



# Gesundheitsstadt Berlin 2030

## Ergebnisbericht der Zukunftskommission

Herausgeber:



---

Der Regierende Bürgermeister  
von Berlin  
Senatskanzlei

Wissenschaft und Forschung

Warschauer Str. 41/42  
10243 Berlin  
[www.berlin.de/wissenschaft](http://www.berlin.de/wissenschaft)

Bilder:

Titel: VILevi – Fotolia

Porträtfoto

Prof. Dr. Karl Lauterbach:

Parteivorstand der  
Sozialdemokratischen Partei  
Deutschlands

Inhaltliche und  
redaktionelle Unterstützung:

Agentur WOK GmbH

Palisadenstraße 48

10243 Berlin

Gestaltung:

Marc Mendelson

März 2019

# Ergebnisbericht der Zukunftskommission „Gesundheitsstadt Berlin 2030“

erstellt im Auftrag des Regierenden Bürgermeisters von Berlin,  
vorgelegt am 25. März 2019

# 1. Inhalt

<b>1.</b>	<b>Auftrag der Kommission</b>	6
<b>2.</b>	<b>Executive Summary</b>	7
<b>3.</b>	<b>Stationäre Krankenversorgung in öffentlicher Trägerschaft</b>	10
3.1.	Die aktuelle Situation	10
3.1.1.	Charité – Universitätsmedizin Berlin	11
3.1.2.	Vivantes – Netzwerk für Gesundheit	12
3.1.3.	Deutsches Herzzentrum Berlin	12
3.1.4.	Weitere öffentliche Krankenhäuser	13
3.1.5.	Freigemeinnütziger und privater Trägerbereich	13
3.2.	Die wesentlichen Herausforderungen der kommenden Jahre	13
3.2.1.	Demografischer Wandel und seine Folgen für die medizinische Versorgung	14
3.2.2.	Medizinischer Fortschritt	15
3.2.3.	Digitalisierung	16
3.2.4.	Zukünftige Aufgabenfelder der Gesundheitsberufe	16
3.3.	Empfehlungen der Kommission zur zukünftigen Entwicklung stationärer Krankenversorgung	17
3.3.1.	Zielbilder für die Einrichtungen	17
3.3.2.	Strukturelle Verbindung von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit	17
3.3.3.	Integration des Deutschen Herzzentrums	18
3.3.4.	Empfehlungen der Kommission für die Zusammenführung von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit über eine gemeinsame IT- und Dateninfrastruktur	18
3.3.5.	Strukturelle Kooperation mit Dritten	19
<b>4.</b>	<b>Biomedizinische Forschung in Berlin und translationales Potenzial</b>	20
4.1.	Die aktuelle Situation und die beteiligten Institutionen	20
4.1.1.	Charité – Universitätsmedizin Berlin	20
4.1.2.	Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin	20
4.1.3.	Andere Forschungsorganisationen und Universitäten	21
4.2.	Die wesentlichen Herausforderungen der kommenden Jahre	21
4.3.	Empfehlungen der Kommission zur zukünftigen Entwicklung der biomedizinischen Forschung in Berlin	21
4.3.1.	Zukünftige Rolle des Berlin Institute of Health	22
4.3.2.	Definition von Biomedical Hotspots	22
4.3.3.	Etablierung einer internationalen Spitzenstellung	22
<b>5.</b>	<b>Aus-, Fort- und Weiterbildung als Grundlage des zukünftigen Medizinsystems in Berlin</b>	23
5.1.	Die aktuelle Situation, die beteiligten Institutionen und die betroffenen Berufsbilder	23
5.2.	Empfehlungen der Kommission zur Zukunft von Aus-, Fort- und Weiterbildung	23
5.2.1.	Ärztinnen und Ärzte sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler	23
5.2.2.	Pflegepersonal und Gesundheitsberufe	24
5.2.3.	Verwaltungspersonal	25
<b>6.</b>	<b>Einbettung der Überlegungen in das Gesamtsystem der Krankenversorgung in Berlin</b>	26
	<b>Anhang: Mitglieder der Kommission</b>	

Die medizinische Wissenschaft und die medizinische Versorgung stehen in Deutschland vor großen Herausforderungen. In der medizinischen Wissenschaft gilt es, Spitzenmedizin und medizinische Forschung auf das Niveau der besten internationalen Standorte zu verbessern. Die Krankenhausversorgung steht gleichzeitig vor der dramatischen Herausforderung des demografischen Wandels, der die Zahl der chronisch Kranken massiv erhöhen und die Zahl der Fachkräfte gleichzeitig massiv senken wird. Dazu entwickeln sich neue medizinische Verfahren wie die personalisierte Medizin, die eine viel bessere Zusammenarbeit von Kliniken, Spezialisten und Forschern, Versorgungsärzten und Pflegepersonal notwendig machen. An keinem deutschen Standort sind die Potenziale, diesen Anforderungen zu begegnen, größer als in Berlin.

