK-Daten 2013
1	2	3	4	5
C00 bis C14	Mund- und Rachen	594	3.114	955
C15	Speiseröhre	260	1.260	124
C16	Magen	527	2.127	387
C18	Dickdarm	1.343	3.341	1.306
C19-21	Enddarm	737	3.033	749
C23+24	Gallenblase/Gallengänge	135	613	150
C25	Bauchspeicheldrüse	638	2.352	279
C32	Kehlkopf	161	861	304

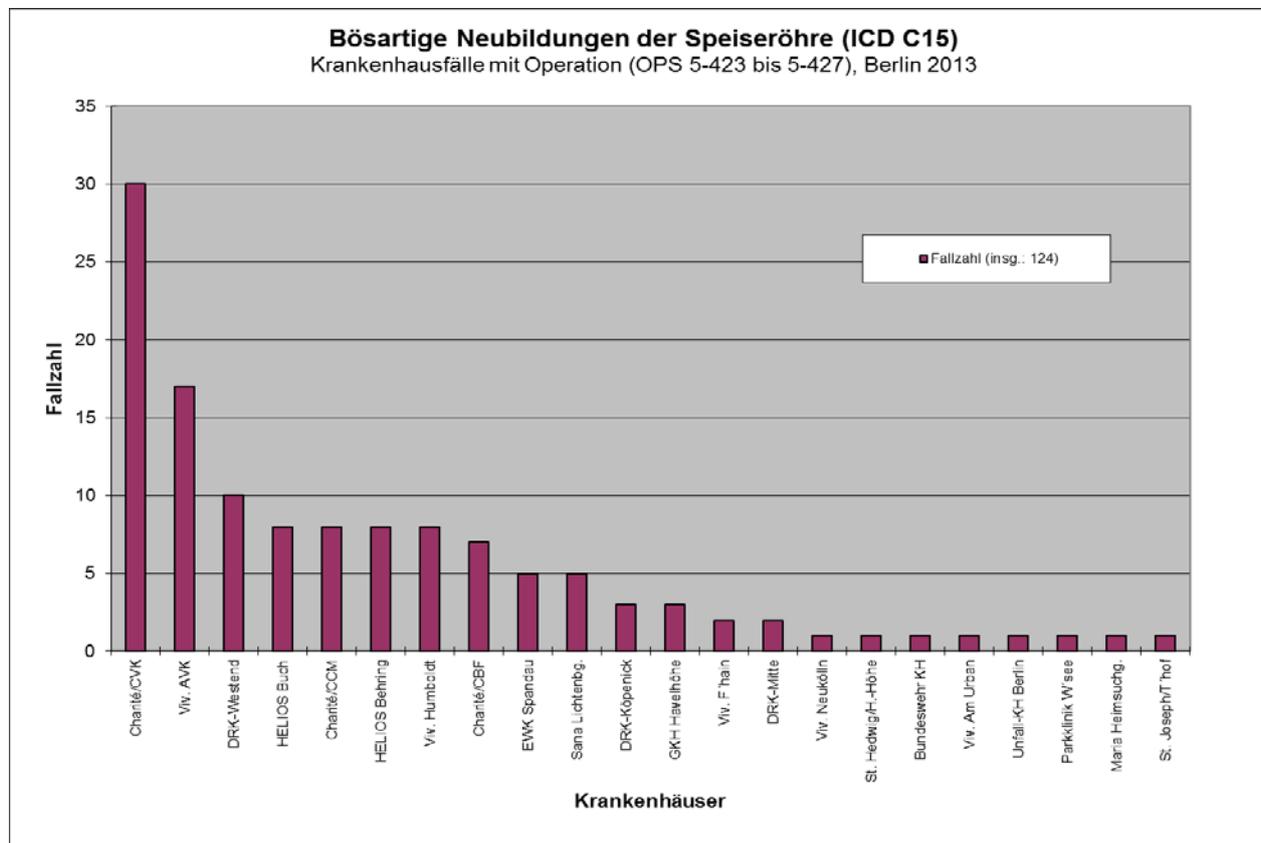
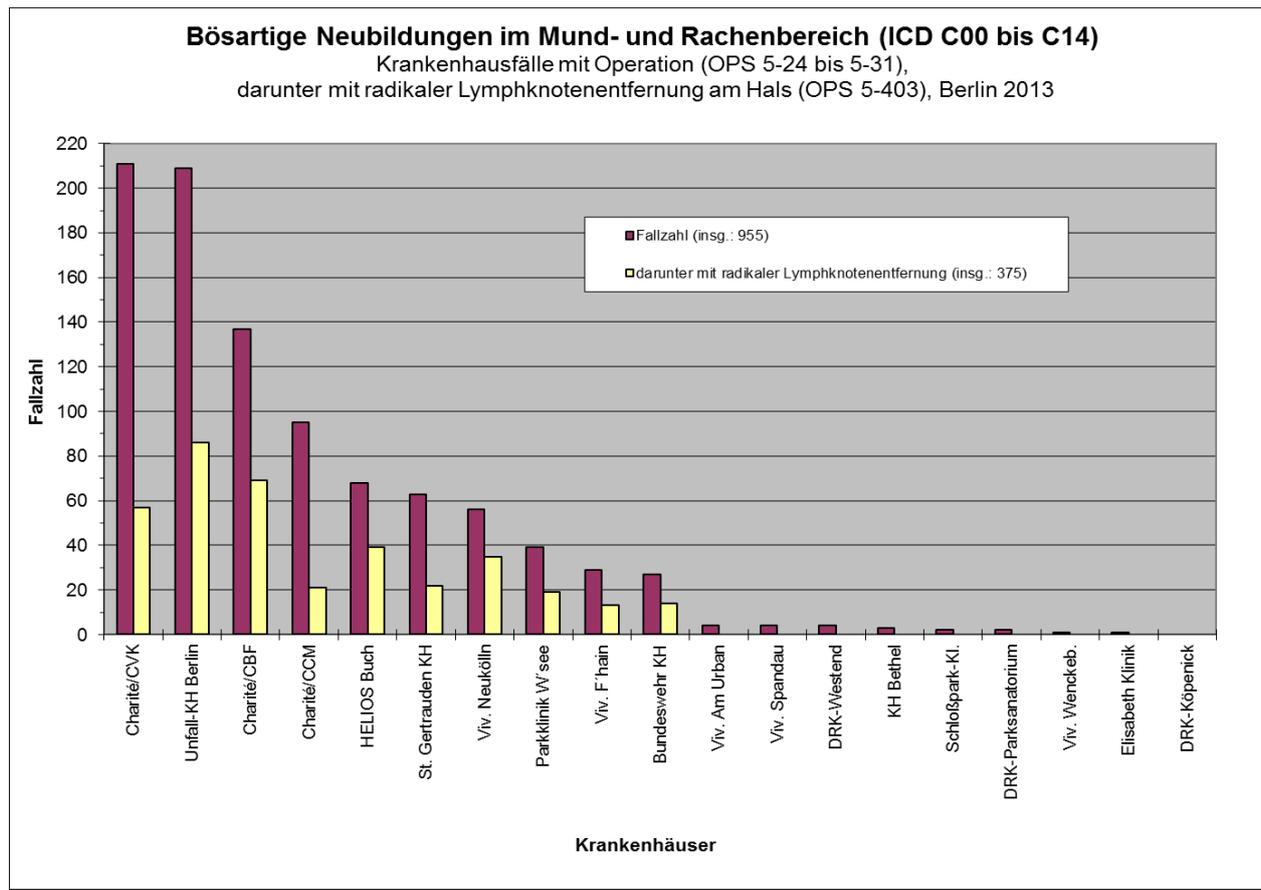
³¹ Die „ermittelte Fallzahl“ der Krebsneuerkrankungen in Berlin ist die Summe aus den ans GKR gemeldeten Krebsneuerkrankungen und den Krebsfällen, die dem Register nur per Leichenschauschein bekannt wurden. Die „erwartete“ Fallzahl gemäß Schätzung des Robert-Koch-Institutes liegt meist, diagnoseabhängig verschieden, etwas höher. In der Tabelle findet die ermittelte Zahl der Neuerkrankungen für das Jahr 2011 Verwendung (Registrierungsstand: September 2014).

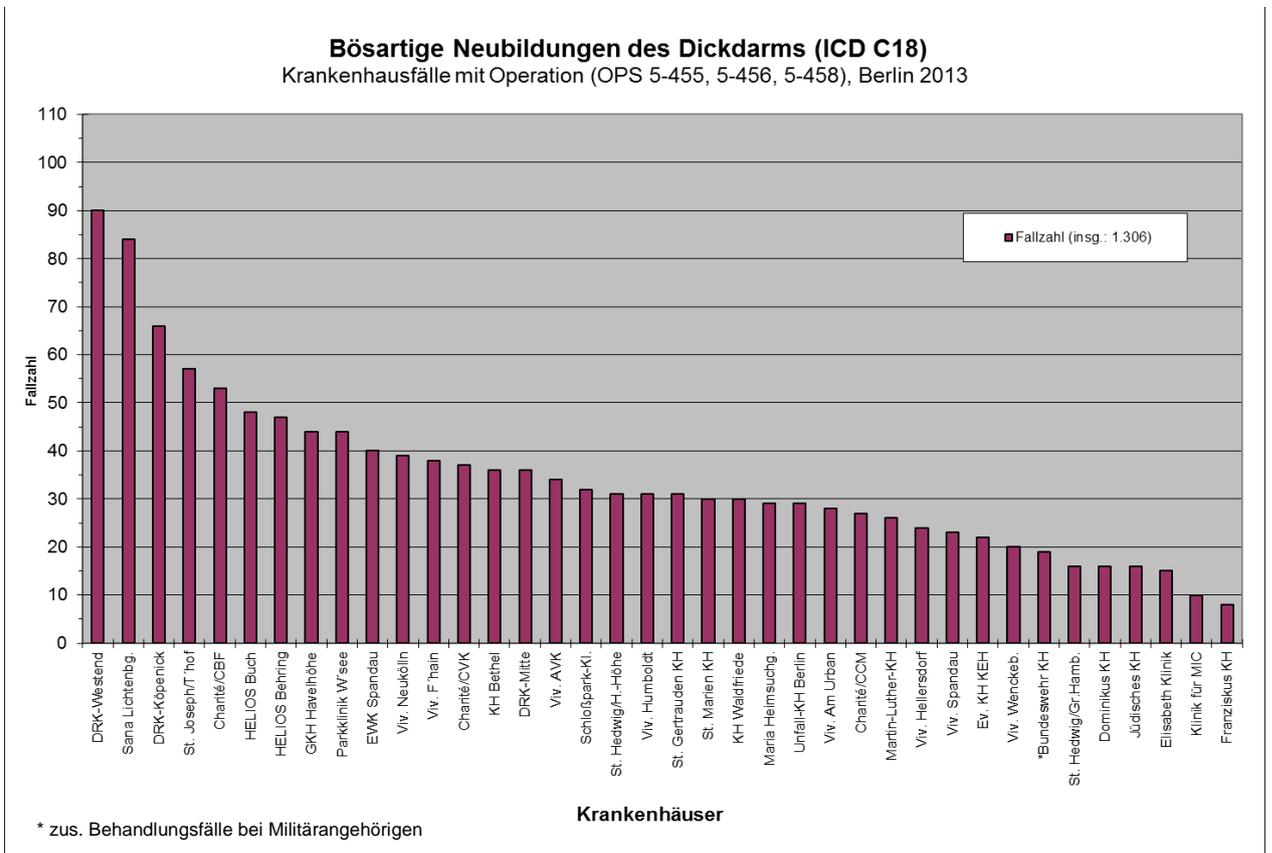
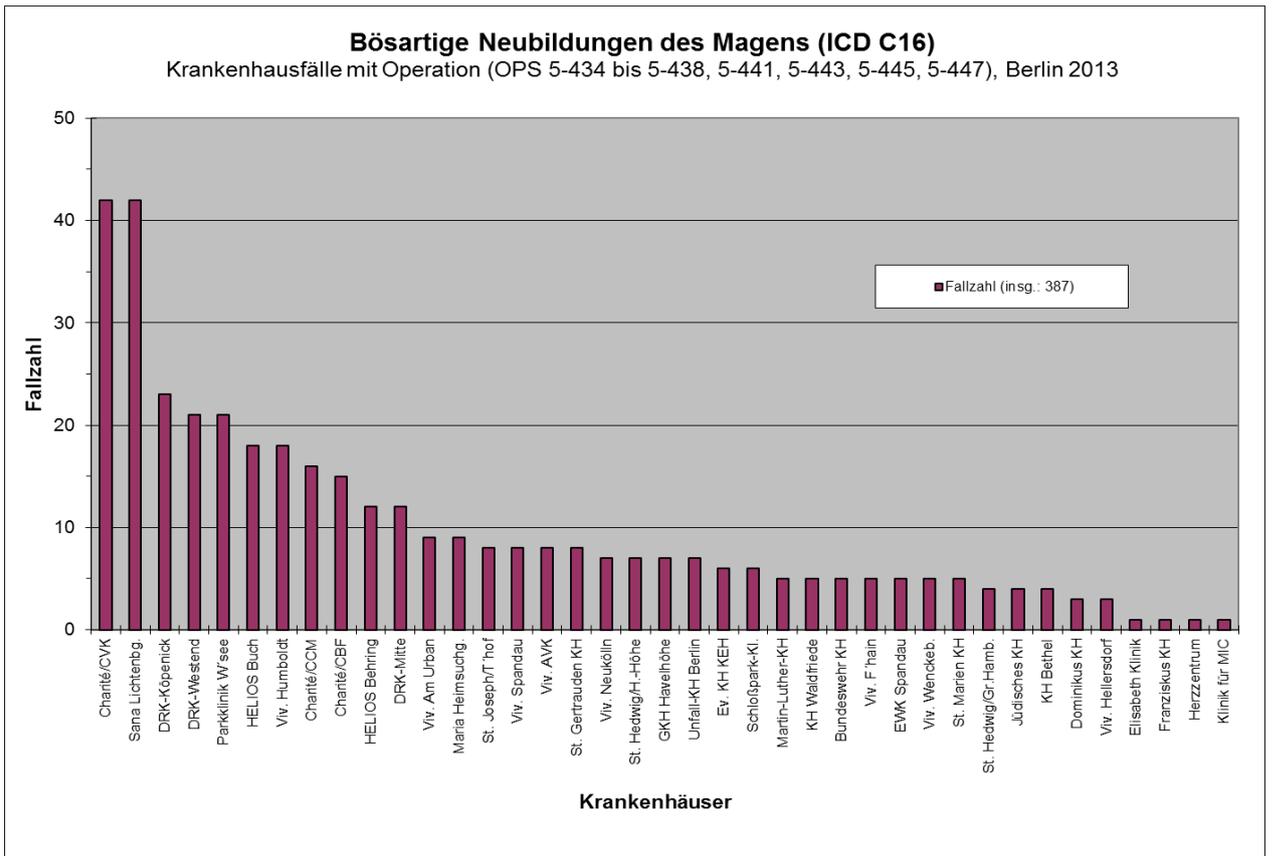
ausgewählte Diagnosen nach ICD 10	erkranktes Organ/ Erkrankung	ermittelte Zahl der Neuerkrankungen GKR-Daten 2011 (Reg.stand : 9/2014) ³²	KH-Fälle insgesamt InEK-Daten 2013	KH-Fälle mit Prozedur InEK-Daten 2013
1	2	3	4	5
C34	Lunge	2.590	11.221	752
C43	Malignes Melanom	489	1.288	765
C50/D05	Brust	3.132	6.682	4.335
C53-55/C57	Gebärmutter	641	2.227	857
D06	Gebärmutter	170	482	472
C56	Eierstock	297	1.500	414
C61	Prostata	1.601	2.227	891
C64-66	Niere/Nierenbecken/Harnleiter	519	1.507	851
C67	Harnblase	620	4.357	3.495
C70+71	Gehirn	315	1.035	388
C73	Schilddrüse	326	1.394	436
C81-85*)	Morbus Hodgkin, NHL	591	3.994	752
C88-90*)	Immunproliferative Krankheiten	221	1.125	230
C91-95*)	Leukämien	322	1.667	699
Erkrankungen mit zentralisierter Versorgung				
C22	Leber	357	1.519	194
C69	Auge	26	656	375
C81-95	Lymphome/Leukämien bei Kindern (< 18 Jahre)	46	752	
Summe bei den untersuchten Diagnosen		16.658	60.334	20.160
Summe aller bösartigen Neubildungen (C00 – D09, ohne C44)		18.669	72.809	

