Abgeordnetenhaus BERLIN

Drucksache 18 / 26 600
Schriftliche Anfrage

18. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten Tim-Christopher Zeelen (CDU)

vom 10. Februar 2021 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 11. Februar 2021)

zum Thema:
Stand der Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg

und **Antwort** vom 28. Feb. 2021 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 02. März 2021)

Die Drucksachen des Abgeordnetenhauses sind bei der Kulturbuch-Verlag GmbH zu beziehen.
Hausanschrift: Sprosserweg 3, 12351 Berlin-Buckow · Postanschrift: Postfach 47 04 49, 12313 Berlin, Telefon: 6 61 84 84; Telefax: 6 61 78 28.

Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung

Herrn Abgeordneten Tim-Christopher Zeelen (CDU)

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t
auf die Schriftliche Anfrage Nr. 18/26 600
vom 10. Februar 2021
über Stand der Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

1. Wie ist der aktuelle Stand des neu konstituierten Regionalausschusses Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg?

Zu 1.:

Die konstituierende Sitzung des gemeinsamen Regionalausschusses fand am 25. September 2018 statt. Seitdem hat es zwei weitere Sitzungen gegeben. Die für den 23. Juni 2020 terminierte Sitzung wurde pandemiebedingt zunächst auf Januar 2021 verschoben. Stattfinden wird sie nun Ende März 2021.

2. Welche gemeinsamen Versorgungsziele und Planungsansätze wurden beschlossen?

Zu 2.:

Erste Aufgabe des Gemeinsamen Regionalausschusses war es, eine Empfehlung zu den Grundlagen und Grundsätzen der Gemeinsamen Krankenhausplanung abzugeben. Hierüber hat der Gemeinsame Regionalausschuss in seiner zweiten Sitzung am 31.01.2019 beraten. Die Empfehlung des Gemeinsamen Regionalausschusses wurde bei der Erstellung eines Grundlagenpapiers berücksichtigt. Das gemeinsame Grundlagenpapier beider Gesundheitsverwaltungen haben das Brandenburgische Kabinett und der Berliner Senat jeweils am 2. April 2019 zur Kenntnis genommen. Das zwanzigseitige Papier ist der Anfrage als Anlage beigefügt.

3. Sind konkrete Änderungen in der Krankenhausplanung geplant? Falls ja, welche und zu wann?

Zu 3.:

Der Berliner Senat wird zu gegebener Zeit dem für Gesundheit zuständigen Ausschuss des Abgeordnetenhauses gemäß § 6 Abs. 1 S. 2 des Landeskrankenhausgesetzes Gelegenheit zur Stellungnahme geben.

4. Das Ziel, bis Ende 2020 sowohl dem Berliner Senat als auch dem Kabinett in Brandenburg die jeweiligen Krankenhauspläne parallel zur Beschlussfassung vorzulegen, hat offensichtlich nicht geklappt. Was sind die Gründe hierfür und bis wann sollen die Krankenhauspläne zur Beschlussfassung vorgelegt werden?

Zu 4.:

Der ursprünglich vereinbarte Zeitplan sah einen synchronen Senats- bzw. Kabinettsbeschluss zu beiden Landeskrankenhausplänen bis Ende 2020 vor. Diese Zeitplanung konnte aus verschiedenen Gründen - im Schwerpunkt die Pandemiesituation in beiden Ländern, aber auch die Berücksichtigung einer neuen Bevölkerungsprognose für Berlin - nicht eingehalten werden.

Beide Länder beabsichtigen nunmehr, ihre Krankenhauspläne bis Sommer 2021 zu beschließen. Aus Berliner Sicht ist diese Terminsetzung sehr ambitioniert. Zurzeit wurden - soweit es die Pandemiesituation zulässt - die inhaltlichen Arbeiten zur Erstellung des Textteiles und infolge der neuen Bevölkerungsprognose die Anhörungen von Krankenhausträgern zu speziellen Versorgungsbereichen wiederaufgenommen.

5. Mit dem 3. Bevölkerungsschutzgesetz wurde § 21 KHG dahingehend geändert, dass Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus Ausgleichszahlungen erhalten, vorausgesetzt die 7-Tage-Inzidenz je 100.000 Einwohner liegt bei über 70. In welcher Höhe wurden Ausgleichszahlungen bislang an die Berliner Krankenhäuser bezahlt? (Bitte getrennt nach Krankenhausträger angeben).

Zu 5.:

Gemäß § 21 Abs. 1 a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurden aufgrund der durch das 3. Bevölkerungsschutzgesetz eingesetzten neuen Ausgleichzahlungen zum Stichtag 16.02.2021 insgesamt **156.684.193,56** Bundesmittel an Berliner Krankenhäuser durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung ausgereicht.

Eine Liste der berücksichtigten Häuser hat die Senatsverwaltung gemäß § 21 Abs. 9a KHG auf ihrer Internetseite unter https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/notfallmedizin/ veröffentlicht.

Der Bundesgesetzgeber hat in den Absätzen 9 und 9a des § 21 KHG den Adressatenkreis von krankenhausbezogenen Auswertungen der abgerufenen Ausgleichszahlungen abschließend geregelt. Die Übermittlung der Zahlungen je Haus ist damit ausgeschlossen.

6. Wie will der Senat die finanzielle Situation der Krankenhäuser sicherstellen, wenn die 7-Tages-Inzidenz unter 70 liegt und wie hoch schätzt der Senat die finanzielle Belastung für die Krankenhäuser insgesamt?

Zu 6.:

Der Senat hat gemeinsam mit allen 15 anderen Bundesländern sowohl auf Ebene der Gesundheitsministerkonferenz als auch auf Ebene der Ministerpräsidentenkonferenz die Inzidenz als Bezugsgröße scharf kritisiert. Insbesondere, da eine 7-Tage-Inzidenz von 70 keine relevante Größe für die Beurteilung der Belastung von Kliniken bei der Behandlung von COVID-Patienten darstellt. Neben der Absenkung der Inzidenz-Grenze bei der Berücksichtigung von Ausgleichszahlungen hat sich der Senat zusätzlich für eine langfristige Regelung der Ausgleiche von Mindererlösen für das gesamte Jahr 2021 eingesetzt.