Vor diesem Hintergrund hat die Zukunftskommission „Gesundheitsstadt Berlin 2030“ zum einen Empfehlungen erarbeitet, wie in Berlin unter effektiver Zusammenarbeit der Charité – Universitätsmedizin und der landeseigenen Vivantes GmbH eine Krankenversorgung auf europäischem Spitzenniveau geleistet werden kann. In diesem Bericht werden Vorschläge formuliert, die auf eine mögliche internationale Führungsposition des Gesundheitsstandorts Berlin im Hinblick auf medizinische Innovation und biomedizinische Forschung zielen. Dabei sind das Deutsche Herzzentrum, das Berliner Institut für Gesundheitsforschung sowie andere außeruniversitäre Einrichtungen einbezogen. Ein besonderes Anliegen war den Kommissionsmitgliedern überdies die Etablierung zukunftsfähiger Strukturen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen akademischen und nicht-akademischen Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Die Kommission war besetzt mit externen Expertinnen und Experten aus Wirtschaft und Wissenschaft, Verbänden, Kliniken und Patientenvertretung. Die Kommission hat in der Zeit von Juni 2018 bis Januar 2019 getagt und sich auch von den Verantwortlichen der Berliner Krankenversorgung sowie aus Forschung und Wissenschaft vortragen und berichten lassen.

Ich bedanke mich bei allen Mitgliedern der Kommission für die hervorragende und äußerst spannende Zusammenarbeit, mein ganz besonderer Dank gilt hier Herrn Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, dem stellvertretenden Vorsitzenden der Kommission. Ich danke außerdem Frau Dr. Barbara Diederich und Herrn Stefan Aust für die inhaltliche Zuarbeit und die ausgezeichnete Organisation sowie allen Verantwortlichen der verschiedenen Berliner Institutionen und Einrichtungen, die uns teilweise mehrfach aufschlussreich Rede und Antwort gestanden haben. Und nicht zuletzt gilt mein Dank Michael Müller, der die für Berlin bestehenden Herausforderungen und auch die großen Möglichkeiten erkannt hat und dem ich bei der Umsetzung der Kommissionsvorschläge viel Erfolg wünsche.

Prof. Dr. Karl Lauterbach



# 1. Auftrag der Kommission

Mit Datum vom 16.05.2018 hat der Regierende Bürgermeister von Berlin, Michael Müller, eine Zukunftskommission mit dem Titel „Gesundheitsstadt Berlin 2030“ eingesetzt. Diese Kommission hatte den Auftrag, Vorschläge zu unterbreiten, um bis zum Jahr 2030 die folgenden drei Kernziele zu erreichen:

- Stationäre Krankenversorgung auf europäischem Spitzenniveau zum Wohle der Patientinnen und Patienten
- Internationale Führungsrolle in medizinischer Innovation und biomedizinischer Forschung unter Einbeziehung des Deutschen Herzzentrums, des Berliner Instituts für Gesundheitsforschung | Berlin Institute of Health (BIH) sowie der vorhandenen außeruniversitären Einrichtungen
- Etablierung zukunftsfähiger Strukturen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen akademischen und nicht-akademischen Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Kommission hat sich insgesamt sieben Mal getroffen und sich mit den drei Kernzielen intensiv beschäftigt. Dazu wurde eine Reihe von Gesprächen mit den operativ Verantwortlichen von Charité – Universitätsmedizin Berlin, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit, Deutschem Herzzentrum Berlin und Berlin Institute of Health geführt. Im Anschluss hat die Kommission intern diskutiert und Empfehlungen erarbeitet. Die Struktur der Empfehlungen richtet sich dabei nach den obigen Vorgaben des Regierenden Bürgermeisters von Berlin.