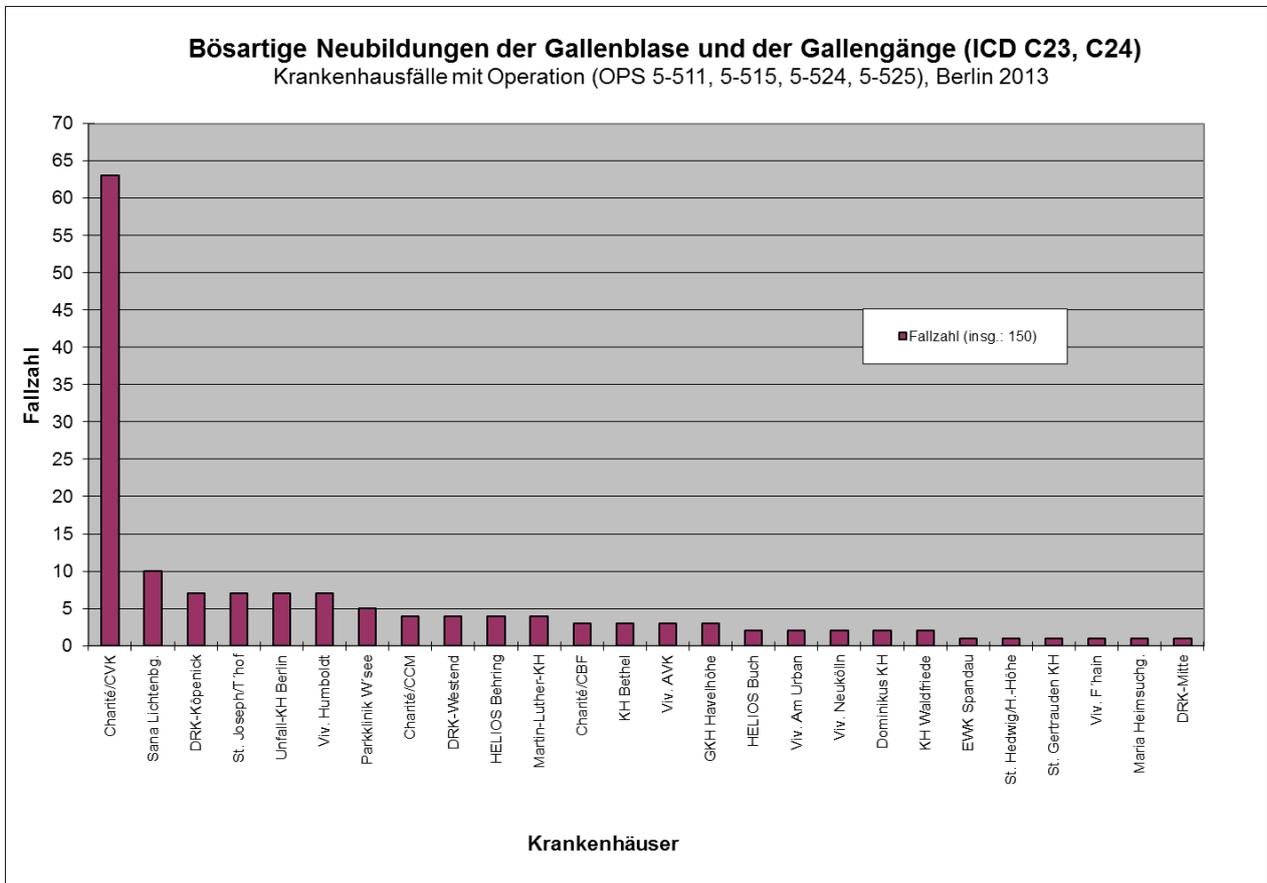
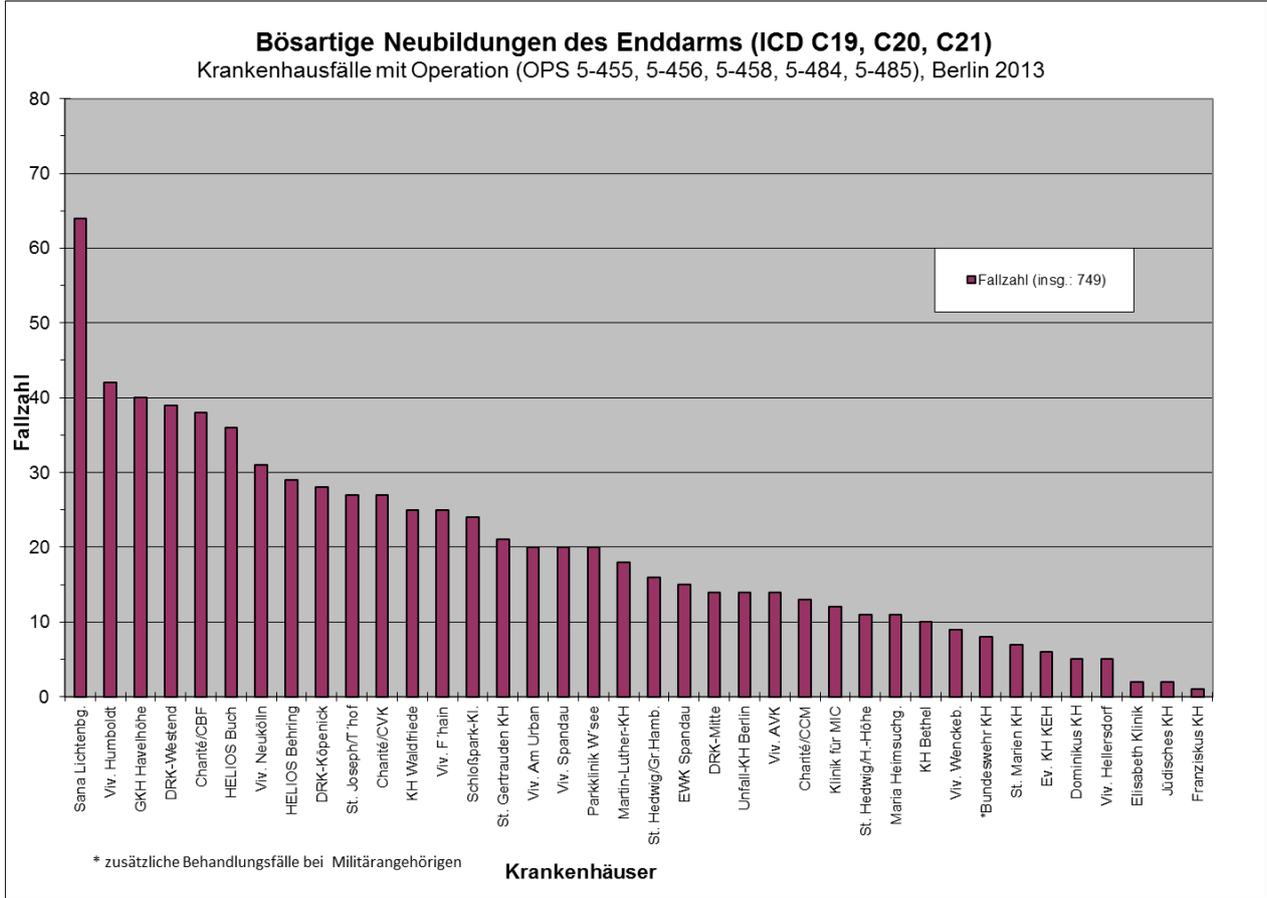
*) Erwachsene

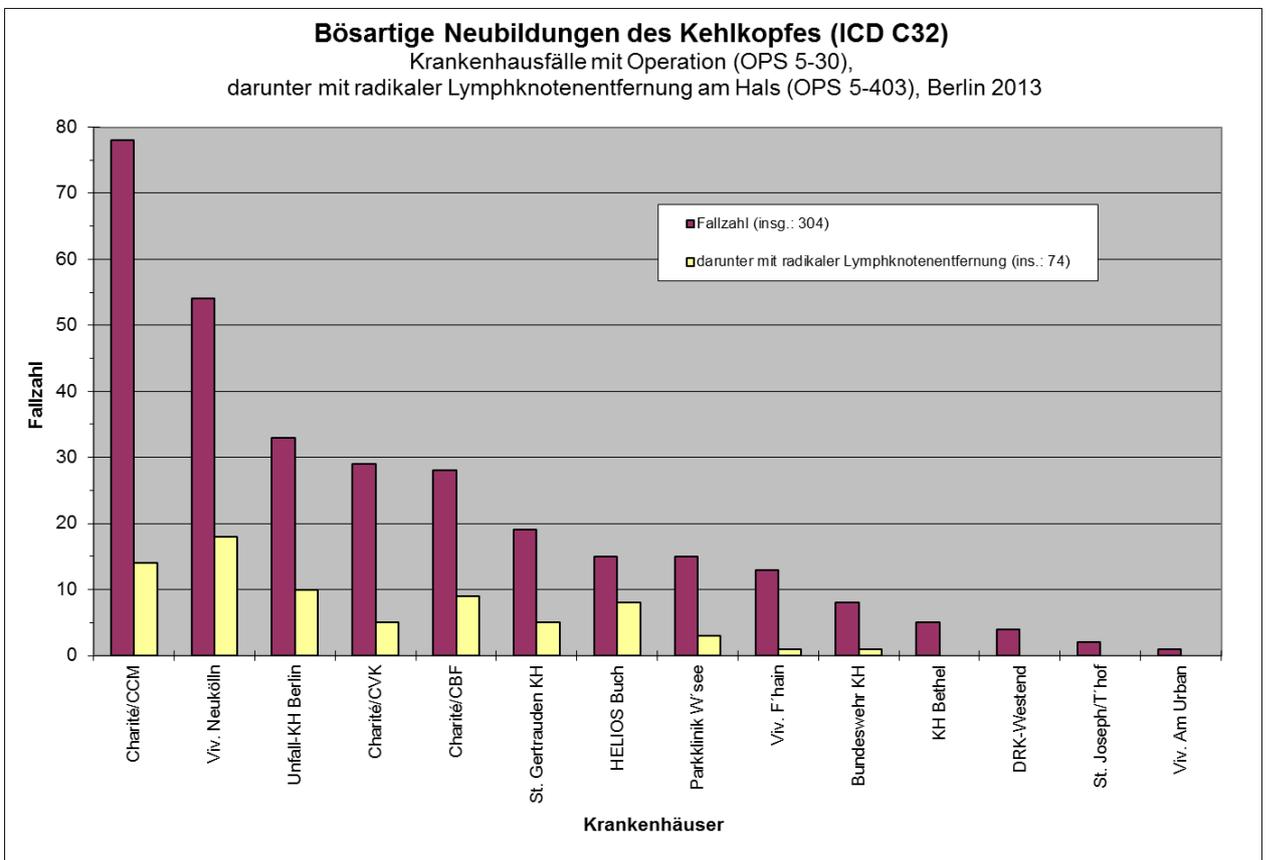
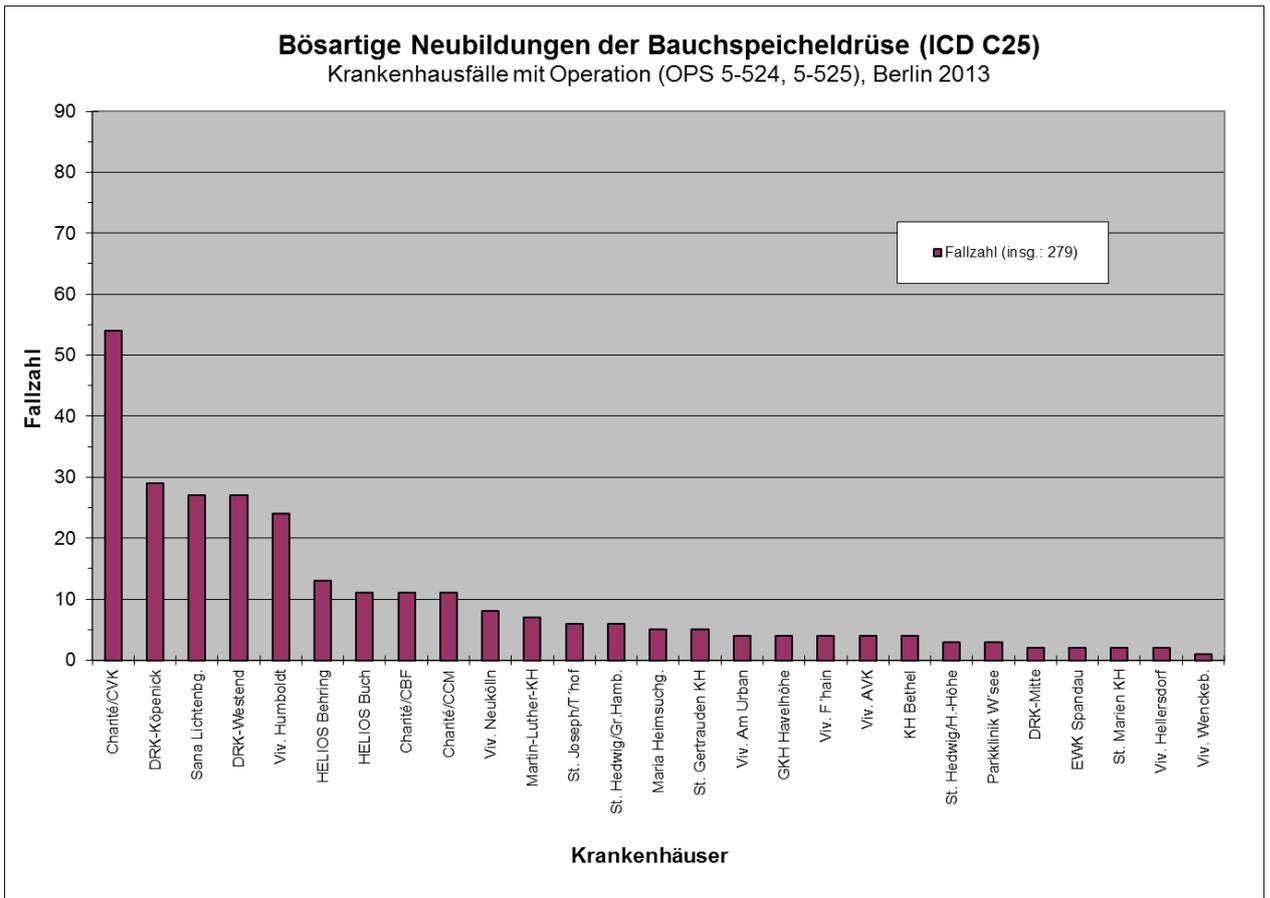
³² Die „ermittelte Fallzahl“ der Krebsneuerkrankungen in Berlin ist die Summe aus den ans GKR gemeldeten Krebsneuerkrankungen und den Krebsfällen, die dem Register nur per Leichenschauschein bekannt wurden. Die „erwartete“ Fallzahl gemäß Schätzung des Robert-Koch-Institutes liegt meist, diagnoseabhängig verschieden, etwas höher. In der Tabelle findet die ermittelte Zahl der Neuerkrankungen für das Jahr 2011 Verwendung (Registrierungsstand: September 2014).