Letztlich ist die Sicherstellung einer auskömmlichen Betriebskostenfinanzierung nach dem dualen Prinzip der Krankenhausfinanzierung aber Aufgabe des Bundesgesetzgebers.

7. Wie viele der nach § 21 Absatz 5 KHG aufgestellten zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit sollen zukünftig in der Krankenhausplanung verweilen und wie wird die Finanzierung für die zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sichergestellt?

Zu 7.:

Entsprechend der gegenüber den Häusern im Rahmen der Kostenerstattung der Geräte erlassenen Bewilligungsbescheide haben die Häuser die Geräte für einen Zeitraum von fünf Jahren (entspricht der linearen Abschreibung kurzfristiger Anlagegüter) zusätzlich zu ihren Ausgangskapazitäten bereitzuhalten und bei Bedarf zu betreiben. Es müssen also nicht alle zusätzlich für den Pandemiefall angeschafften Geräte durchgehend betrieben werden.

8. Nach welchen Kriterien erfolgt die Zuteilung der Krankenhäuser auf die Zentren und inwiefern plant die Senatsverwaltung zuzüglich der GBA Richtlinie weitere Qualitätskriterien für Zentren zu definieren?

Zu 8.:

Die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V konkretisieren die Grundsätze der besonderen Aufgaben für Zentren und Schwerpunkte und bestimmt Qualitätsanforderungen für die Erfüllung dieser Aufgaben. Zudem bildet sie die Grundlage für die Vereinbarung von Zuschlägen.

Entgegen aller anderen G-BA-Richtlinien gilt sie aber nicht unmittelbar für und gegen die Krankenhäuser. Vielmehr bedarf es einer ordnungsrechtlichen Ausweisung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde.

Zur Berücksichtigung als Zentrum im Sinne der G–BA-Richtlinie bedarf es zunächst eines Antrages des jeweiligen Krankenhauses für die jeweilige Zentren-Art. Die zuständige Landesbehörde überprüft die generelle Geeignetheit des jeweiligen Krankenhauses, ein Zentrum zu sein und stellt dies durch gesonderten Bescheid fest.

Für den Bereich onkologischer Zentren hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung bereits vor Inkrafttreten der G-BA-Richtlinie gesonderte Qualitätskriterien fixiert, die für die Frage der grundsätzlichen Ausweitung als (onkologisches) Zentrum auch nach wie vor angewandt werden und werden sollen.

9. Inwieweit werden als Konsequenz aus der COVID-19-Pandemie die Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen in den Berliner Einrichtungen an mögliche künftige Ereignisse dieser Art angepasst?

Zu 9.:

Gem. Infektionsschutzgesetz müssen Kliniken Hygienepläne erstellen, deren Kontrolle den Gesundheitsämtern obliegt. In diesen Hygieneplänen sind auch Maßnahmen festzulegen, die im Pandemiefall zu ergreifen sind.

10. Wird in der Krankenhausplanung die digitale Vernetzung der Einrichtungen forciert, um z.B. Akut-Patienten in die jeweils am besten geeignete Einrichtung einweisen zu können? Falls ja, inwiefern? Falls nein, warum nicht?

11. Wie können nach Ansicht des Senats ambulante und stationäre Einrichtungen künftig besser zusammenarbeiten (Stichwort patient pathway)?

Zu 10. und 11.:

Die digitale Vernetzung der Kliniken, beispielsweise zur Einweisung eines Akutpatienten in das jeweils geeignetste Krankenhaus, findet mit der flächendeckenden Einführung des interdisziplinären Versorgungsnachweises (IVENA) bereits heute statt.

Zusätzlich ist der vom Bund eingerichtete Krankenhauszukunftsfonds mit einem Gesamtvorlumen von rund 4,3 Mrd. Euro dazu geeignet, die Digitalisierung der Krankenhäuser und auch deren Vernetzung mit sektorübergreifenden Angeboten zu fördern und parallel zur Beschleunigung des Ausbaus der Telematikinfrastruktur voranzutreiben. Das Land übernimmt die Kofinanzierung des auf Berlin entfallenden Anteils des Fonds mit rund 66 Mio. Euro in voller Höhe.

12. Wie viele Ausbildungsstellen für Ärzte in Weiterbildung - Facharztausbildung gibt es in den Berliner Kliniken? (Bitte getrennt nach Fachrichtung angeben).

13. Wie war die Entwicklung der Anzahl der Ausbildungsstellen für Ärzte in Weiterbildung in den vergangenen 3 Jahren? (Bitte jährlich getrennt nach Fachrichtung angeben).

Zu 12. und 13.:

Die Ausbildungsstellen zur fachärztlichen Weiterbildung der Medizinerinnen und Mediziner werden individuell zwischen den Krankenhäusern und der Berliner Ärztekammer festgelegt und sind je nach der individuellen Weiterbildungsermächtigung der dort beschäftigten Ärzte zu bewerten. Dem Senat liegen deswegen keine Zahlen vor.

14. Inwieweit wäre am Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus und Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung der Tages- und Investitionssatz zu berücksichtigen (gem. § 6 Abs.3 KHG)?

Zu 14.:

Die gestellte Frage betrifft das Verhältnis der Berücksichtigung des Entlassungstags bei der Errechnung der stationären Fallpauschale gegenüber dem Pflegetagessatz in einer Einrichtung nach SGB XI.

§ 1 Abs. 7 der für den stationären Bereich zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Fallpauschalenvereinbarung 2021 legt in den Sätzen 1 und 2 folgendes fest:

„Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer ist die Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ***ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag*** *aus dem Krankenhaus; wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag.“*

Der Entlassungstag aus dem Krankenhaus wird damit nicht in die Berechnung der stationären Fallpauschale einbezogen. Es kommt zu keiner Kollision der Zuständigkeit verschiedener Kostenträger der Sozialversicherung.

Demgegenüber ist § 6 Abs. 3 KHG ist eine Regelung, die in ihrem Sinn und Zweck auf den Abbau von konkreten, individuellen Krankenhauskapazitäten zum Zwecke des Betriebs von Pflegeheimen abstellt. Zwischen beiden Inhalten sind keine Zusammenhänge erkennbar.