## 2. Executive Summary

### Stationäre Krankenversorgung in öffentlicher Trägerschaft in Berlin

Das Land Berlin ist Eigentümer der Charité – Universitätsmedizin Berlin und von Vivantes – Netzwerk für Gesundheit als kommunalem Versorger. Eine große Zahl der Berliner Krankenhausbetten befindet sich in Landeshand – dies eröffnet dem Land Berlin die Möglichkeit, die stationäre Versorgung der Bevölkerung langfristig zu sichern. Eingebunden werden müssen dabei auch weitere Institutionen wie das Deutsche Herzzentrum Berlin, das Berlin Institute of Health sowie die anderen Krankenhäuser in Berlin aus allen Trägerbereichen. Nur durch mehr Spezialisierung, Zusammenarbeit und Vermeidung von Fehlanreizen wird die Qualität der Behandlung dauerhaft zu verbessern sein.

Der demografische Wandel wird auch in Berlin auf absehbare Zeit seine Folgen zeigen. Die Stadt Berlin wuchs in den vergangenen Jahren jährlich um etwa 40.000 Menschen. Durch die Alterung der Bevölkerung steigt die Zahl der chronisch Kranken in Berlin dauerhaft über mehrere Jahrzehnte hinweg an. Im Unterschied zu Flächenländern hat das Land Berlin aktuell jedoch den Vorteil einer zusätzlichen Bevölkerungsspitze unter den 20- bis 25-Jährigen. Dennoch wird sich der Wegfall der geburtenstarken Jahrgänge mehrschichtig auf das Gesundheitssystem auswirken und insbesondere den Wettbewerb um Fachkräfte noch weiter verschärfen. Gleichzeitig ist in vielen Bereichen der Medizin aktuell ein rasanter Fortschritt zu sehen, der unter anderem neue Anforderungen an die Sicherung von Behandlungsqualität und solidarischer Finanzierung des Gesundheitssystems stellen wird. Zudem kommen auf die Gesundheitsberufe neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu. Die Digitalisierung der stationären Krankenversorgung wird dabei entlasten – sie ist aktuell in Berlin jedoch noch nicht weit vorangeschritten. Eine gemeinsame elektronische Patientenakte für alle Patienten von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit hätte das Potenzial, die Versorgung wesentlich zu verbessern und die Forschung zu beschleunigen.

### Empfehlungen

Die Zukunftskommission empfiehlt, eine institutionelle Zusammenarbeit zwischen Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit zu etablieren. Folgende Aspekte sollten dabei besonders berücksichtigt werden:

- *Kooperation bei Forschung und Transfer*  
Um das Ziel einer optimalen und langfristig geplanten Krankenversorgung zu erreichen, sollten auch bei Vivantes – Netzwerk für Gesundheit erhobene Daten für die Forschung nutzbar sein, während gleichzeitig ein intensiver Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgung erfolgen sollte.
- *Etablierung eines Aufgabenverbunds*  
Eine enge Verknüpfung von öffentlicher universitärer und nicht-universitärer stationärer Versorgung mit einer Fokussierung der Charité – Universitätsmedizin Berlin auf Hochleistungsmedizin, während Vivantes – Netzwerk für Gesundheit die übrige Versorgung übernimmt, bringt umfassende Potenziale mit sich.
- *Abgestimmte Strategieentwicklung*  
Im Aufgabenverbund könnten beide Unternehmen von koordinierten Standortplanungen und -entscheidungen im Rahmen einer übergeordneten Strategie profitieren und so die Versorgung der Berliner Bevölkerung ideal gestalten.

- *Gemeinsame IT- und Dateninfrastruktur*  
Datenhaltung und -nutzung innerhalb von holistischen gemeinsamen IT-Infrastrukturen mit kollektiven Standards bergen große Effizienzgewinne und ermöglichen Fortschritte in der datengetriebenen Gesundheitsversorgung.
- *Integration des Deutschen Herzzentrums Berlin (DHZB)*  
Die bereits angedachte engere Kooperation zwischen DHZB und Charité – Universitätsmedizin Berlin im Rahmen eines Universitären Herzzentrums würde eine international wettbewerbsfähige Institution hervorbringen, in die mittelfristig auch Vivantes – Netzwerk für Gesundheit eingebunden sein sollte.
- *Strukturelle Kooperation mit Dritten*  
Eine Zusammenarbeit mit Institutionen aller anderen Träger inner- und außerhalb Berlins sollte vertraglich stets offenstehen und so die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten befördern.