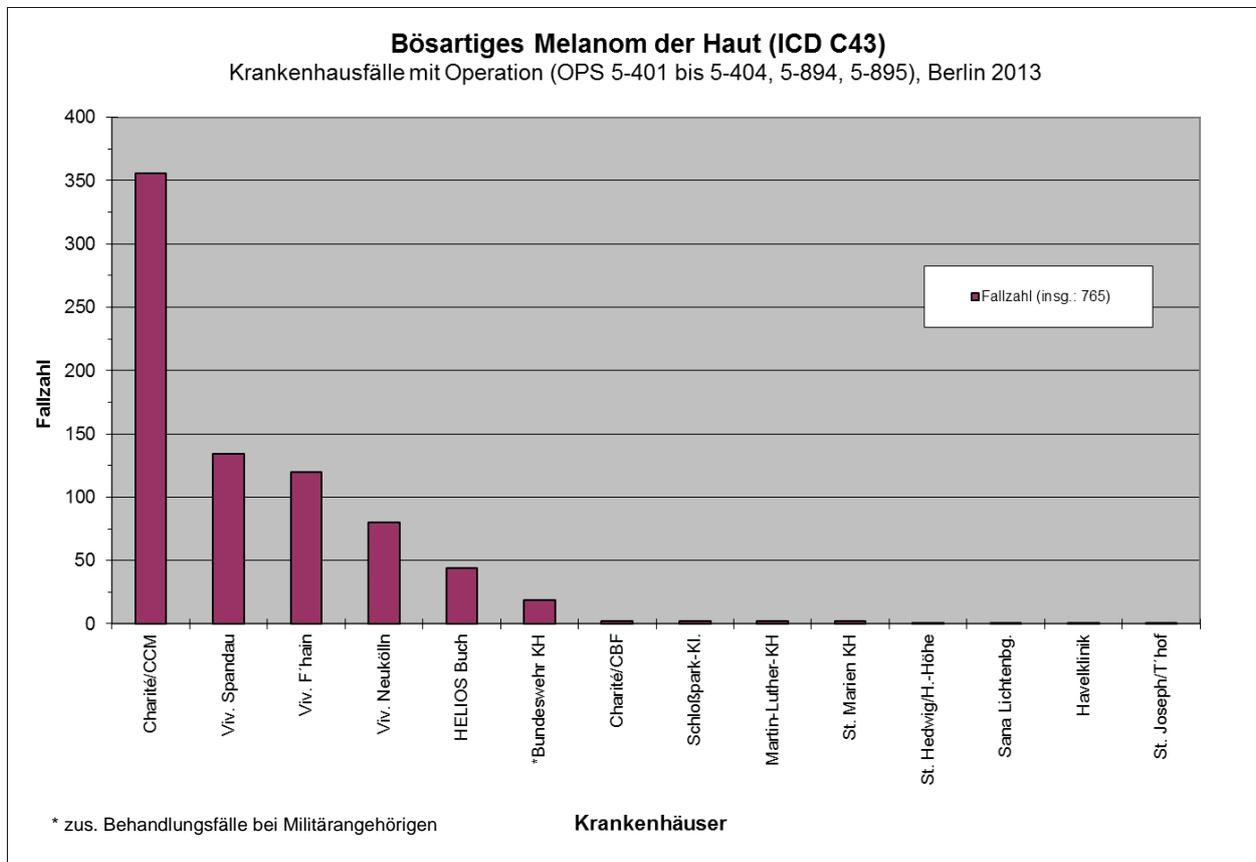
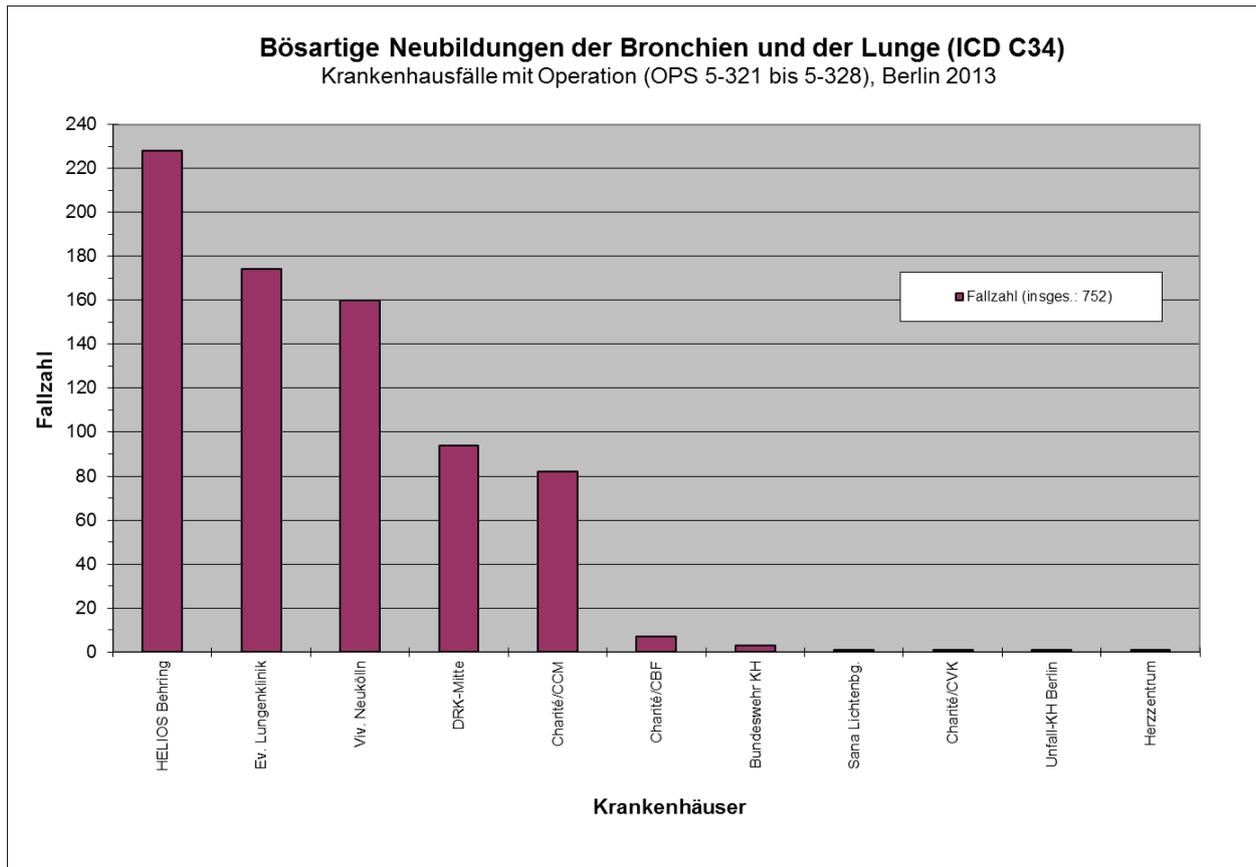
Krebsoperationen in Berliner Krankenhäusern

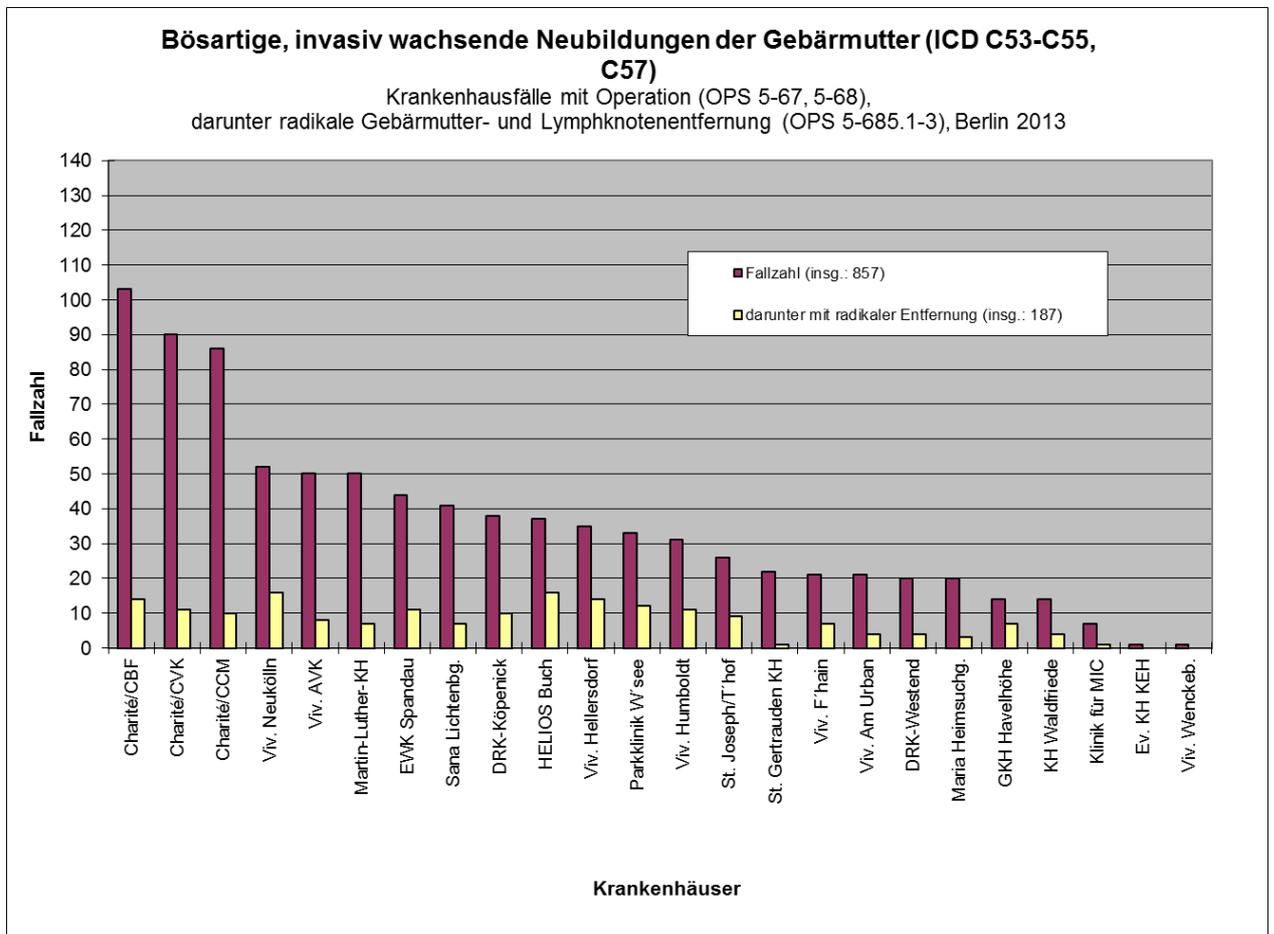
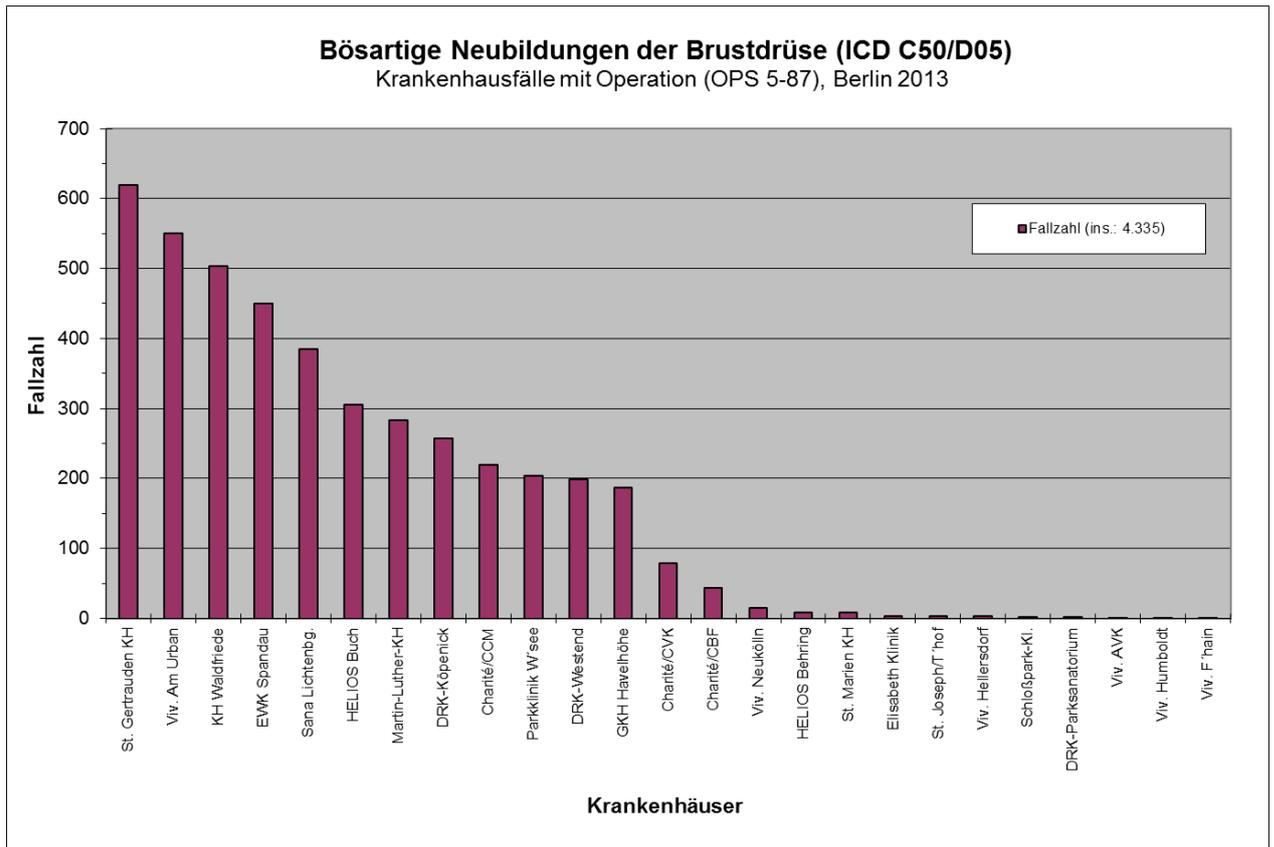