Berlin, den 28. Februar 2021

In Vertretung
Martin Matz
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung

LAND BRANDENBURG

Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

Senatsverwaltung
für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung

be Berlin

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

Berlin/Potsdam, den 02. April 2019

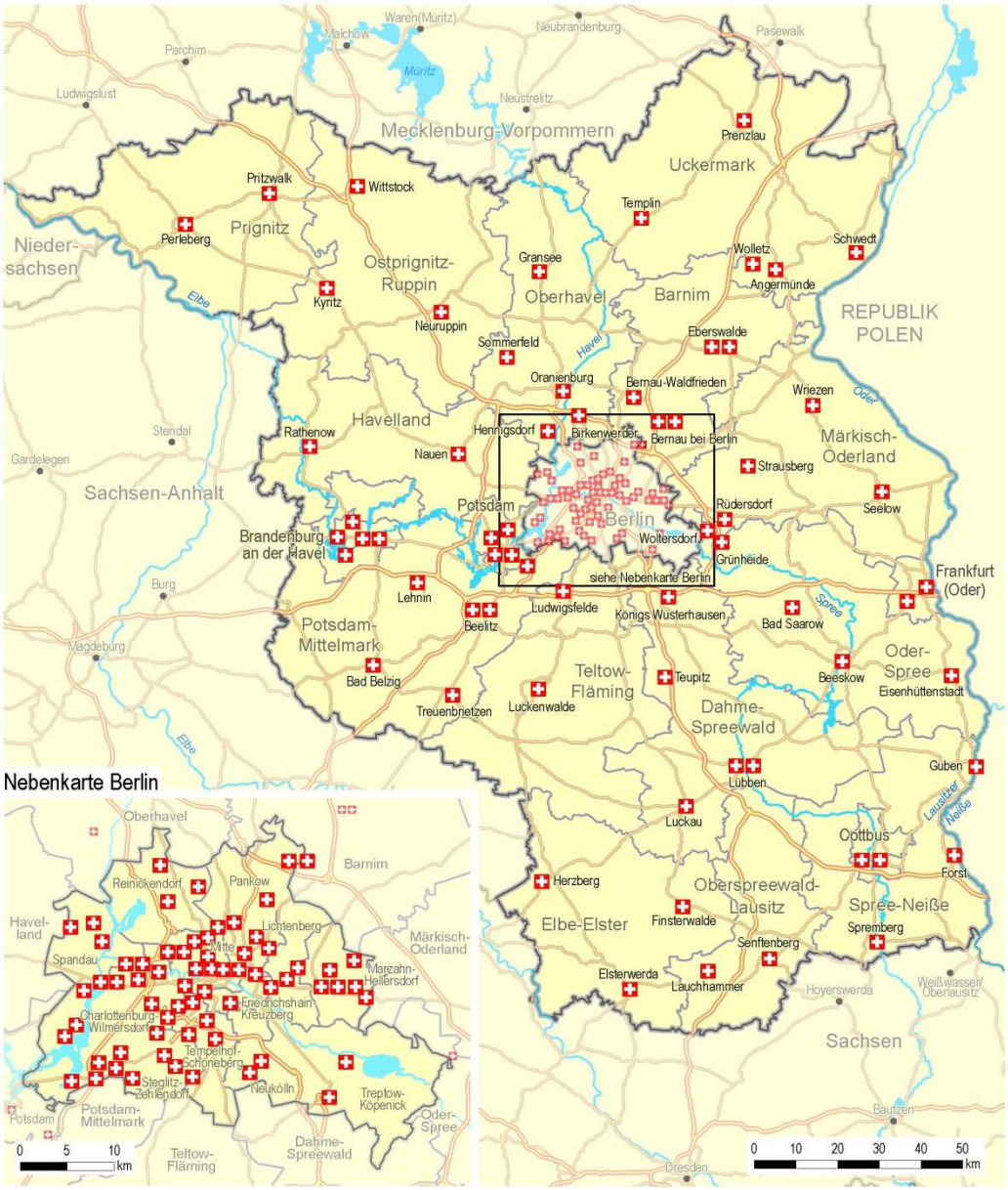
LAND BRANDENBURG

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

be Berlin

Zwei Länder - eine Gesundheitsregion
Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg



Krankenhaus

Landesgrenze

Kreisgrenze/ Bezirksgrenze

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

Inhaltsverzeichnis

I. Hintergründe - Zwei Länder eine Gesundheitsregion 4

1. Länderübergreifende Pendlerbewegungen von Patientinnen und Patienten sowie von Fachkräften 4
2. Länderübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer 5
3. Länderübergreifende Zusammenarbeit der Krankenkassen und Krankenkassenverbände 6
4. Masterplan zur Entwicklung der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg 7

II. Grundzüge der Gemeinsamen Krankenhausplanung 8

1. Harmonisierung der Planungszyklen 8
2. Gemeinsame Versorgungsziele 8
   a. Gleichwertige Krankenhausversorgung 8
   b. Jährliche Zukunftswerkstätten 9
   c. Organisation und Einbettung der Zukunftswerkstätten in die vorhandene Gremienstruktur 9
   d. Nutzung der Impulse der Zukunftswerkstätten 10
3. Gemeinsame Planungsgrundsätze 13
   a. Methodisches Vorgehen 13
   b. Qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in beiden Ländern 13
4. Ausgewählte Versorgungsbereiche 15
   a. Notfallstufenkonzept 15
   b. Abgestimmte Vorhaltung eines Angebotes an hochspezialisierten Leistungen in der Gesundheitsregion 15
   c. Hygiene 16

III. Das Verfahren der Gemeinsamen Krankenhausplanung 17

1. Gegenstand und Reichweite der Gemeinsamen Krankenhausplanung 2020 (Verhältnis Grundlagenpapier zu den beiden Krankenhausplänen der Länder) 17
2. Das Verfahren der Gemeinsamen Krankenhausplanung 2020 17
3. Der Gemeinsame Regionalausschuss 17
   a. Zusammensetzung 18
   b. Aufgaben 19