Um diese Empfehlungen umzusetzen, sollte zudem die Errichtung einer kooperativen Struktur als Dachgesellschaft geprüft werden. Diese sollte hundertprozentige Tochter des Landes Berlin sein und könnte gegebenenfalls auch die Verantwortung für bestehende und zu errichtende gemeinsame Einrichtungen wie den Ausbildungscampus, das internationale Geschäft oder das Labor übernehmen. Zudem empfiehlt die Kommission dem Berliner Senat die Einsetzung einer beziehungsweise eines Beauftragten für Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit, die oder der den Prozess mit entsprechender Qualifikation begleitet und steuert.

## Biomedizinische Forschung in Berlin und translationales Potenzial

Die biomedizinische Forschung in Berlin wird durch eine Vielzahl herausragender Institutionen mit internationaler Sichtbarkeit geprägt. Dazu zählen neben der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin die Max-Planck-Institute für Infektionsbiologie und Molekulare Genetik.

## Empfehlungen

Als Basis der Weiterentwicklung der biomedizinischen Forschung in Berlin hält die Kommission eine Fortentwicklung und Detaillierung der Forschungsstrategie der Charité – Universitätsmedizin Berlin für notwendig, die auch infrastrukturelle Erfordernisse definiert. Weiterhin empfiehlt die Kommission folgende Schritte:

- *Entwicklung einer gemeinsamen Forschungsstrategie*  
Eine gemeinsame Forschungsstrategie verschiedener Partnerinnen und Partner ermöglicht Synergien, ohne individuelle Forschungsschwerpunkte einzuschränken. Es sollte auch geprüft werden, inwiefern Vivantes – Netzwerk für Gesundheit und weitere Partnerinnen und Partner in Forschungsaktivitäten eingebunden werden können.
- *Klärung der Rolle des des Berlin Institute of Health (BIH)*  
Die Etablierung des BIH als Exzellenzsäule innerhalb der Charité – Universitätsmedizin Berlin, wie in einer aktuellen Verwaltungsvereinbarung vorgesehen, wird von der Kommission begrüßt. Inhaltlich sollte der Fokus auf translationaler Forschung liegen und weitere Kooperationen und Partnerschaften gewährleisten.
- *Definition von Biomedical Hotspots*  
Koordinierte Aktivitäten der Akteure aus dem Bereich der Biomedizin würden zur Entwicklung von Biomedical Hotspots führen, die die einmalige Forschungslandschaft in Berlin gezielt nutzen könnten. Einbezogen werden sollte dabei auch die Industrie.
- *Etablierung einer internationalen Spitzenstellung*  
Um im Wettbewerb um die besten Köpfe der Biomedizin zu bestehen und so einen der führenden internationalen Standorte der Biomedizin zu bilden, ist eine kompetitive Infrastruktur not-

wendig. Diese ermöglicht zudem die Translation von Ergebnissen der Grundlagenforschung in die klinische Anwendung.

## Aus-, Fort- und Weiterbildung als Grundlage des zukünftigen Medizinsystems in Berlin

Der demografische Wandel wird zu einer massiven Verschärfung des Mangels an Arbeitskräften führen. Dieser Mangel wird sich in den Institutionen der stationären Versorgung von den unmittelbar versorgenden Personen bis hin zur Administration bemerkbar machen. Begegnet werden kann dem nur mit adäquater Aus-, Fort- und Weiterbildung.

### Empfehlungen

Im Allgemeinen sieht die Kommission es als zentral an, Tätigkeiten im Medizinbereich nach Möglichkeit zu digitalisieren, um so mehr Zeit für die Interaktion mit Patientinnen und Patienten zu schaffen. Darüber hinaus empfiehlt die Kommission folgende Anpassungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung:

#### *Ärztinnen und Ärzte sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler*

- Fachliche Vertiefungsmöglichkeiten und Fokussierung auf Richtungen wie Chirurgie, Allgemeinmedizin oder Forschung bereits während des Studiums
- Konsequente Weiterbildung während der Berufstätigkeit, geleitet durch ausbildende Institutionen
- Abbau von Bürokratie und nicht-ärztlichen administrativen Aufgaben
- Ermöglichung von Forschung und Translation während der ärztlichen Weiterbildung
- Intensive Integration der Informationstechnologie bereits während der Ausbildung
- Früher Fokus auf interprofessionelles Arbeiten
- Schaffung attraktiver Karrierewege für nicht-ärztliche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