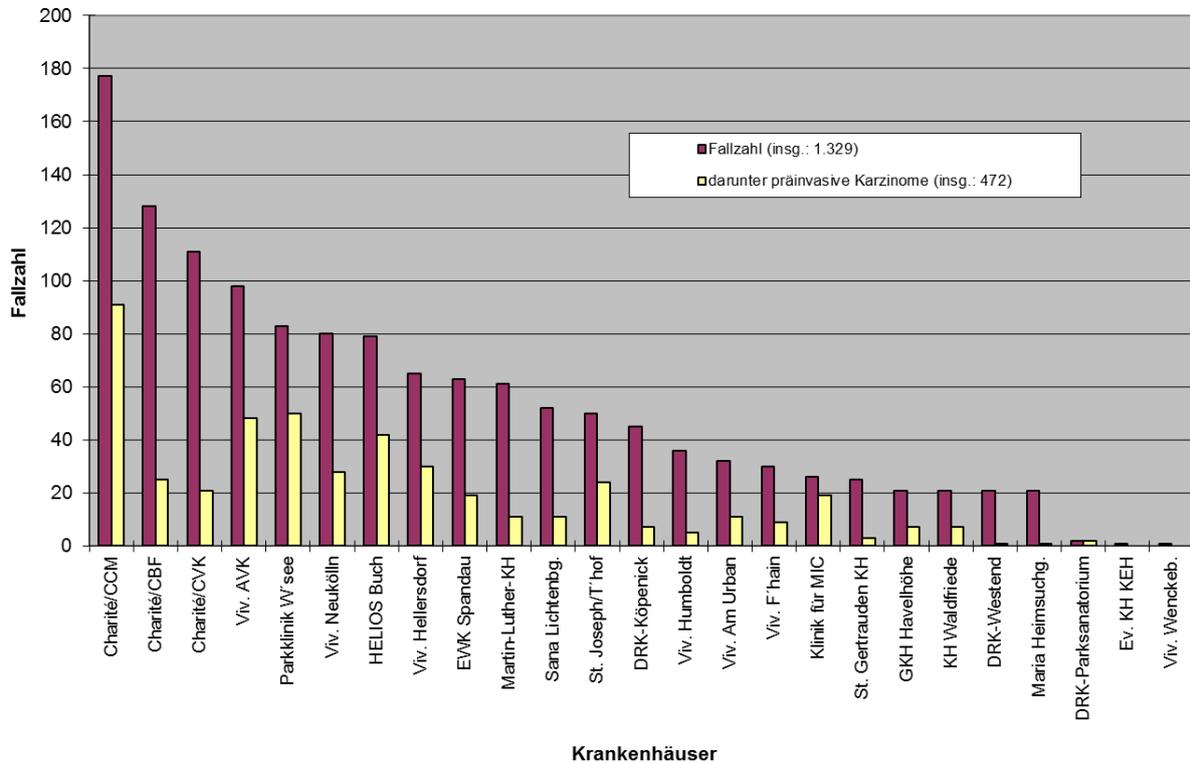




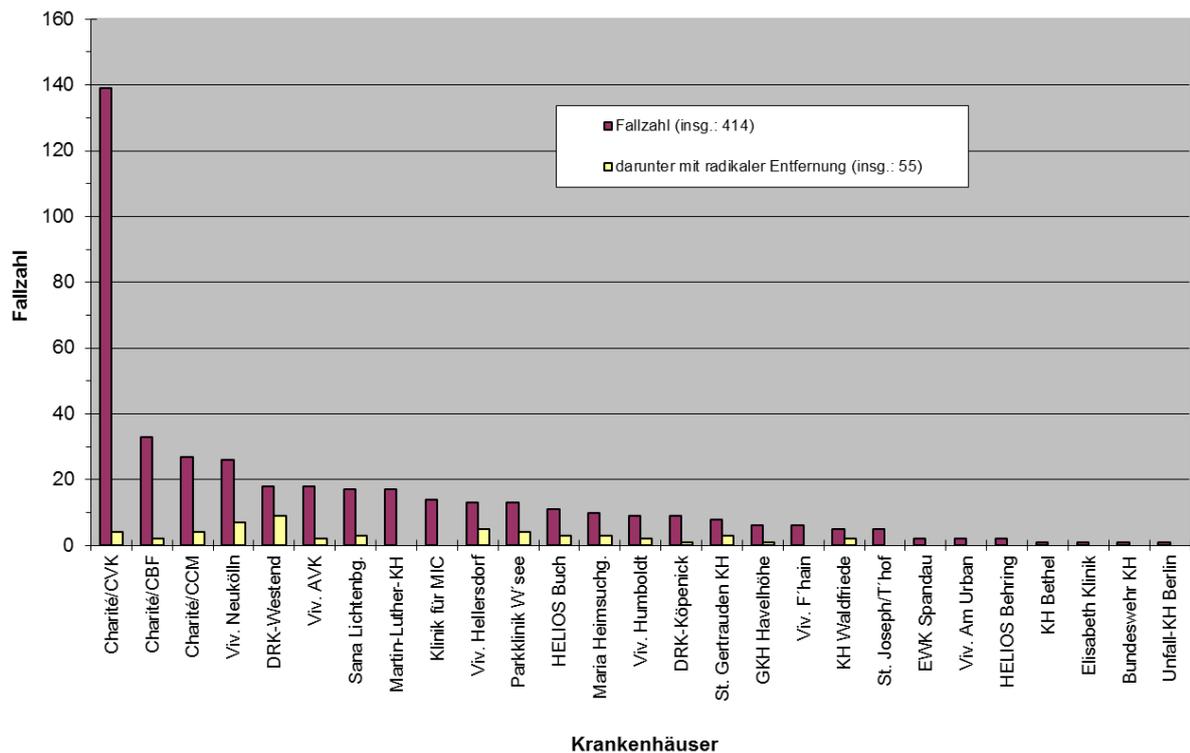


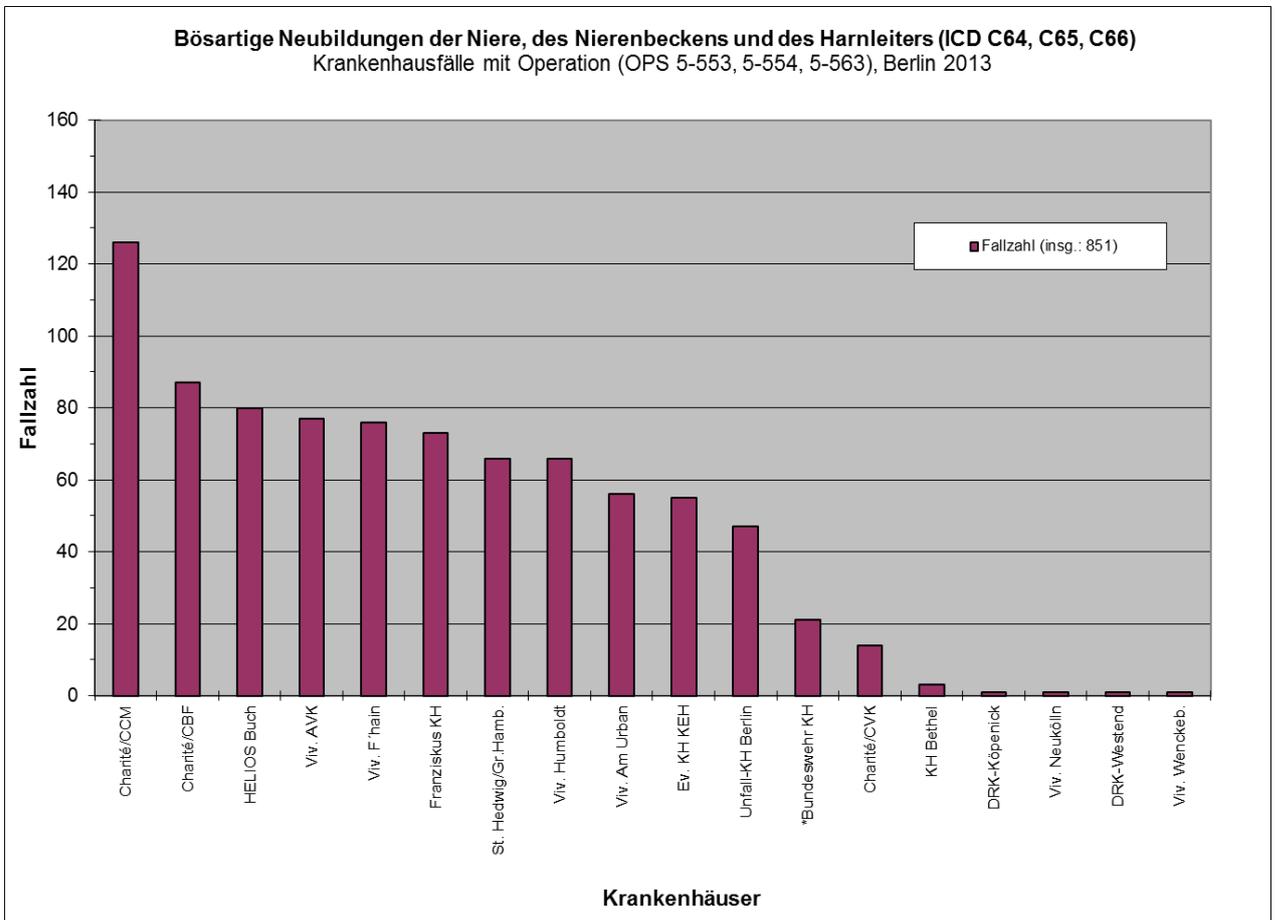
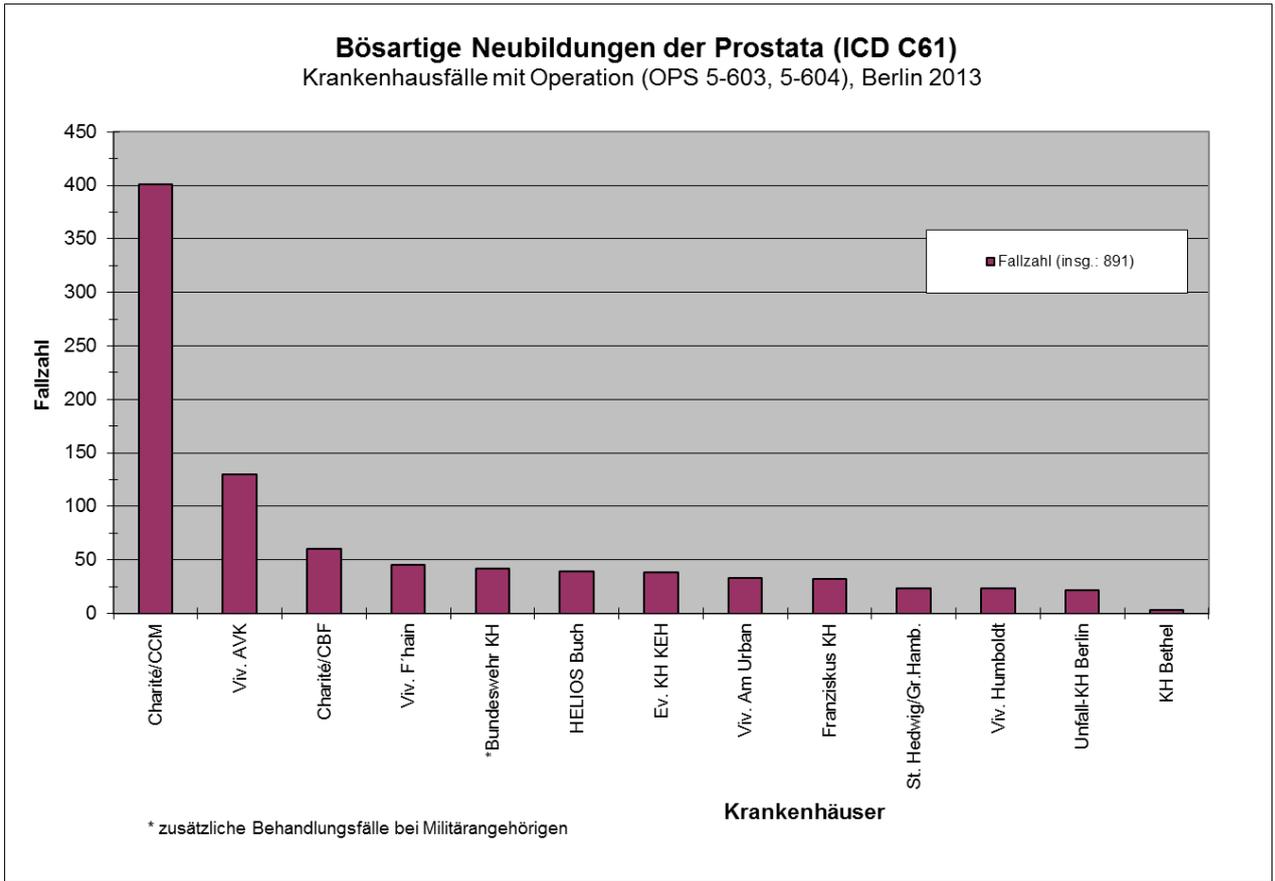


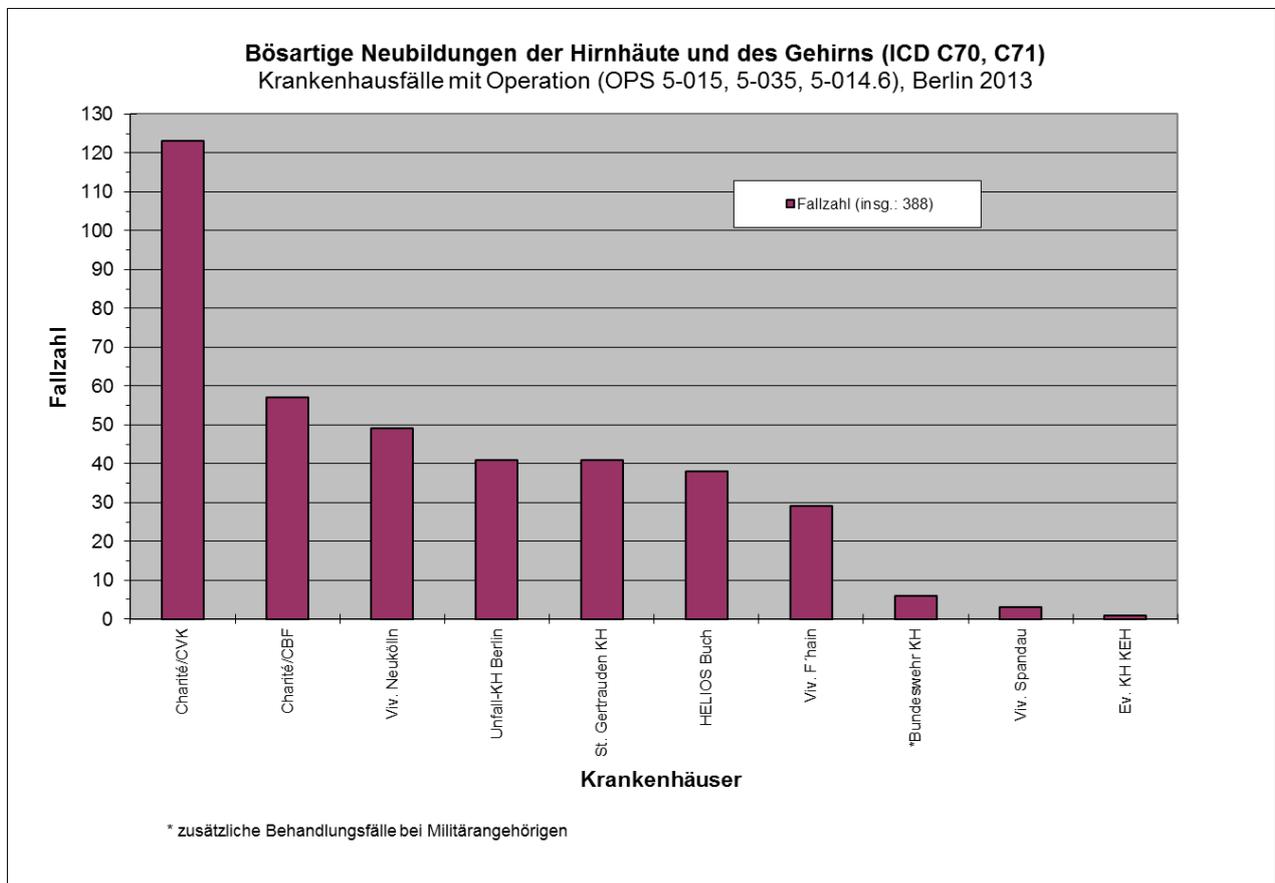
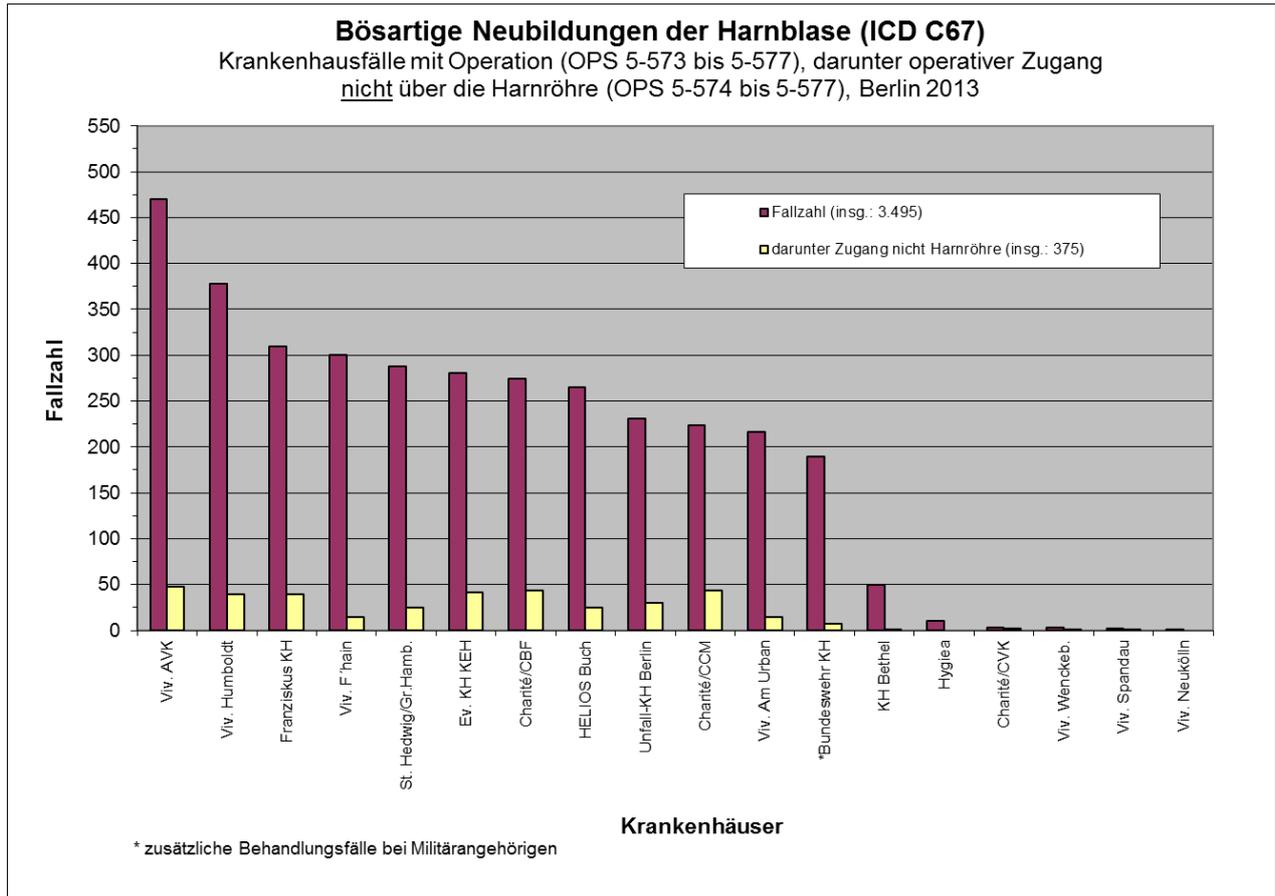
Bösartige, invasiv wachsende (ICD C53-C55, C57) sowie präinvasive (D06, Carcinoma in situ) Neubildungen der Gebärmutter
Krankenhausfälle mit Operation (OPS 5-67, 5-68), darunter D06, Berlin 2013