IV. Fazit: Zukunftssicherung der Krankenhausversorgung in der Gesamtregion 19

I. Hintergründe - Zwei Länder eine Gesundheitsregion

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

In der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg wurden im Jahr 2017 140 Krankenhäuser, davon 83 in Berlin und 57 in Brandenburg betrieben, wobei einige dieser Einrichtungen mehr als einen Standort haben. Von den 83 betriebenen Berliner Krankenhäusern waren 49 in den Krankenhausplan des Landes Berlin aufgenommen, ein weiteres in den Plan aufgenommenes Krankenhaus war im Jahr 2017 noch nicht in Betrieb gegangen. Von den 57 Krankenhäusern in Brandenburg waren 53 Krankenhäuser in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg aufgenommen. Die nachstehenden Angaben zur Krankenhausleistungsstruktur beziehen sich auf alle Krankenhäuser in den Ländern. Diese Krankenhäuser waren im Durchschnitt zu 82,4 Prozent ausgelastet (Berlin: 84,5 %, Brandenburg: 79,9%).
Die durchschnittliche Verweildauer in der Gesundheitsregion betrug 7,5 Tage (Berlin: 7,3 Tage, Brandenburg: 7,9 Tage).
Von den insgesamt 35.752 im Jahresdurchschnitt 2017 aufgestellten Betten entfallen 20.390 auf Berliner und 15.362 auf Brandenburger Krankenhausstandorte. Insgesamt entfielen auf die Region 1.429.567 vollstationäre Behandlungsfälle, davon 862.753 in Berlin und 566.814 in Brandenburg.

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

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

1. Länderübergreifende Pendlerbewegungen von Patientinnen und Patienten sowie von Fachkräften

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

Gemäß der amtlichen Bundesstatistik für 2017 hatten 12,4 Prozent der (vollstationär behandelten) Patientinnen und Patienten in Berliner Krankenhäusern ihren Wohnsitz in Brandenburg. Der Anteil von Berlinerinnen und Berlinern in Brandenburger Krankenhäusern betrug dem gegenüber 3,6 Prozent (Quelle: Datenbank GENESIS-Online vom Statistischen Bundesamt: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)).
In absoluten Zahlen ausgedrückt: 112.075 Brandenburgerinnen und Brandenburger wurden 2017 in Berlin stationär behandelt und umgekehrt 20.693 Berlinerinnen und Berliner in Brandenburg.
Der Umlandversorgungsanteil Berlins für Brandenburgerinnen und Brandenburger ist in den letzten Jahren weiter leicht gewachsen (2013: 11,9 Prozent). Berliner Krankenhäuser übernehmen somit in erheblichem Umfang Krankenhausversorgungsaufgaben für die Bevölkerung Brandenburgs im näheren Umland Berlins. Auch umgekehrt nimmt die Berliner Bevölkerung Versorgungsangebote Brandenburger Krankenhäuser in Anspruch. Daraus ergibt sich gemäß § 6 Abs. 2 KHG in Verbindung mit den Krankenhausgesetzen beider Länder permanent die Notwendigkeit, die „Gesundheitspendler“ in den Krankenhausplänen der Länder Berlin und Brandenburg zu berücksichtigen.

Dementsprechend werden zwischen den Ländern Berlin und Brandenburg die Krankenhauspläne seit Neubildung des Landes Brandenburg in diesem Sinne abgestimmt. Die für Gesundheit zuständige Berliner Senatsverwaltung und das zuständige Ministerium des Landes Brandenburg haben die vor vielen Jahren begonnenen Abstimmungsgespräche zur Krankenhausplanung in der Gesamtregion Berlin-Brandenburg kontinuierlich fortgeführt, den Stand der bereits getroffenen Abstimmungsergebnisse in Zeitabständen überprüft und sich bei der Erarbeitung und Fortschreibung der jeweiligen Krankenhauspläne verständigt.

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

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

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

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

2. Länderübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer

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

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

Auch in zukunftsweisenden sektorenübergreifenden Projekten arbeiten die beiden Bundesländer eng zusammen. Die Innovationsfondsprojekte „Akut Neurologische Versorgung in Nord-Ost-Deutschland mit TeleMedizinischer Unterstützung (ANNOTeM, Schlaganfallprojekt)“ und „QS-Notfall das Herzinfarktprojekt des Berlin-Brandenburger Herzinfarktregisters (B_2HIR)“ sind nur zwei Beispiele, bei denen die beiden Länder zusammen an neuen Versorgungsformern arbeiten.

Seit dem Jahr 2017 ist das Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister (B_2HIR) als Verein etabliert. Die Daten der Kliniken werden erfasst, in ihrer Qualität bewertet und die Ergebnisse an die Kliniken zurückgemeldet. In Konferenzen werden die Ergebnisse und Maßnahmen besprochen. In Berlin gab es bereits seit 20 Jahren eine flächendeckende klinische Registrierung der Herzinfarktdaten, aufbauend auf diese Erfahrungen sind ab dem Jahr 2014 auch Brandenburger Kliniken dem Register beigetreten, sodass im Jahr 2017 das Register in das Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister umbenannt und eingetragen wurde.

Weiterhin konnte das gemeinsame Klinische Krebsregister, welches das bundesweit einzige länderübergreifende Krebsregister ist, etabliert werden. Grundlage für eine klinische Krebsregistrierung in beiden Bundesländern ist der am 1. Juli 2016 in Kraft getretene Staatsvertrag der Länder Brandenburg und Berlin. Mit Hilfe des Klinischen Krebsregisters werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfasst, in ihrer Qualität bewertet und die Ergebnisse zeitnah an Kliniken und ambulant Tätige rückgemeldet. Trägerin des Krebsregisters ist die „Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH“, eine Tochtergesellschaft der Landesärztekammer Brandenburg. Die gemeldeten Daten werden teilweise auch der epidemiologischen Krebsregistrierung und der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt.
In Brandenburg gab es bereits seit 1995 eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung. Die Strukturen und Erfahrungen, die hier über 20 Jahre gesammelt wurden, kamen dem Neuaufbau des Krebsregisters Brandenburg und Berlin zu Gute.