#### *Pflegepersonal und Gesundheitsberufe*

- Entwicklung eines zukunftsgerichteten Pflegebildes mit neuen Aufgabenprofilen sowie Weiterentwicklung von Substitution und Delegation
- Weiterentwicklung der Planungen für eine gemeinsame Akademie für Gesundheitsberufe von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit, idealerweise mit gemeinsamen Ausbildungsklassen
- Interprofessionelle Ausbildungssequenzen und umfassender Theorie-Praxis-Transfer
- Gemeinsame Personalbedarfsplanung zur Bemessung der Ausbildungskapazitäten für die gemeinsame Akademie für Gesundheitsberufe
- Bedarfsgerechte Ausbildung unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung
- Vermittlung von Ausbildungsinhalten mit modernen (digitalen) Methoden und Instrumenten

#### *Verwaltungspersonal*

- Beibehaltung und Förderung der Attraktivität des administrativen Bereichs unter den Rahmenbedingungen des öffentlichen Dienstes
- Schaffung von Anreizsystemen und Karrierewegen
- Entwicklung von Maßnahmen zur erfolgreichen Rekrutierung von administrativem Spitzenpersonal für die Einrichtungen der stationären Krankenversorgung
- Prüfung der Überlegungen zu einer gemeinsamen Verwaltungsakademie

## 3. Stationäre Krankenversorgung in öffentlicher Trägerschaft

### 3.1. Die aktuelle Situation

Das Land Berlin ist bezüglich der stationären Krankenversorgung in einer außergewöhnlichen Situation. Während die meisten anderen Länder entweder kein Eigentum an nicht-universitären Krankenhäusern haben oder die Beteiligungen zwischenzeitlich an private Dritte veräußert haben, ist das Land Berlin sowohl Eigentümer der Charité – Universitätsmedizin Berlin als auch von Vivantes – Netzwerk für Gesundheit.

Neben Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit sowie weiteren öffentlich getragenen Krankenhäusern übernehmen auch Krankenhäuser des freigemeinnützigen und des privaten Sektors die Versorgung der Berliner Bevölkerung. Die anteilige Verteilung der Gesamtzahl der Krankenhausbetten auf die Trägerbereiche ist dabei bereits seit 15 Jahren relativ konstant, der durchschnittliche Case-Mix-Index (CMI) in Berlin betrug im Jahr 2017 1,24.

Trägerbereich	Bettenzahl (inklusive teilstationären Plätzen)	Anteil
Öffentlich	9.607	43,8 %
Freigemeinnützig	9.127	41,5 %
Privat	3.243	14,8 %
<b>Gesamt</b>	<b>21.977</b>	

**Tabelle 1: Verteilung der Betten der Plankrankenhäuser Berlins auf die unterschiedlichen Trägerbereiche, Krankenhausplan 2016**

Trägerbereich	Fallzahl	Anteil
Öffentlich	358.645	41,6 %
Freigemeinnützig	334.845	38,8 %
Privat	169.580	19,6 %
<b>Gesamt</b>	<b>863.070</b>	

**Tabelle 2: Verteilung von Fällen in ordnungsbehördlich genehmigten Krankenhäusern in Berlin auf Trägerbereiche, Amtliche Krankenhausstatistik 2017**

Der Anteil von Krankenhausbetten und teilstationären Plätzen im Eigentum des Landes Berlin und in freigemeinnütziger Trägerschaft ist in etwa gleich hoch, während er im privaten Sektor deutlich kleiner ist.

Das Land Berlin hat durch den hohen öffentlichen Anteil an Krankenhausbetten die Möglichkeit, durch Entwicklung und Schaffung funktional sinnvoller, integrativer Strukturen die stationäre Versorgung der Bevölkerung langfristig zu sichern und zu einer adäquaten Versorgung in anderen Bereichen beizutragen.