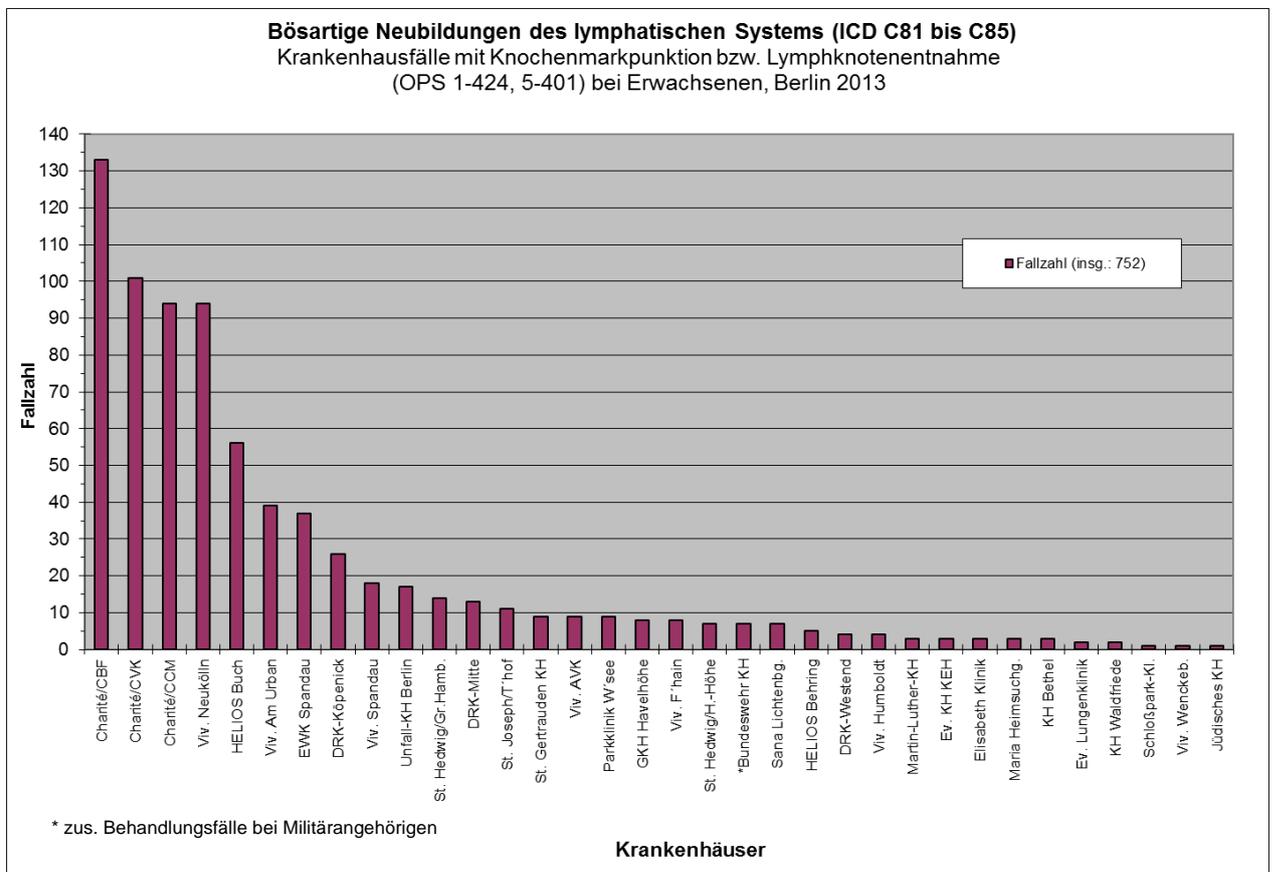
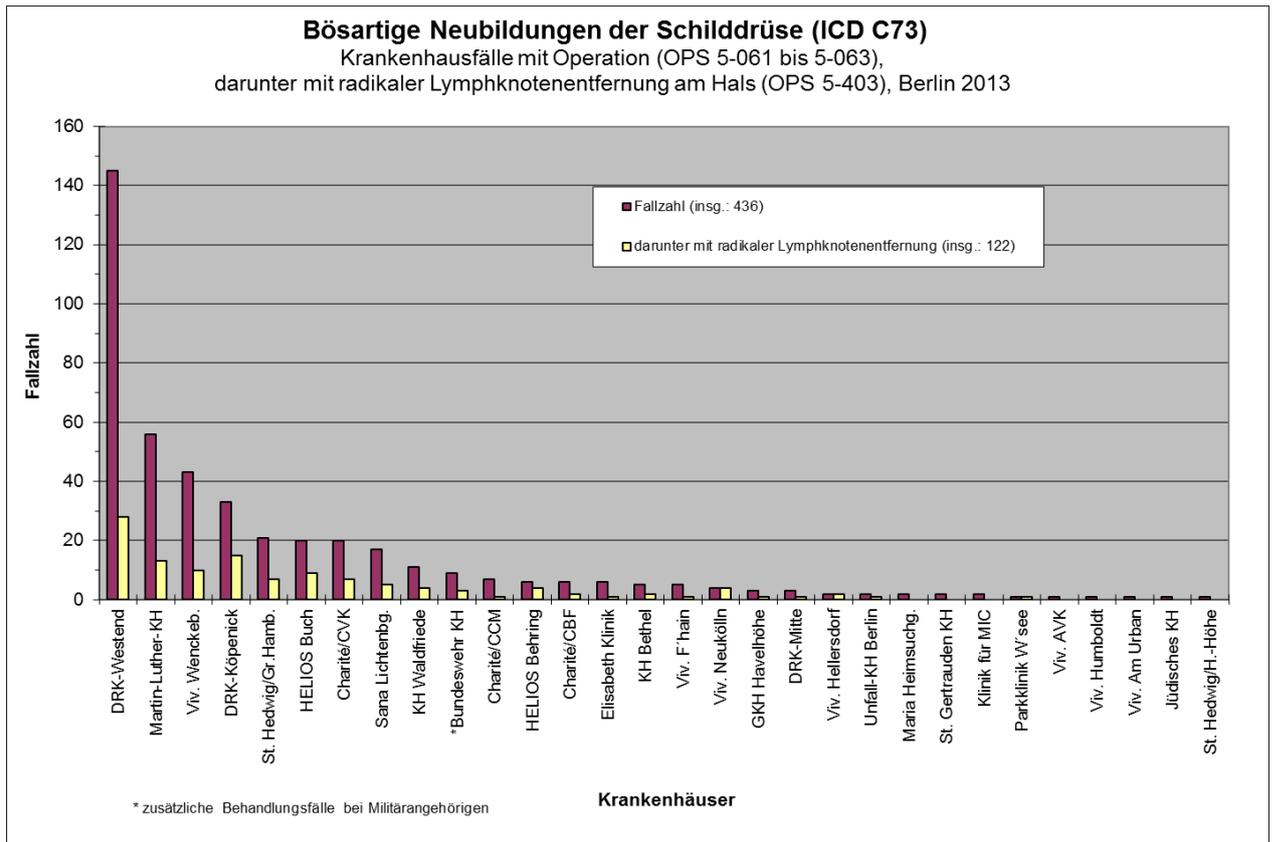


Bösartige Neubildungen des Eierstockes (ICD C56)
Krankenhausfälle mit Operation (OPS 5-652, 5-653, 5-683, 5-685),
darunter radikale Gebärmutter- und Lymphknotenentfernung (OPS 5-685.1-3), Berlin 2013

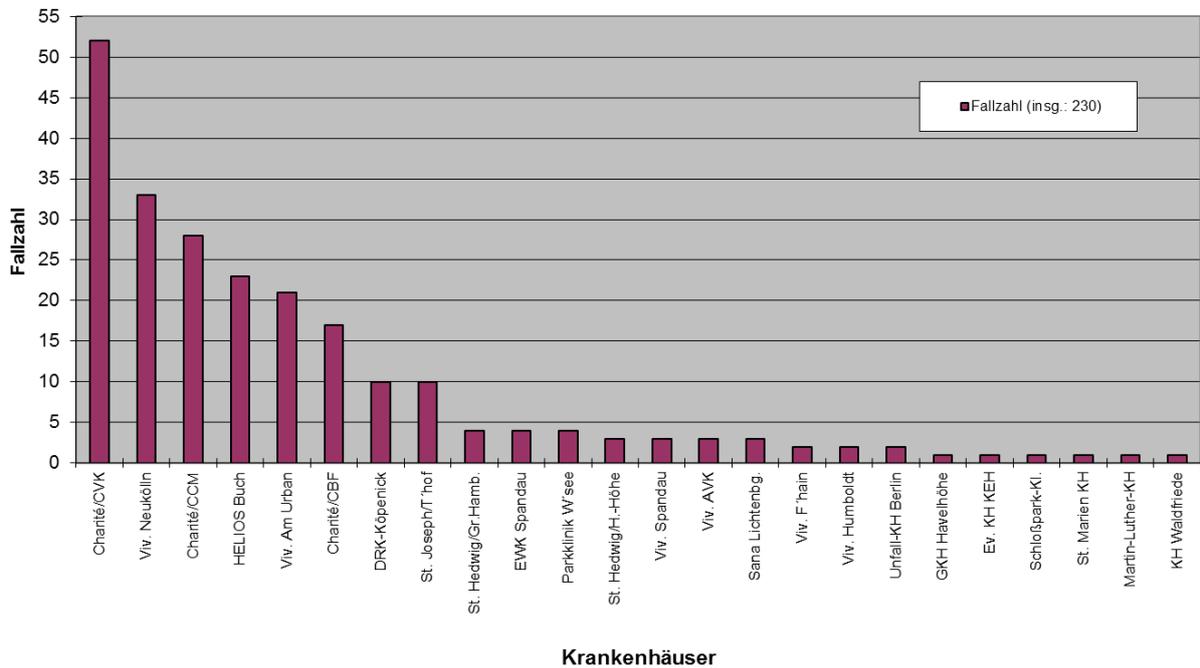






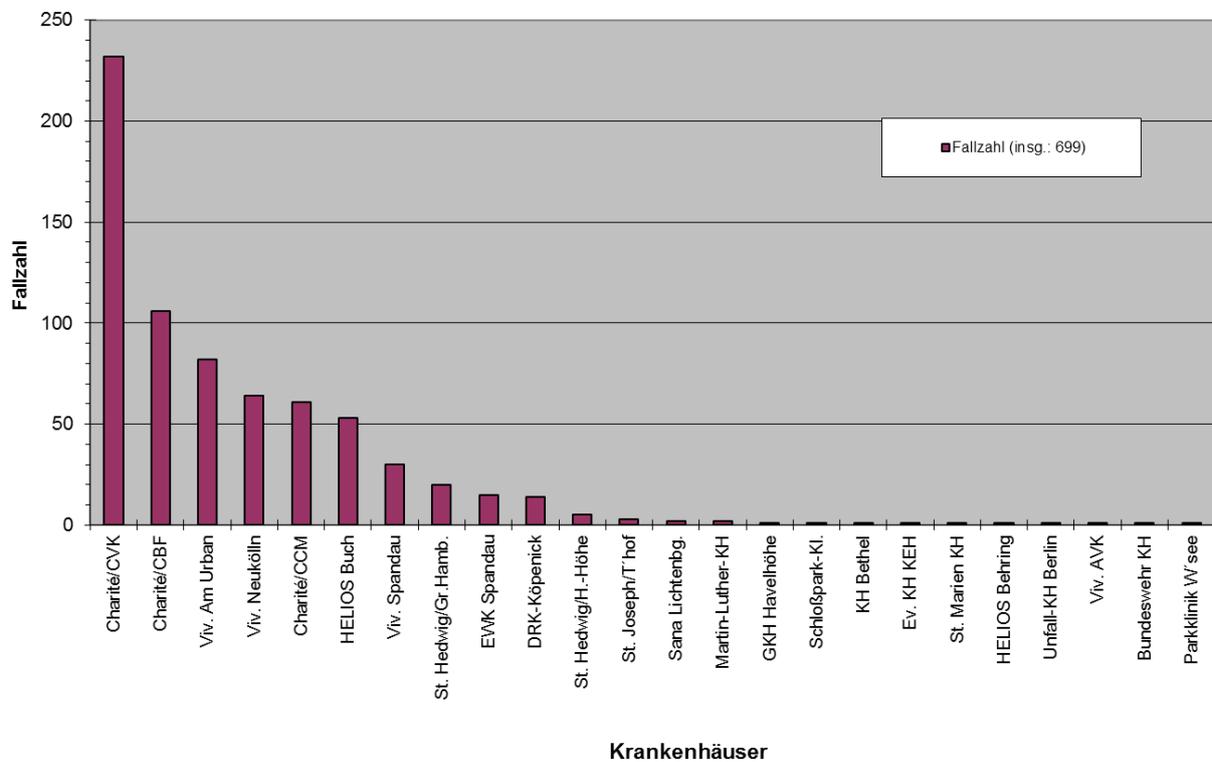


Bösartige immunproliferative Krankheiten und Plasmazellneubildungen (ICD C88, C90) Krankenhausfälle mit Knochenmarkpunktion (OPS 1-424) bei Erwachsenen, Berlin 2013



Leukämien (ICD C91 bis C95)

Krankenhausfälle mit Knochenmarkpunktion (OPS 1-424) bei Erwachsenen, Berlin 2013



Stark zentralisierte Krebsbehandlungen

Bestimmte Krebsbehandlungen erfolgen in Berlin zentralisiert in besonders spezialisierten Kliniken:

- **Lymphom- und Leukämiebehandlungen bei Kindern (ICD 10: C81-95)** werden im HELIOS Klinikum Berlin-Buch und in der Charité (Campus Virchow-Klinikum) durchgeführt.
- In der Charité (Campus Benjamin Franklin) werden **Augentumoren (ICD 10: C69)** operiert. Die Klinik arbeitet eng mit dem Helmholtz-Zentrum für Materialien und Energie (HZB) zusammen, wo eine ggf. erforderliche Protonentherapie möglich ist.
- Auf die **operative Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Leberkrebs (ICD 10: C22)** hat sich die Charité, insbesondere ihr Campus Virchow-Klinikum, spezialisiert.