3. Länderübergreifende Zusammenarbeit der Krankenkassen und Krankenkassenverbände

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

4. Masterplan zur Entwicklung der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg

Die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft der Länder Berlin und Brandenburg ist zudem mit dem länderübergreifenden Masterplan zur Entwicklung der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg verbunden. Zurückzuführen ist dieser zum einen auf die traditionell enge Zusammenarbeit der beiden Länder, aber auch auf bereits etablierte Kooperationen. Die Gesundheitswirtschaft ist ein zentraler Impulsgeber für Innovationen und Wertschöpfung in der Region und Bestandteil der Gemeinsamen Innovationsstrategie der Länder Berlin und Brandenburg.
Als Ergebnis der Evaluation des Masterplans wurde zum 1. Januar 2013 ein eigenständiges Handlungsfeld „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation" eingeführt, das Gegenstand enger Abstimmung zwischen den Länderverwaltungen ist. Aus diesem Handlungsfeld heraus werden seit dem Jahr 2014 einmal jährlich sogenannte Zukunftswerkstätten durchgeführt. Im Fokus dieser Zukunftswerkstätten steht die Entwicklung neuer Lösungsansätze für eine hochwertige Versorgung der Bürgerinnen und Bürger unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangssituationen in der Metropolenregion sowie des ländlichen Raumes in Brandenburg. Die Schwerpunktsetzung der Zukunftswerkstätten erfolgte vor allem auch mit dem Ziel, für besonders wichtige und dynamische Versorgungsbereiche Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des stationären Angebotes zu gewinnen und daraus Grundsätze für die Gemeinsame Krankenhausplanung abzuleiten (vgl. hierzu im Einzelnen Abschnitt II.3 Gemeinsame Planungsgrundsätze).

II. Grundzüge der Gemeinsamen Krankenhausplanung

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

1. Harmonisierung der Planungszyklen

Bisher hatten die Länder unterschiedliche Planungszyklen, die nicht aufeinander abgestimmt gewesen sind. So konnte es sein, dass ein Land nach umfangreicher Planungszeit einen neuen Krankenhausplan in Kraft setzte, während das benachbarte Land gerade anfing neu zu planen.
Die Gemeinsame Krankenhausplanung bedeutet nunmehr, dass die beiden Länder ihre Planungszyklen harmonisieren, sie planen somit gleichzeitig und setzen ihre Krankenhauspläne gleichzeitig in Kraft mit einer entsprechenden Laufzeit.

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

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

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

2. Gemeinsame Versorgungsziele

Neben den allgemeinen Versorgungszielen, die sich unmittelbar aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und aus dem Berliner Landeskrankenhausgesetz (LKG) sowie dem Brandenburgischen Krankenhausentwicklungsgesetz (BbgKHEG) ergeben, werden spezielle Zielsetzungen für die gemeinsame Krankenhausplanung berücksichtigt.

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

a. Gleichwertige Krankenhausversorgung

Das Flächenland Brandenburg umschließt in seiner Mitte den Stadtstaat Berlin. In Analogie zu dieser Feststellung gibt es tatsächlich auch kein solitär zu betrachtendes Berliner Gesundheitswesen oder ein ebenso zu betrachtendes Brandenburger Gesundheitswesen. Die wechselseitigen Beziehungen zwi-

schen den Krankenhäusern beider Länder zeigen, dass bereits heute von einer Gesundheitsregion zu sprechen ist, deren Zielsetzung es sein muss, allen Berlinern und Brandenburgern, unabhängig von ihrem Wohnort, eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu ermöglichen.

b. Jährliche Zukunftswerkstätten

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

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

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

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

c. Organisation und Einbettung der Zukunftswerkstätten in die vorhandene Gremienstruktur

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

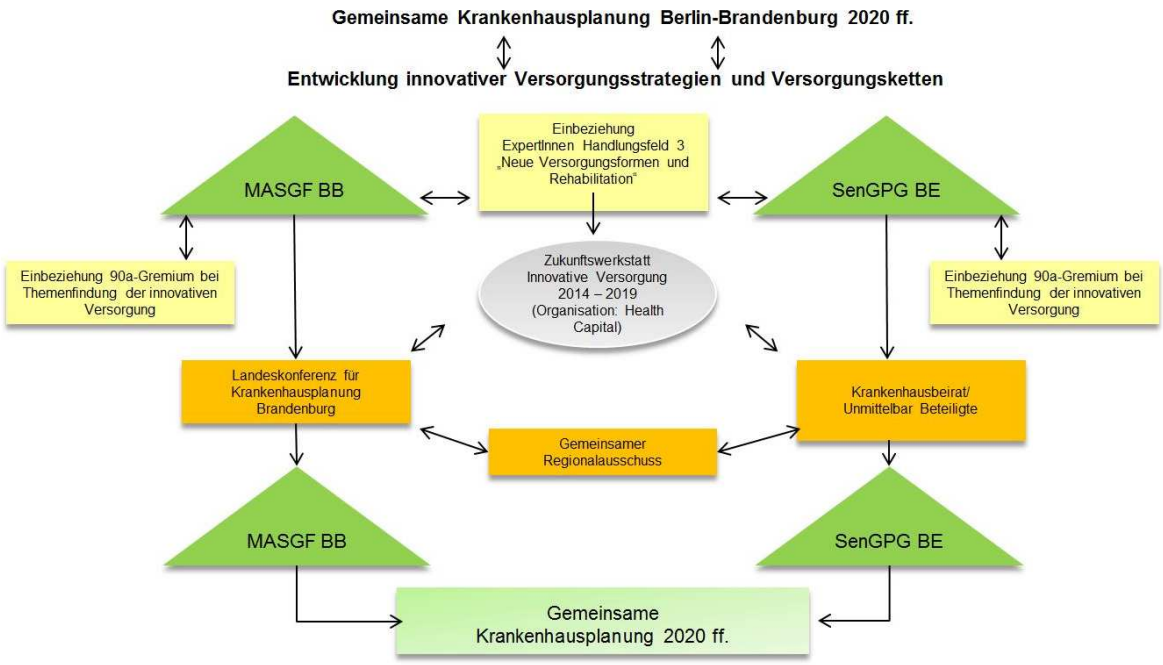


Abbildung 1: Gremienstruktur des länderübergreifenden Austausches

d. Nutzung der Impulse der Zukunftswerkstätten

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

Altersmedizin und Geriatrie

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

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

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

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

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

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

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

Notfallversorgung

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

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

Instrumente der Verzahnung sollen die gemeinsame Steuerung der Notfallpatienten aus einer Hand und die enge Kooperation der Systempartner der drei Sektoren sein. Zum Beispiel soll dies durch die räumliche und organisatorisch-technische Verzahnung von Bereitschaftspraxis und Notaufnahme an den Krankenhausstandorten geschehen. Insbesondere soll jede Patientin und jeder Patient über ein von der Notaufnahme und der KV Notfallpraxis gemeinsam genutztes standardisiertes und validiertes Ersteinschätzungs-System eingeschätzt und dann in den richtigen Versorgungsbereich weitergeleitet werden.