Dieser Aspekt hat besondere Bedeutung vor dem Hintergrund der demografischen Veränderung, die in den nächsten Jahren eine Zunahme der Patientenzahlen erwarten lässt. Bereits in den letzten Jahren wurde ein Nettozuzug von ca. 40.000 Personen pro Jahr nach Berlin verzeichnet. Zudem gibt es aktuell einen rasanten medizinischen Fortschritt bei vielen Krankheitsbildern. Wenn dieser Fortschritt die Bevölkerung in Berlin zeitnah und barrierefrei erreichen soll, ist der Ausbau der entsprechenden stationären Versorgungsstruktur erforderlich. Dies ist auch von zentraler Bedeutung für die wirtschaftliche Entwicklung des Landes Berlin. Bereits 2017 arbeitete mit 272.609 Menschen beziehungsweise 14 % der Arbeitnehmerschaft Berlins ein erheblicher Teil im Gesundheitswesen. Dieser Anteil wird sich vermutlich in Zukunft noch weiter steigern.

In Berlin bestehen hinsichtlich des stationären Versorgungssystems im Bundesvergleich außergewöhnliche Charakteristika, die in Kombination mit der zu großen Teilen öffentlich getragenen Versorgung Vorteile für das Gesamtsystem bieten. Wie im Folgenden näher beschrieben, zeichnet sich die Stadt durch ein exzellentes Forschungsumfeld aus, das erhebliche Schwerpunkte im Bereich der biomedizinischen Forschung hat. Berlin bietet damit einmalige Voraussetzungen, um die neuesten Ergebnisse der biomedizinischen Forschung in die Anwendung am Krankenbett zu bringen. Dieser Aspekt der Translation wird zukünftig auch durch die sich abzeichnende Struktur des Berlin Institute of Health (BIH) unterstützt. Das Verständnis von stationärer Krankenversorgung in öffentlicher Hand in Kombination mit biomedizinischer Forschung als wesentlichem Treiber wirtschaftlicher Entwicklung bietet insgesamt ein sehr großes Entwicklungspotenzial für das Land Berlin.

Berlin ist darüber hinaus eine ethnisch und kulturell besonders diversifizierte Stadt. Sie zieht in hohem Maße kreative und innovative Menschen aus aller Welt an, die spezifische Kenntnisse und Erfahrungen mitbringen. Die kulturelle Ambiguität fördert ein innovatives sowie experimentierfreudiges Klima und schafft neue Lebens-, Arbeits- und Organisationsformen in Wirtschaft und Gesellschaft. Die offenen Wandlungsprozesse beeinflussen zudem die Strukturen und Abläufe im Berliner Gesundheitswesen.

### **3.1.1. Charité – Universitätsmedizin Berlin**

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin als Körperschaft des öffentlichen Rechts führt an vier Standorten über 100 Kliniken und Institute. In den 3.011 Betten wurden im Jahr 2017 148.304 voll- und teilstationäre Fälle behandelt, zusätzlich wurden 702.367 Fälle ambulant behandelt. Insgesamt beschäftigt die Charité – Universitätsmedizin Berlin 13.760 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, konzernweit sind es 17.500. Davon waren 2017 4.395 Pflegekräfte und 3.952 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Ärztinnen und Ärzte. Der Case-Mix-Index (CMI) lag 2017 bei 1,59.

An der Charité – Universitätsmedizin Berlin werden über 7.200 Studierende durch 232 Professorinnen und Professoren ausgebildet. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Charité – Universitätsmedizin Berlin veröffentlichen jährlich über 4.000 Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften. Der Vorstand der Charité – Universitätsmedizin Berlin besteht aus dem Vorstandsvorsitzenden/der Vorstandsvorsitzenden, dem Klinikumsdirektor/der Klinikumsdirektorin, dem Dekan/der Dekanin sowie dem Ärztlichen Direktor/der Ärztlichen Direktorin. Der Aufsichtsrat umfasst zehn stimmberechtigte und zwei beratende Mitglieder.

In der Befragung der Verantwortlichen durch die Kommission entstand der Eindruck, dass die derzeitige Struktur der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Wesentlichen auf Entscheidungen der Vergangenheit zurückzuführen ist. Eine eindeutige Zukunftsvision, wie die Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahr 2030 aussehen solle und worin ihre zukünftige Aufgabenstellung liege, wird erarbeitet. Deutlich wurde in den Gesprächen der sehr schwierige Zustand von Gebäuden und technischer Infrastruktur. Der Kommission wurde mitgeteilt, dass 90 % der klinischen Geräte abgeschrieben seien. Die bauliche Situation scheint in einigen Bereichen und Standorten äußerst kritisch zu sein, es besteht ein Investitionsstau. Ein integriertes baulich-funktionelles Zukunftskonzept für die Gesamteinrichtung wurde nicht vorgestellt, erscheint aber in Anbetracht der Vielzahl der einzelnen Charité-Einrichtungen als notwendig.