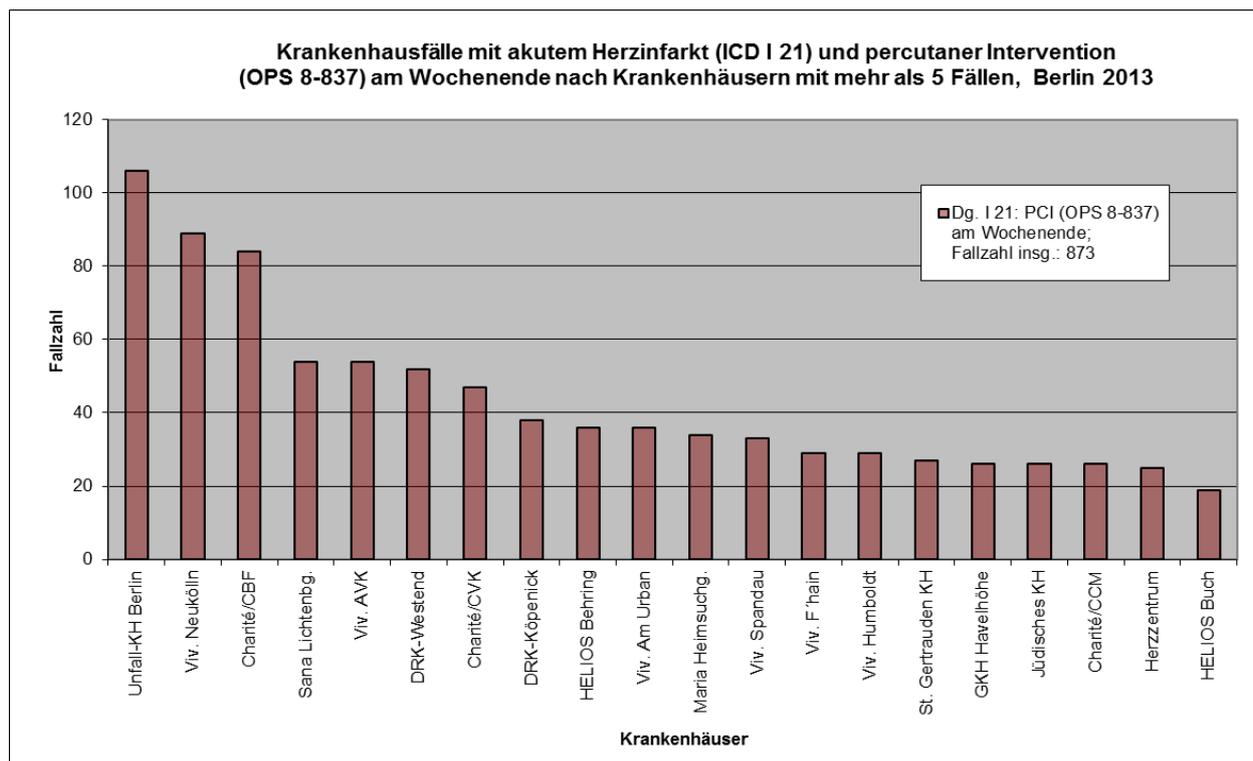
Eine Darstellung in Diagrammen ist wegen der guten Zentralisierung dieser Behandlungsangebote entbehrlich.

3.2. Notfallmedizin

Akuter Herzinfarkt mit Katheterbehandlung am Wochenende

Herzkatheter-Behandlungen erfolgen meistens geplant. Bei akutem Herzinfarkt wird dieser Eingriff zur Notfalltherapie, bei der die verschlossenen Herzkranzgefäße mit Hilfe eines Herzkatheters geöffnet und die Blutversorgung des Herzens wieder sichergestellt wird. Deshalb ist bei Verdacht auf Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt, Diagnosenummer nach ICD 10: I 21) ein schneller Transport in ein geeignetes Krankenhaus mit sofortiger Diagnosesicherung und im Falle der Verdachtsbestätigung sofortiger Behandlung oft entscheidend für den Therapieerfolg. Die sog. percutane (lat.: *per* = durch, *cutis* = Haut) Intervention (PCI) mittels Herzkatheter muss bei Herzinfarkt in Berlin rund um die Uhr und am Wochenende möglich sein.

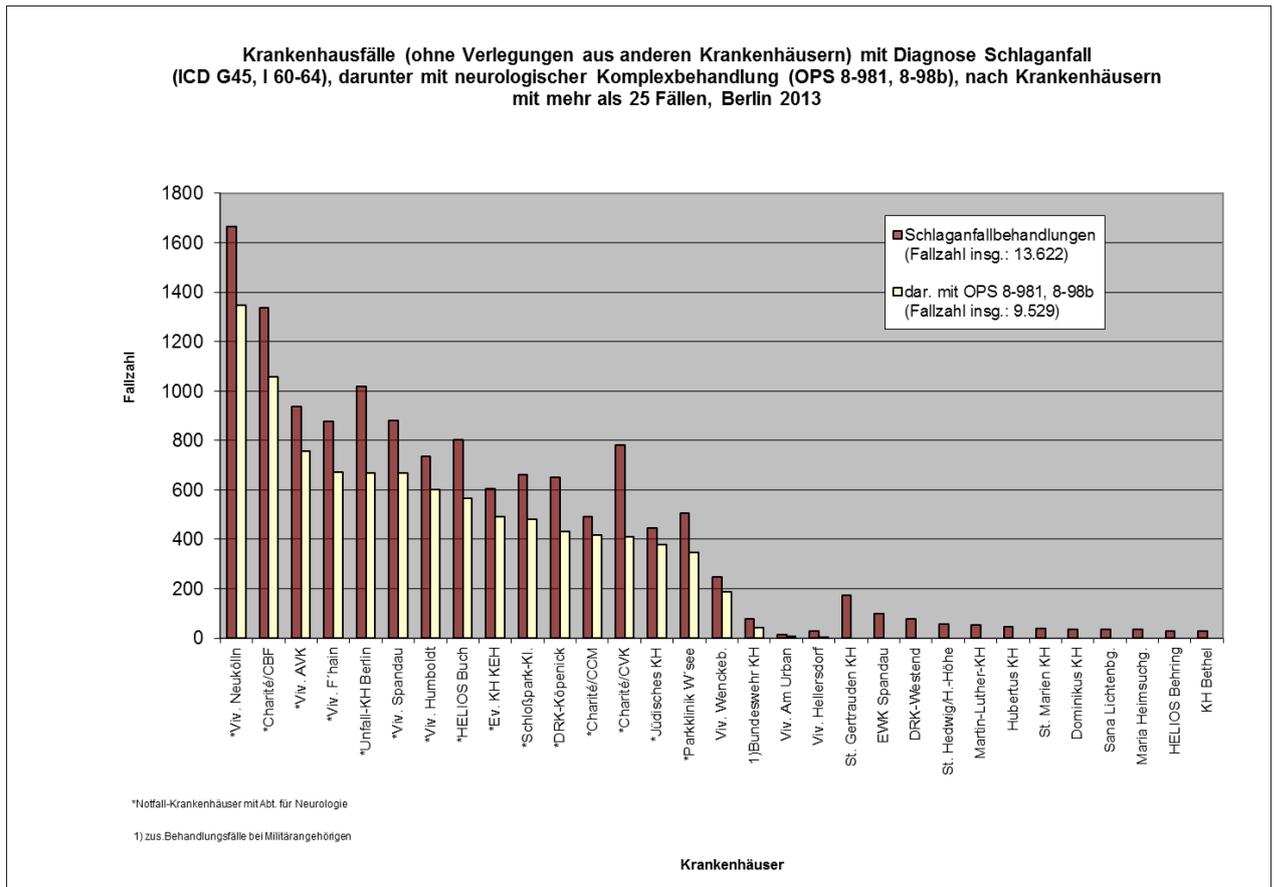
Das Fallzahldiagramm zeigt für das Jahr 2013 die Zahl der percutanen Interventionen an den Berliner Krankenhäusern an den Wochenenden. Da davon auszugehen ist, dass die meisten dieser Eingriffe Notfallbehandlungen waren, ist der Darstellung zu entnehmen, welche Krankenhäuser die dafür notwendigen Strukturen vorhalten und in welchem Umfang sie daran beteiligt sind.



Schlaganfallbehandlung/Neurologische Komplexbehandlung

Auch der akute Schlaganfall bzw. der Verdacht darauf ist ein Notfall. Die schnelle Aufnahme in ein geeignetes Krankenhaus und unverzüglich eingeleitete Diagnostik sind wichtig für eine erfolgreiche Behandlung. Bei akuter Symptomatik und bestätigter Verdachtsdiagnose werden Schlaganfallpatienten heute meist in einer sog. Stroke Unit, einer Schlaganfallspezialeinheit, erstversorgt. Hier erfolgt abhängig von Schwere und Ursache des Schlaganfalls (Blutung oder Gefäßverlegung durch ein Gerinnsel) eine individuelle Therapie, die helfen soll, bleibende Schäden zu verhindern oder zu mindern. Dafür sind ein interdisziplinäres Behandlungsteam und umfangreiche Überwachungsdiagnostik erforderlich. Bei vielen Patienten, die so behandelt werden, wird im Fallpauschalensystem eine „neurologische Komplexbehandlung“ verschlüsselt. Nach dieser Akutbehandlungsphase erfolgt, wenn eine Entlassung bzw. die ambulante Rehabilitation noch nicht möglich ist, die Weiterbehandlung der Patienten in „normalen“ neurologischen, internistischen oder geriatrischen Abteilungen bzw. stationären Rehabilitationseinrichtungen.

Das Diagramm zum Schlaganfall zeigt, wer in der Stadt wie oft Patienten mit der Diagnose Schlaganfall behandelt und welche Krankenhäuser darunter in der Akutphase bei Bedarf die spezialisierte sog. neurologische Komplexbehandlung einsetzen.

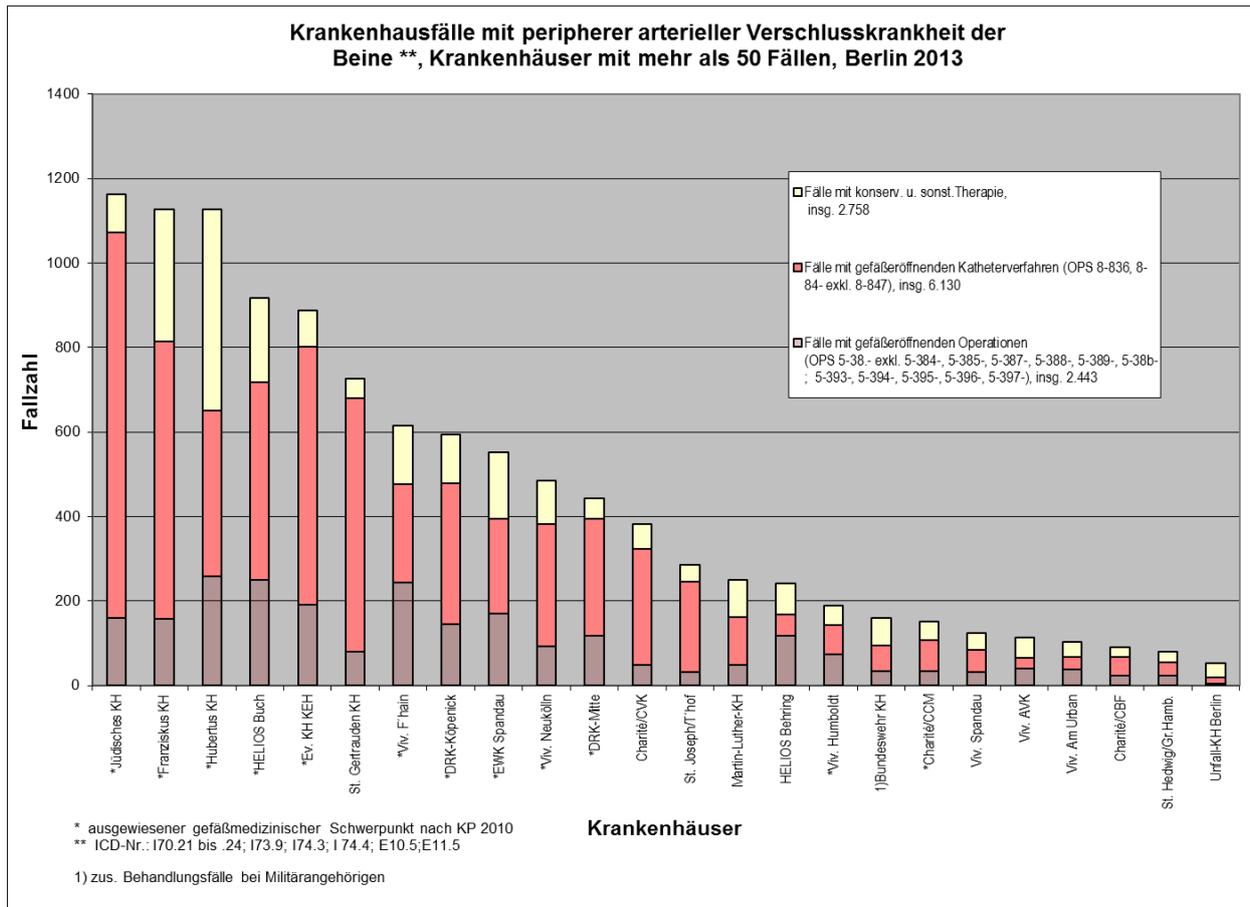


3.3. Gefäßmedizin (arterielle Durchblutungsstörungen der Beine)

Eine akute oder chronische Störung der Durchblutung der Beinarterien und deren Komplikationen sind häufig die Spätfolge eines Diabetes. Ein weiterer Risikofaktor ist starkes Rauchen. Therapeutisch wird versucht, die Blutversorgung konservativ internistisch oder durch Gefäßeingriffe wieder zu verbessern. Letzteres ist durch Spezialkatheter oder Operationen möglich.

Im mittleren Säulenabschnitt des Diagramms sind die Fälle dargestellt, bei denen die Wiedereröffnung des Gefäßes mittels Katheter (OPS 8-836) erfolgte, ggf. unter Einführung einer kleinen Hülse (sog. Stent, OPS 8-840, 8-846). Der untere Säulenabschnitt zeigt, wie oft offen chirurgische Verfahren zur Gefäßöffnung angewendet wurden. Dabei wurden 2013 bei insgesamt 422 Patienten beide Verfahren angewendet.