Hierzu ist es nötig, dass alle an der Notfallversorgung Beteiligten ein transparentes System zur Definition der Dringlichkeitsstufen entwickeln. Die Qualifizierung des gesamten Personals in der Notfallversorgung ist voranzutreiben: Sowohl die klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte als auch die im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte müssen über eine notfallmedizinische Qualifikation verfügen. Darüber hinaus bedarf auch das in die Notfallversorgung eingebundene nicht-ärztliche medizinische Personal einer spezifischen Qualifizierung.
Ziel ist auch die Verbesserung der Heimversorgung und der mobilen Pflege sowie der Ausbau und die Nutzung telemedizinischer Unterstützung.

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

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

Kinder- und Jugendmedizin

Im Ergebnis der Zukunftswerkstatt zur „Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche“ wurde 2016 die Entwicklung gestufter regionaler sektorenübergreifender Versorgungskonzepte gefordert. Ziel sind hier flexible neue Vertragsgestaltungen unter Einbeziehung aller Akteure zu Regionalbudgets. Doppelstrukturen sollen vermieden werden. Einbezogen werden sollen ambulante und stationäre Grundversorgung, Notfallversorgung, spezialisierte Versorgung und psychosomatische Betreuung, kommunale Jugendhilfe, Kostenträger und Landesregierungen. Dabei sind die Etablierung und Stärkung neuer Tätigkeitsfelder (Kinder-AGnES, Sozial Nurse) und die Stärkung der Prävention weitere wichtige Ziele.
Für die Fläche ist die Kooperation mit der Allgemeinmedizin wichtig.
Die Zusammenführung bereits aktiver Player zwischen Berlin und Brandenburg führte zu einer sektorenübergreifenden Kooperationen und die Bildung regionaler Versorgungsnetzwerke. Im Ergebnis wird ein bundesländerübergreifendes Innovationsfondsprojekt zur Kinder- u. Jugendmedizin angestrebt. Derzeit laufen die Vorbereitungen zur Einreichung des Antrages.

Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen

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

übergreifender Behandlungssteuerung ist ebenso zu prüfen wie die Einführung stationsäquivalenter Behandlungen nach dem Prinzip ambulant vor teilstationär vor stationär.

3. Gemeinsame Planungsgrundsätze

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

a. Methodisches Vorgehen

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

Im Rahmen der Gemeinsamen Krankenhausplanung wird für die Bedarfsprognose u. a. eine Analyse der Fallzahlen und der Verweildauer je Fachabteilung vorgenommen. Neben der Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und den damit einhergehenden Änderungen der Morbidität, ist u. a. auch der medizinisch-technische Fortschritt, die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, die teilstationäre Versorgung, der Pflegebereich und weitere Änderungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, soweit dazu belastbare Daten vorliegen. Die unterschiedliche Ausgangssituation in den beiden Ländern ist mit Blick auf die gemeinsamen Versorgungsziele zu berücksichtigen.

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

b. Qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in beiden Ländern

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

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Bereits 2013 sah der Koalitionsvertrag des Bundes eine Qualitätsoffensive zur Verbesserung der stationären Versorgung vor. Durch das am 01.01.2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) fand dieser Vorstoß schließlich Eingang in den Zielkatalog des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§ 1

KHG) sowie in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Im Zuge dessen wurden dem Gemeinsamen Bundesausschuss Regelungsbefugnisse für entsprechende planungsbezogene Qualitätskriterien verliehen, die eine Verschränkung mit der landesbezogenen Krankenhausplanung aufweisen. So soll der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 136c Abs. 1 SGB V Qualitätskriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschließen, die für die Krankenhausplanung geeignet sind. Über § 6 Abs. 1a KHG werden diese Qualitätsindikatoren Bestandteil des Krankenhausplanes eines jeden Bundeslandes. Darüber hinaus sind bundesgesetzlich Sanktionsmechanismen für eine unzureichende Qualität festgelegt. Nach § 8 Abs. 1a und 1b KHG darf in einem solchen Falle ein Krankenhaus ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen beziehungsweise muss ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden. Im Sinne der grundgesetzlichen Kompetenzordnung eröffnet diese Regelung jedoch den Bundesländern die Möglichkeit, die Geltung dieser Qualitätsindikatoren durch Gesetz einzuschränken oder auszuschließen.
Zusammen mit der allgemeinen Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan. QI-RL) vom 15.12.2016, die das grundsätzliche Verfahren regelt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Liste über die ersten Qualitätsindikatoren beschlossen. Dabei handelt es sich aktuell um Kriterien aus der externen Qualitätssicherung zu gynäkologischen Operationen, der Geburtshilfe und Mammachirurgie. Es sollen weitere Indikatoren zu Mindestmengen und Transplantationen folgen.

Die Länder Berlin und Brandenburg setzen sich für eine qualitativ hochwertige Versorgung in ihren Krankenhäusern ein. So enthalten auch schon die aktuellen Krankenhauspläne der Länder Berlin und Brandenburg spezifische Qualitätsvorgaben. Die Länder sind sich darin einig, dass qualitative Vorgaben eine landesspezifische Umsetzung erfordern. In diesem Sinne machen beide Länder von der Möglichkeit Gebrauch, eine reflexlose Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses qua Gesetz auszuschließen. Im Ergebnis werden somit nur diejenigen Qualitätsindikatoren Teil der Krankenhauspläne, die nach Ausübung des Planungsermessens der jeweiligen Krankenhausplanungsbehörde ausdrücklich aufgenommen werden. An dieser Stelle eröffnet sich für beide Länder ein weiterer Weg zur inhaltlichen Abstimmung von Qualitätskriterien.