### 3.1.2. Vivantes – Netzwerk für Gesundheit

Vivantes – Netzwerk für Gesundheit führt zehn stationäre Standorte zur Krankenversorgung mit über 100 Kliniken, in denen 5.782 Betten zur Verfügung stehen. Auch in der ambulanten Rehabilitation sowie der Seniorenpflege stehen Plätze zur Verfügung. 2017 wurden 245.618 stationäre und 332.113 ambulante Fälle behandelt. Der Case-Mix-Index (CMI) lag 2017 bei 1,11. 6.390 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehören dabei dem Pflegedienst an und 2.357 dem ärztlichen Dienst.

Die Geschäftsführung umfasst neben dem Vorsitzenden/der Vorsitzenden der Geschäftsführung auch die Bereiche Personalmanagement sowie Finanzmanagement, Infrastruktur und Digitalisierung. Der Aufsichtsrat setzt sich aus je acht Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber- sowie der Arbeitnehmerseite zusammen.

In der Befragung der Verantwortlichen von Vivantes – Netzwerk für Gesundheit durch die Kommission entstand der Eindruck einer weit fortgeschrittenen Strategie- und Strukturplanung. Für eine Reihe der derzeitigen Standorte wurden Bauplanungen vorgestellt sowie die überliegende Aufgabenteilung skizziert. Auch Vivantes – Netzwerk für Gesundheit berichtete einen massiven Investitionsstau.

### 3.1.3. Deutsches Herzzentrum Berlin

Das Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB) firmiert als Stiftung des Bürgerlichen Rechts und setzt sich aus vier Kliniken und einem Institut mit insgesamt 196 Betten zusammen. 2017 wurden rund 8.000 Fälle behandelt, weitere 24.000 Fälle wurden ambulant betreut. Von den 1.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind etwa 500 Pflegekräfte und ca. 180 Ärztinnen und Ärzte. Der Case-Mix-Index (CMI) lag 2017 bei 4,38.

Dem Geschäftsführenden Vorstand gehören jeweils ein Vertreter/eine Vertreterin sowie ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin der Kliniken und des Instituts an. Aus Verwaltung und Pflegedienst wird jeweils ein Vertreter/eine Vertreterin gestellt. Der Stiftungsrat setzt sich aus vier „Geborenen Mitgliedern“ (Senator/Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung; Senator/Senatorin für Wissenschaft und Forschung; nach Jahren alternierend entweder der Präsident/die Präsidentin der Freien Universität Berlin oder der Humboldt-Universität zu Berlin; Vorstandsvorsitzender/Vorstandsvorsitzende der Charité – Universitätsmedizin Berlin) sowie deren Stellvertreterinnen und Stellvertretern und zehn kooptierten Mitgliedern zusammen.

Die Präsentation der Verantwortlichen vor der Kommission zeigte die Bedeutung des DHZB in der klinischen Versorgung. Es wurde insbesondere Wert auf die fortgeschrittene Kooperation zwischen Charité – Universitätsmedizin Berlin und DHZB gelegt, die durch einen kompletten Neubau eines Herzzentrums infrastrukturell unterlegt werden soll.

### 3.1.4. Weitere öffentliche Krankenhäuser

Neben Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit gibt es weitere öffentliche Institutionen in Berlin, die in ein Gesamtkonzept integriert werden können. Dazu zählt als Unternehmen in Trägerschaft der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen etwa das Unfallkrankenhaus Berlin als wichtiger Teil des BG-Kliniken-Konzerns.

Die BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH (UKB) mit 1.850 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hat im Krankenhausplan Berlin 608 Betten. Am 01.01.2016 wurde das Unternehmen in eine gGmbH überführt und wird heute von zwei Geschäftsführern/Geschäftsführerinnen geleitet. Das UKB ist eine Tochtergesellschaft der BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH. Die Aufsicht erfolgt durch die Gesellschafterversammlung. Sowohl auf Seiten der Arbeitgeber- als auch der Versichertenvertreter wird je ein Vorsitzender/eine Vorsitzende gewählt, der Gesamtvorsitz der Gesellschafterversammlung wechselt zwischen diesen im Jahresturnus.