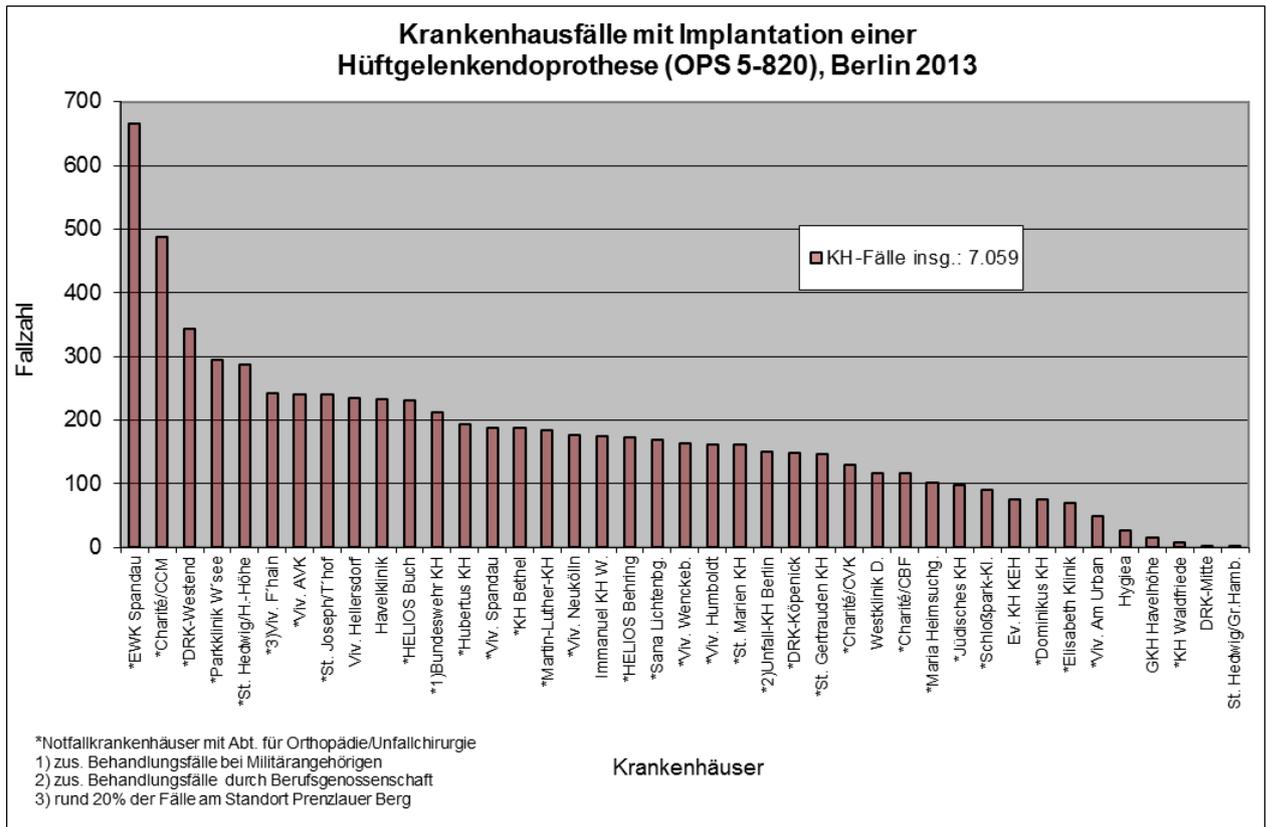
Um jeden Patienten individuell am besten zu behandeln, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Fachrichtungen Innere Medizin, Radiologie und Chirurgie wichtig. Krankenhäuser, die durch die Fachgesellschaften als Gefäßzentrum zertifiziert wurden, bieten dafür gute Voraussetzungen. Der Krankenhausplan 2010 hat auf dieser Grundlage gefäßmedizinische Schwerpunkte ausgewiesen, die im Diagramm durch ein Sternchen gekennzeichnet sind.



3.4. Gelenkersatz

Krankenhausfälle mit Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes

Der Ersatz oder Teilersatz eines Hüftgelenkes ist längst ein chirurgischer Routineeingriff geworden, der in sehr vielen Krankenhäusern der Stadt (2013 rund 7.000 Behandlungsfälle) erfolgt. Hüftprothesen werden häufig notfallmedizinisch nach Oberschenkelhalsfrakturen eingesetzt. Überwiegend erfolgt dies in Notfallkrankenhäusern mit Abteilungen für Orthopädie/Unfallchirurgie. Krankenhäuser, die 2013 über eine solche Abteilung verfügten, sind im Diagramm mit einem Sternchen versehen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche geplante Operationen. Die Fallzahlsäule im Diagramm unterscheidet nicht zwischen geplanten und Unfalloperationen.

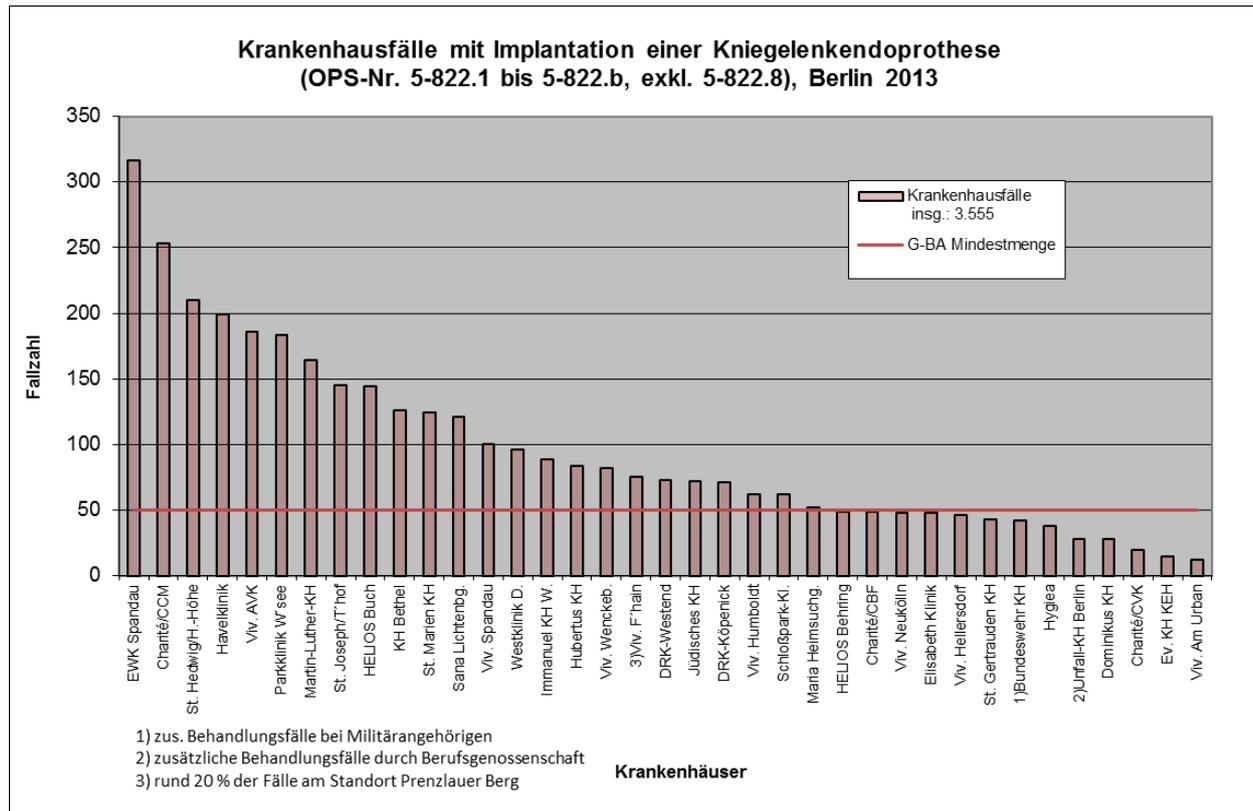


Krankenhausfälle mit Implantation eines künstlichen Kniegelenkes

Die Implantation künstlicher Teile am Kniegelenk erfolgt in der Regel nur geplant.

Ab 1. Januar 2015 gilt für diese Operationen gemäß Beschluss des Bundessozialgerichtes wieder die Mindestmengenregelung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Danach dürfen Krankenhäuser die Leistung nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, wenn sie mindestens 50 künstliche Kniegelenke pro Jahr einsetzen.

<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/563/>

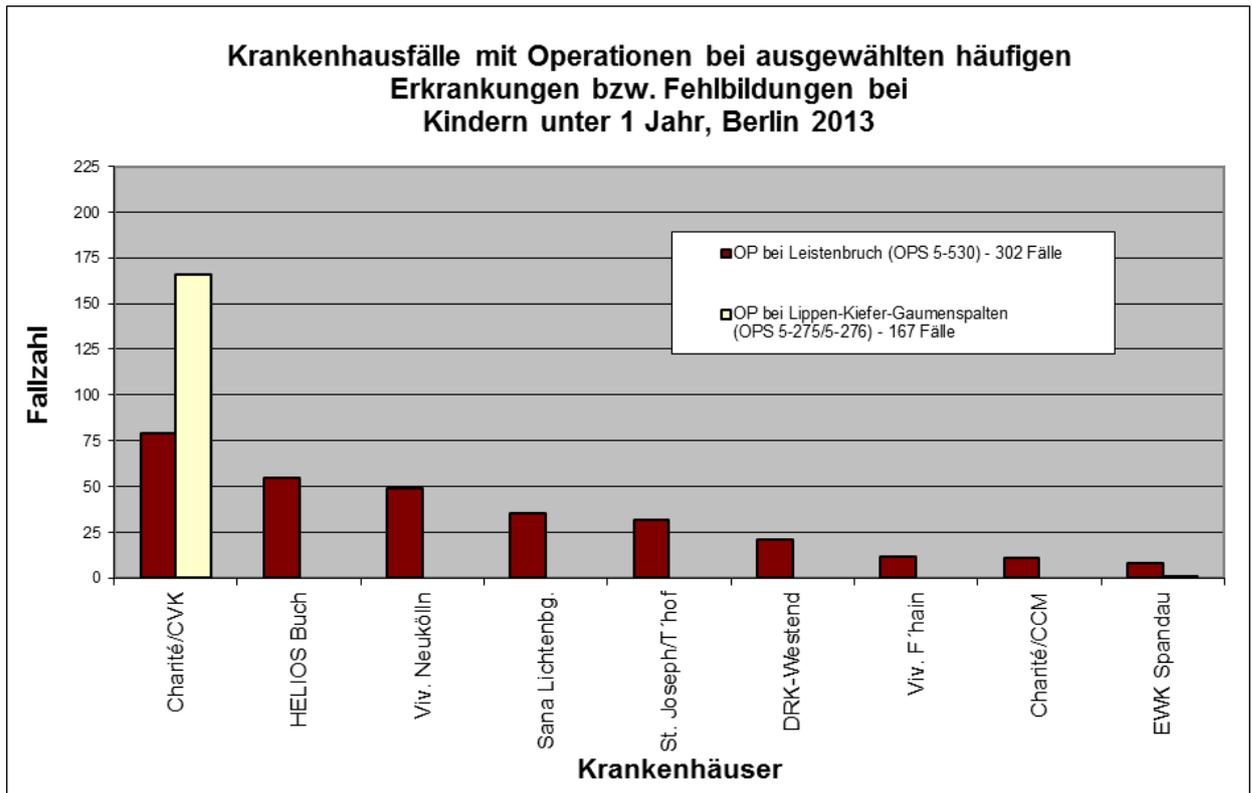


3.5. Behandlung von Kindern im ersten Lebensjahr

Die beiden folgenden Diagramme geben einen Überblick über schwerwiegende Krankenhausbehandlungen bei Säuglingen. Insgesamt sind diese Behandlungen vergleichsweise selten notwendig. Hier ist absolute Spezialistenarbeit gefordert. Den Diagrammen ist zu entnehmen, wo diese in welchem Umfang geleistet wird.

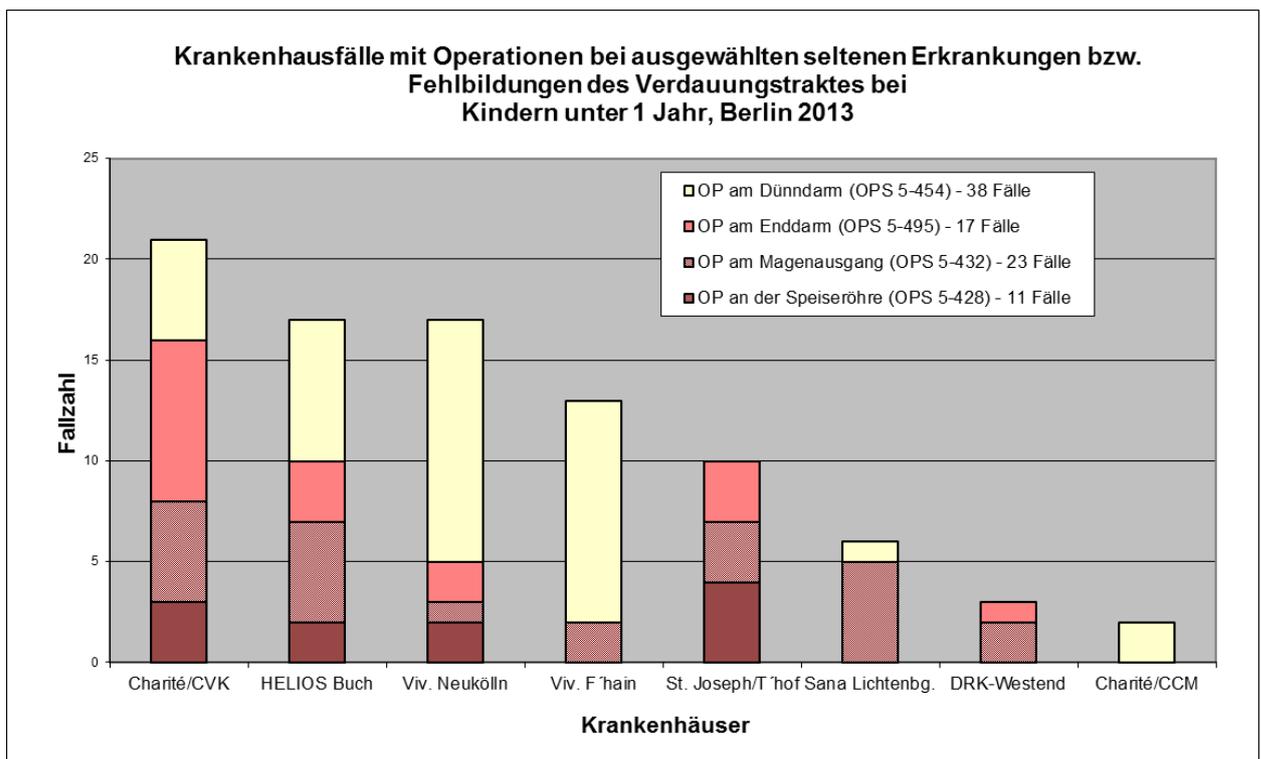
Operationen bei ausgewählten häufigen Erkrankungen/Fehlbildungen

Das erste Diagramm zeigt die operativen Eingriffe, die im ersten Lebensjahr am häufigsten notwendig werden. Dies sind Leistenbruchoperationen und Korrekturoperationen von Mund-Kiefer-Gaumen-Spalten. Dem Diagramm ist zu entnehmen, in welchen Krankenhäusern und in welchem Umfang Säuglinge an Leistenbrüchen operiert werden. Mund-Kiefer-Gaumen-Spalten werden ausschließlich im Campus Virchow-Klinikum der Charité operativ behandelt.