Qualitätsvorgaben

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

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

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

4. Ausgewählte Versorgungsbereiche

In einzelnen besonderen Versorgungsbereichen bestehen gemeinsame Planungsgrundsätze:

a. Notfallstufenkonzept

Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) wurden die Vertragspartner auf Bundesebene in § 9 Absatz 1a Nr. 5 KHEntgG (neu) beauftragt, die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zu vereinbaren. Ziel war es, die Vorhaltekosten der Krankenhäuser besser abzubilden.
Entstanden ist ein dreistufiges System, das eine Basisnotfallversorgung, eine erweiterte und eine umfassende Notfallversorgung beinhaltet. Die Stufen wurden mit Mindestanforderungen unterlegt. Diese Mindestanforderungen umfassen grundlegende Kriterien, die jedes Krankenhaus, das zukünftig Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung erhält, erfüllen muss, wie z.B. Vorgaben zur zentralen Notaufnahme (ZNA), ein rund um die Uhr verfügbares CT und die Vorhaltung der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie .
Die Krankenhäuser, die der Stufe 2 (erweiterte Notfallversorgung) oder 3 (umfassende Notfallversorgung) zugeordnet werden, müssen zusätzlich eine bestimmte Anzahl an notfallrelevanten Fachabteilungen und eine höhere Anzahl an Intensivbetten aufweisen, ein MRT 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche betreiben und bestimmte zeitkritische Erkrankungen behandeln können (Herzinfarkt, Schlaganfall).
Die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bedeutet für die Krankenhäuser Abschläge, die Teilnahme Zuschläge. Die Höhe ist abhängig von der jeweiligen Stufe. Ausnahmen bilden Spezialversorger, die weder Zu- noch Abschläge bekommen. Darüber hinaus können die jeweiligen Landeskrankenhausplanungsbehörden in Ausnahmefällen für die Notfallversorgung regional zwingend erforderliche Krankenhäuser feststellen, die von Abschlägen ausgenommen werden können.

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

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

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

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

- Andere Transplantationsleistungen, die nicht den Organtransplantationen zuzuordnen sind, z.B. die hochspezialisierte Leistung der Stammzelltransplantation, werden in beiden Bundesländern an jeweils drei Standorten erbracht (Berlin: autolog: Charité, Helios Klinikum Buch, Vivantes Klinikum Neukölln / allogen: Charité, Helios Klinikum Buch | Brandenburg: autolog: Potsdam, Frankfurt/O., Cottbus / allogen: Frankfurt/O.)

- Herzchirurgische Versorgung:
  Sicherstellung der herzchirurgischen Versorgung für die Gesamtregion durch das Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB), die Charité, das Brandenburgische Herzzentrum Bernau und das Sana-Herzzentrum Cottbus.

- Betreuung von Schwerbrandverletzten: Vorhaltung von Kapazitäten für die gesamte Region im Unfallkrankenhaus Berlin (UKB).

- Sonderisolierstation:
  Vorhaltung einer Spezialeinheit in der Charité für die gesamte Region.

- AIDS-Versorgung:
  Vorhaltung spezifischer Kapazitäten in Berlin für die gesamte Region.

- Universitätsklinika:
  Die Charité – Universitätsmedizin Berlin steht für die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern in der Gesamtregion Berlin-Brandenburg zur Verfügung.
  (Medizinische Hochschule Brandenburg: siehe Kapitel I.1., Seite 5)

- Rehabilitation:
  Stationäre Rehabilitationseinrichtungen werden im Land Brandenburg grundsätzlich für die gesamte Region vorgehalten.
  Die neurologische Frührehabilitation, die nach dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in der Phase B sich unmittelbar an die akutstationäre neurologische Erstversorgung (Phase A) anschließt, wird rechtlich der Akutversorgung im Krankenhaus zugeordnet.
  Die Gemeinsame Krankenhausplanung hat die gesamte Versorgungskette in den Blick zu nehmen. Die oben genannte Festlegung, dass die (rechtlich) rehabilitative Versorgung in den Phasen C und D für die Gesamtregion grundsätzlich in Brandenburg vorgehalten wird, ist zu beachten. Wesentlich ist hierbei, dass die Kontinuität der Versorgung durch die Rehabilitationsphasen A bis D mit höchstens einer Verlegung einhergehen sollte, um „Brüche“ in der stationären rehabilitativen Versorgungskette zu vermeiden.

c. Hygiene

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

Krankenhäusern fachkompetent weiterzugeben, damit diese sich verstetigen und neue oder geänderte Anforderungen sofort entsprechend umgesetzt werden können.
An diesen Regelungen halten die Länder übereinstimmend fest.

III. Das Verfahren der Gemeinsamen Krankenhausplanung

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

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

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

2. Das Verfahren der Gemeinsamen Krankenhausplanung 2020

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

3. Der Gemeinsame Regionalausschuss

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

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

Für die Einberufung des Gemeinsamen Regionalausschusses wurde von beiden Ländern eine Gemeinsame Geschäftsstelle gebildet, die die Mitglieder zu den Sitzungen einlädt, die Protokollführung sowie

die inhaltliche Abstimmung und Aufrechterhaltung der Länderkommunikation übernimmt, aber auch Fragen von Dritten unmittelbar beantwortet.

a. Zusammensetzung

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

aa. Brandenburg

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

(b.) Krankenkassen
AOK Nordost:
Dagmar Schmidt

Vdek-LV BE/BB:
Kerstin Sienknecht

IKK BB:
Katrin Rütting

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

Knappschaft Regionaldirektion Cottbus:
Margarete Hoffmann

(c.) Kommunale Spitzenverbände
Städte- u. Gemeindebund BB, Frau Monika Gordes
Landkreistrag Brandenburg, Frau Jutta Schlüter

bb. Berlin

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

(b.) Krankenkassen
AOK Nordost:
Jan-Felix Rother

Vdek-LV BE/BB:
Michael Jacob

BIG direkt gesund
Ines Westfahl

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

PKV:
Barbara Schmitz (Isabel Machill)