Operationen bei ausgewählten seltenen Erkrankungen/Fehlbildungen

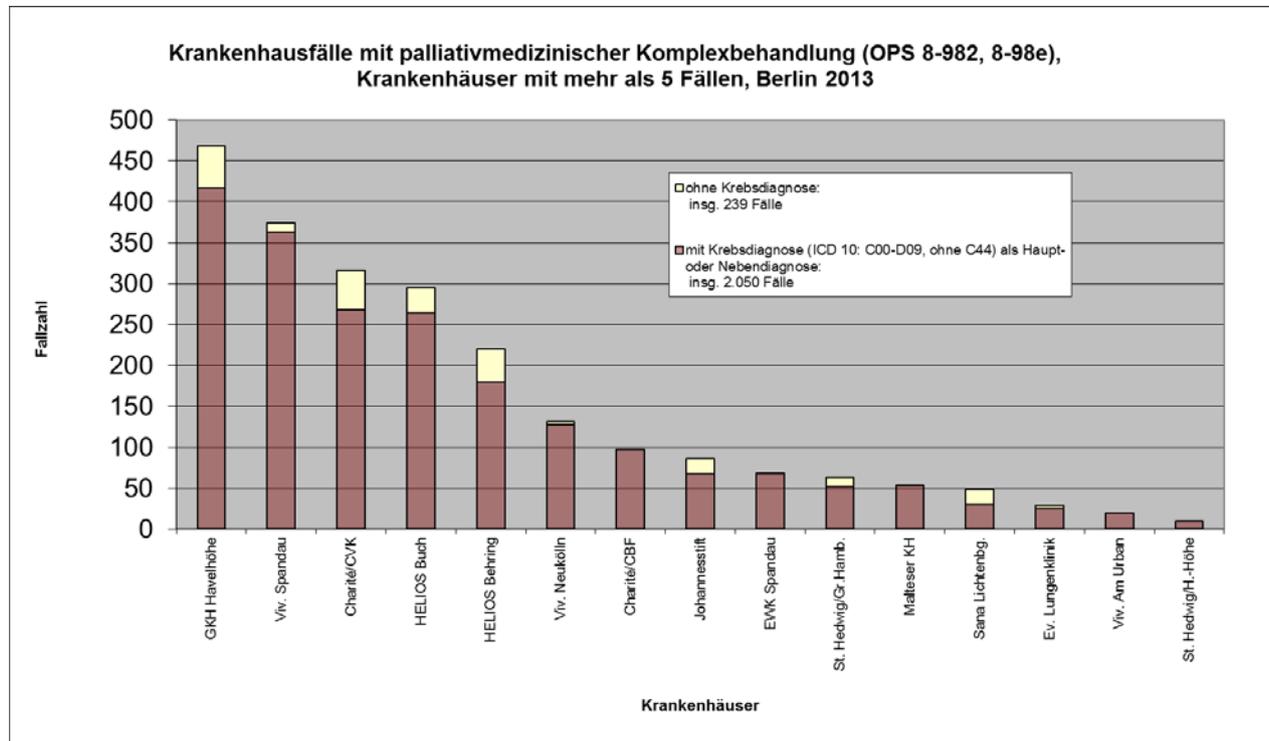
Die im Diagramm dargestellten Operationen am Verdauungstrakt sind ausgesprochen selten erforderlich. Es gibt nur vier Krankenhäuser in Berlin, die 2013 mehr als 10 Säuglinge in diesem Bereich operierten.



3.6. Palliativmedizin

Die Palliativmedizin begleitet unheilbar schwer erkrankte Menschen (lat.: *palliare* = mit einem Mantel bedecken), am häufigsten bei Krebs. Spezialisierte Schmerztherapie, Symptomlinderung und soziale Unterstützung stehen dabei im Vordergrund. Im Prozedurenkatalog werden unter OPS 8-982 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung) bzw. OPS 8-98e (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung) umfangreiche Anforderungen zum Personaleinsatz und zur Personalqualifikation für eine hierauf besonders spezialisierte Behandlung im Krankenhaus beschrieben. Sie soll in schwierigen Fällen die Weiterbetreuung der Patienten in der von ihnen gewünschten Umgebung, meist ist es das Zuhause, vorbereiten und ermöglichen und so andere palliativmedizinische Versorgungsangebote im ambulanten Bereich und in Hospizen ergänzen.

Dem Diagramm ist zu entnehmen, in welchen Berliner Krankenhäusern 2013 diese Behandlungen erfolgten. Außerdem ist der Anteil der Patienten, die keine Krebserkrankung hatten, dargestellt.



4. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzungen in den Krankenhausnamen:

Charité/CFB	Charité/Campus Benjamin Franklin
Charité/CCM	Charité/Campus Charité Mitte
Charité/CVK	Charité/Campus Virchow-Klinikum
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DRK-Westend	DRK-Kliniken Westend
DRK-Köpenick	DRK-Kliniken Köpenick
DRK-Mitte	DRK-Kliniken Mitte
Elisabeth Klinik	Evangelische Elisabeth Klinik
KEH	Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
EWK Spandau	Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
Geriatriz.	Geriatrizentrum

GKH Havelhöhe	Gemeinschafts-Krankenhaus Havelhöhe
HELIOS Behring	HELIOS Klinikum Emil von Behring
HELIOS Buch	HELIOS Klinikum Berlin-Buch
Immanuel KH W. bzw. B.	Immanuel Krankenhaus Standort Wannsee bzw. Berlin-Buch
KH	Krankenhaus
Kl.	Klinik
Klinik TWW	Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
Maria Heimsuchg.	Maria Heimsuchung Caritas Klinik Pankow
Parkklinik W´see	Parkklinik Weißensee
Sana Lichtenbg.	Sana Klinikum Lichtenberg
St.Hedwig/Gr.Hamb.	St. Hedwig-Kliniken, Standort: Große Hamburger Straße
St Hedwig/H.-Höhe	St. Hedwig-Kliniken, Standort: Hedwigshöhe
St. Joseph T´hof	St.Joseph-Krankenhaus (Tempelhof)
Viv. Hellersdorf	Vivantes Klinikum Hellersdorf
Viv. Am Urban	Vivantes Klinikum Am Urban
Viv. AVK	Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
Viv. F´hain	Vivantes Klinikum im Friedrichshain
Viv. Humboldt	Vivantes Humboldt-Klinikum
Viv. Neukölln	Vivantes Klinikum Neukölln
Viv. Prenzlauer Berg	Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg
Viv. Spandau	Vivantes Klinikum Spandau
Viv. Wenckeb.	Vivantes Wenckebach-Klinikum
Westklinik D.	Westklinik Dahlem
zus.	zusätzlich

andere verwendete Abkürzungen:

DRG	Diagnosis Related Groups
GKR	Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD 10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
LHKM	Linksherzkathetermeßplatz
NHL	Non-Hodgkin Lymphome
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	Percutane Intervention

Anlage 5: Verzeichnis der Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe an Krankenhäusern

A: Verzeichnis der Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe, die mit förderungsfähigen Krankenhäusern notwendigerweise verbunden und nach KHG und LKG förderfähig sind

Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpflegern

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Campus Buch - Fachbereich Gesundheits-und Krankenpflege
Schwanebecker Chaussee 4 Haus E bis H
13125 Berlin

DRK-Schwesternschaft Berlin e.V.
- Bildungszentrum für Pflegeberufe -
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
DRK-Kliniken Berlin/Westend
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Evangelische Krankenpflegeschule
des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Herzbergstraße 79
10365 Berlin

Staatlich anerkannte Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
des St. Marien-Krankenhauses Berlin
Gallwitzallee 123 -143
12249 Berlin

Akademie für Gesundheits- und
Krankenpflege Waldfriede
Argentinische Allee 40
14163 Berlin

Deutsches Herzzentrum Berlin
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
des Evangelischen Waldkrankenhauses Spandau
Martin-Luther-Krankenhaus
Hohenzollerndamm 150
14199 Berlin

Caritas Akademie für Gesundheits- und Krankenpflege
Caritas-Klinik Pankow Haus C 4
Hertzstr. 61
13158 Berlin
Sankt Gertrauden-Franziskus-Krankenpflegeschule
am Sankt Gertrauden-Krankenhaus

Paretzer Straße 11-12
10713 Berlin

Alexianer Akademie
für Gesundheits- und Krankenpflege Berlin
Große Hamburger Straße 5-11
10115 Berlin

Schule für Gesundheitsberufe Berlin GmbH
am St. Joseph Krankenhaus
Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflege
Wüsthoffstraße 15
12101 Berlin

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
Institut für berufliche Bildung im Gesundheitswesen - IbBG -
Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflege
Rudower Straße 48
12351 Berlin

Wannsee-Schule e.V.
Schule für Gesundheitsberufe – Bereich Gesundheits- und Krankenpflege
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin

Ausbildung von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Campus Buch - Fachbereich Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
Schwanebecker Chaussee 4 Haus E bis H
13125 Berlin

DRK-Schwesternschaft Berlin e.V.
- Bildungszentrum für Pflegeberufe -
Schule für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
DRK-Kliniken Berlin/Westend
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Schule für Gesundheitsberufe Berlin GmbH
am St. Joseph Krankenhaus
Fachbereich Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
Wüsthoffstraße 15
12101 Berlin

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
Institut für berufliche Bildung im Gesundheitswesen - IbBG -
Rudower Straße 48
12351 Berlin

Ausbildung von Hebammen und Entbindungspflegern

Schule für Gesundheitsberufe Berlin GmbH
am St. Joseph Krankenhaus
Fachbereich Hebammenkunde
Wüsthoffstraße 15
12101 Berlin

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
Institut für berufliche Bildung im Gesundheitswesen – IbBG -
Fachbereich Hebammen
Rudower Straße 48
12351 Berlin

Ausbildung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Campus Buch
Fachbereich Physiotherapie
Schwanebecker Chaussee 4 Haus E bis H
13125 Berlin

Wannsee-Schule e. V.
Schule für Gesundheitsberufe
Staatl. anerkannte Schule für Physiotherapie
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin

Ausbildung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Campus Buch
Fachbereich Ergotherapie
Schwanebecker Chaussee 4 Haus E bis H
13125 Berlin

Staatlich anerkannte Schule für Ergotherapie
im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau
Stadtstrandstraße 555-561
13589 Berlin

Wannsee-Schule e. V.
Schule für Gesundheitsberufe
Staatl. anerkannte Schule für Ergotherapie
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin

Ausbildung von technischen Assistentinnen und Assistenten in der Medizin

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Campus Buch
Fachbereiche: Laboratoriumsdiagnostik, Radiologie und
Funktionsdiagnostik
Schwanebecker Chaussee 4 Haus E bis H
13125 Berlin

Ausbildung von Masseurinnen und medizinischen Bademeisterinnen / Masseuren und medizinischen Bademeistern

Akademie der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Campus Buch
Fachbereich Masseur und med. Bademeister
Schwanebecker Chaussee 4 Haus E bis H
13125 Berlin

Ausbildung von Kardiotechnikerinnen und Kardiotechnikern

Akademie für Kardiotechnik am
Deutschen Herzzentrum Berlin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

B: Verzeichnis der Ausbildungsstätten an Universitätskliniken (keine Förderfähigkeit nach dem KHG/LKG)

Charité
Die Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Gesundheits- und Krankenpflege
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Charité
Die Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Charité
Die Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Hebammenwesen
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Charité
Die Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Physiotherapie
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Charité
Die Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Logopädie
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Charité
Die Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Diätassistenten
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Charité
Die Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich medizinische Sektions- und Präparationsassistenten
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Anlage 6: Stellungnahme der Ärztekammer im Rahmen der AG Notfallversorgung

Stellungnahme der Ärztekammer Berlin vom 5. November 2013 zur Anfrage der SenGS der AG Notfallversorgung/Krankenhausplan

Die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser sind im Berliner Krankenhausplan ausgewiesen, um die Notfallversorgung der Bevölkerung selbst in besonderen Lagen gewährleisten zu können.

Die überwiegende Anzahl der Häuser verfügt über eine zentrale Anlaufstelle für Notfallpatienten und erfüllt die strukturellen Voraussetzungen wie 24-Stunden-Vorhaltung von Notfall-Diagnostik (z.B. radiol. Bildgebung, Notfall-Labor) und Blutdepot. Häuser, die diese Anforderungen nicht erfüllen, sollten nicht an der Notfallversorgung teilnehmen.

Ein großer Teil der Berliner Kliniken erfüllt die Muss-Festlegungen der SenGS aus dem Krankenhausplan 2010 nach einer eigenständigen pflegerischen Leitung mit eigenem, der Rettungsstelle zugeordnetem med. Assistenzpersonal sowie nach der Etablierung und Anwendung eines Triage-Systems.

Nicht erkenntlich ist jedoch, ob die Kliniken, die Triage-Systeme einsetzen, innerhalb der selbst vorgegebenen „Response-Zeiten“ bleiben (z.B. Wartezeit bis zum Arzt-Erstkontakt je nach Triagekategorie, durchschnittliche Gesamtbehandlungsdauer bei ambulanten Fällen je Triagekategorie, etc.), bzw. zu welchem Prozentsatz die Einhaltung dieser zeitlichen Fristen tatsächlich mit den klinikinternen Soll-Zeiten korreliert. Eine verpflichtende systematisierte Dokumentation der Zeiten, die Meldung der Compliance-Werte und die Rückspiegelung der Ergebnisse im Rahmen eines Klinikvergleichs dürfte zu einer nachhaltigen Verbesserung im ambulanten Bereich führen.

Der Erfüllung des Soll-Kriteriums „eigene ärztliche Leitung“ sind viele Kliniken bereits nachgekommen. Hier ist eine Änderung dieses Soll-Kriteriums in ein Muss-Kriterium im nächsten Krankenhausplan zu empfehlen, da mit der eigenständigen ärztlichen Leitung die Verantwortlichkeit für dieses sensible Versorgungssegment klar und eindeutig zugeordnet ist. Ein weiteres Kriterium, das in den Krankenhausplan Eingang finden sollte, ist die Forderung nach einem fest zugeordneten ärztlichen Personalstamm der Rettungsstelle, insbesondere in den Notfallzentren.

Als generell problematisch wird das 24/7/365- Aufrechterhalten eines akzeptablen Kompetenzlevels in den Rettungsstellen hinsichtlich des geschuldeten Facharztstandards beim ärztlichen Dienst angesehen. Wie bereits in der Stellungnahme des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin zum Krankenhausplan 2010 festgestellt wurde, erschweren die derzeit überwiegend ökonomischen Rahmenbedingungen der Kliniken (Reduktion des ärztlichen Personals und Arbeitsverdichtung) gekoppelt mit dem in einigen Fachbereichen bereits real existenten Mangel an Fachärzten eine durchgängige 24-Stunden-Facharztvorhaltung.

Die Frage der SenGS nach zwingend fachärztlich vorzuhaltenden Kompetenzen für die Notfallversorgung der Krankenhäuser kann daher zur Zeit nur dahingehend beantwortet werden, dass ein an der Notfallversorgung teilnehmendes Haus neben

der durchgängig bestehenden Kompetenz in Innerer Medizin auch für die Chirurgie in der Lage sein muss, viszeralchirurgische und unfallchirurgische Versorgung rund um die Uhr gewährleisten zu können. Durch eine der zunehmenden Spezialisierung geschuldeten Änderung der WBO 2004 im Gebiet Chirurgie und der damit verbundenen Einführung des Facharztes für Allgemeine Chirurgie sind die bisherigen Schwerpunkte für Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie in die Facharztkompetenzen Viszeralchirurgie bzw. Unfallchirurgie/Orthopädie überführt worden. Durch die damit verbundene frühzeitige Spezialisierung auf das jeweilige chirurgische Teilgebiet werden die für eine fachärztliche Notfallversorgung erforderlichen Kompetenzen im Gesamtgebiet Chirurgie nur noch „eingeschränkt“ erworben. Um der Versorgungsrealität und der Einhaltung eines Facharztstandards auf dem Gesamtgebiet Chirurgie gerecht werden zu können, ist daher die Vorhaltung nur eines Facharztes der Teilgebiete Visceralchirurgie oder Unfallchirurgie/Orthopädie für eine umfassende Notfallversorgung nicht ausreichend.

In der Konsequenz ist damit zu fordern, dass fachärztliche Notfallkompetenzen in beiden vorgenannten Teilgebieten vorgehalten werden sollten. Neben dem gleichzeitigen Einsatz von 2 Fachärzten der in Rede stehenden Gebiete kann dies auf Grund der in der Facharztausbildung vermittelten Kompetenzen durch Fachärzte für Allgemeine Chirurgie nach WBO 2004 bzw. alternativ Fachärzte für Chirurgie nach WBO 1994 erfolgen.

Im Übrigen möchten wir darauf hinweisen, dass innerhalb der Gremien der Ärztekammer Berlin eine kontroverse, gleichwohl konstruktive Diskussion über die Einführung einer Zusatzqualifikation für Notfallmedizin geführt wird (FA für Notfallmedizin resp. Zusatz-Weiterbildung). Diese Qualifikation ist in vielen Ländern vorhanden. Mehrere Rettungsstellen Berliner Krankenhäuser werden bereits durch breit qualifizierte Fachärzte geleitet.

Für spezifische Anforderungen (z.B. Brandverletzungen, Geburtshilfe, Pädiatrie etc.) sind Häuser mit entsprechender Kapazität und Kompetenz auszuweisen.

Der von der SenGS beschrittene Weg der Orientierung an Qualitätskriterien sollte auch als Basis für die künftige Krankenhausplanung weiter verfolgt werden.