b. Aufgaben

Erste Aufgabe des Gemeinsamen Regionalausschusses war es, eine Empfehlung zu den Grundlagen und Grundsätzen der Gemeinsamen Krankenhausplanung abzugeben. Hierüber hat der Gemeinsame Regionalausschuss in seiner zweiten Sitzung am 31.01.2019 beraten. Die Empfehlung des Gemeinsamen Regionalausschusses wurde bei der Erstellung des vorliegenden Grundlagenpapiers berücksichtigt.
Im weiteren Fortgang umfassen die Aufgaben des Regionalausschusses die Beratung der Krankenhausplanungsbehörden zur Gemeinsamen Krankenhausplanung. Hier erfolgt insbesondere eine Diskussion und Beratung über länderübergreifende Gesichtspunkte. Der Regionalausschuss begleitet diesen Arbeitsprozess im gesamten Planungszeitraum. Es wird angestrebt, dass der Gemeinsame Regionalausschuss Empfehlungen im Einvernehmen der Mitglieder abgibt.
Durch den Regionalausschuss wird zudem gewährleistet, dass die Länder gegenseitig über die jeweiligen Krankenhauspläne informiert sind. Der Regionalausschuss begleitet die beiden Länder hinsichtlich ihrer Krankenhauspläne mit dem Ziel, dass die Planungsgrundsätze und Versorgungsziele der Gemeinsamen Krankenhausplanung in den jeweiligen Krankenhausplänen Berücksichtigung finden.

IV. Fazit: Zukunftssicherung der Krankenhausversorgung in der Gesamtregion

Die vorstehend dargelegten Grundlagen der Gemeinsamen Krankenhausplanung tragen nicht nur zu einer nachhaltigen Gemeinsamen Krankenhausplanung bei, sondern erhöhen auch die Transparenz zwischen den Ländern. Durch abgestimmte gemeinsame Versorgungsziele und Planungsgrundsätze ist eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in beiden Ländern langfristig gesichert. Ziel ist es, durch die gemeinsame Planung Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Metropole Berlin und dem Flächenland Brandenburg herauszuarbeiten und bei der jeweiligen Krankenhausplanung entsprechend ihrer Besonderheiten zu berücksichtigen.
Statt eines ungezügelten Verdrängungswettbewerbs werden durch die Gemeinsame Krankenhausplanung die Grundlagen für eine kooperative Bewältigung der anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg gelegt.
Die Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020 ff. ist als Einstieg in eine weiter vertiefte länderübergreifende Zusammenarbeit und eine spätere sektorenübergreifende Versorgungsplanung gedacht. Dazu sollen auch die Ergebnisse der auf Bundesebene eingesetzten Reformkommission genutzt werden.

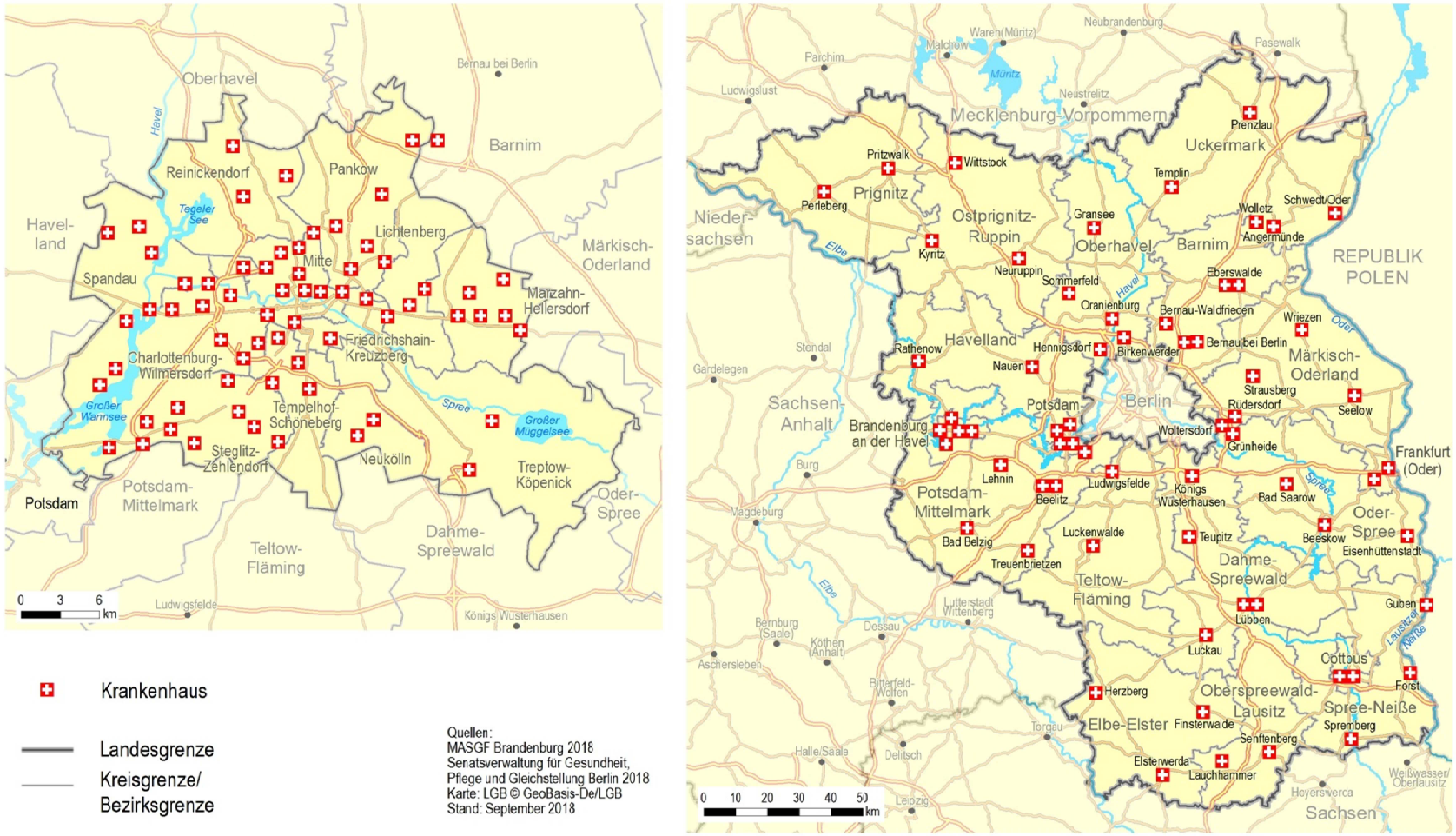
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Berlin

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

LAND BRANDENBURG

Zwei Länder - eine Gesundheitsregion



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