2017 wurden im UKB 77.000 Patientinnen und Patienten ambulant und weitere 24.500 Patientinnen und Patienten stationär behandelt, 65 % aller stationären Patientinnen und Patienten kommen dabei über die Rettungsstelle. Weitere 60.000 Patientinnen und Patienten pro Jahr werden im Gesundheitszentrum auf dem Campus behandelt. Der Case-Mix-Index (CMI) betrug 2014 1,6.

### 3.1.5. Freigemeinnütziger und privater Trägerbereich

In Berlin gibt es 33 Plankrankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft und 14 in privater Trägerschaft. Von den Häusern im freigemeinnützigen Bereich haben drei eine Größe von 500 und mehr Planbetten, 16 Krankenhäuser weisen unter 250 Planbetten aus. Im privaten Bereich ist die Bandbreite der Bettenzahl noch größer. Mehreren kleinen Krankenhäusern mit Bettenzahlen im ein- bis zweistelligen Bereich stehen große Krankenhäuser mit einem breiten Spektrum an Fachabteilungen gegenüber.

Die Trägerlandschaft im freigemeinnützigen Bereich ist vielfältig und umfasst konfessionell ausgerichtete Träger, die DRK-Schwesternschaft Berlin e.V. sowie das anthroposophisch ausgerichtete Gemeinschafts-Krankenhaus Havelhöhe. Vielfältig ist auch das Versorgungsgeschehen, das von Hochleistungsmedizin über spezialisierte Angebote bis hin zur Grundversorgung reicht. Dementsprechend unterscheiden sich auch die Case-Mix-Indizes (CMI) der freigemeinnützigen sowie privaten Krankenhäuser.

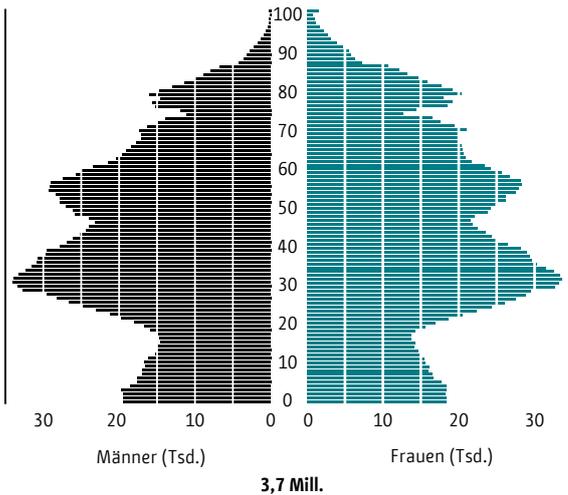
## 3.2. Die wesentlichen Herausforderungen der kommenden Jahre

Das Gesundheitssystem in Deutschland im Allgemeinen und in Berlin im Speziellen steht vor einer Reihe fundamentaler Veränderungen. Es wird massive Verschiebungen in der Zusammensetzung der Bevölkerung geben und parallel dazu einen bisher nicht gekannten medizinischen und technischen Fortschritt. Eine intensive Digitalisierung ist notwendige Voraussetzung, um diese parallelen Herausforderungen zu bewältigen.

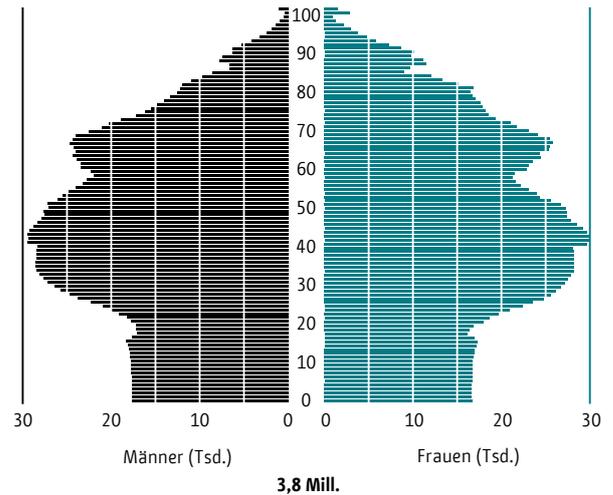
### 3.2.1. Demografischer Wandel und seine Folgen für die medizinische Versorgung

In den nächsten zehn Jahren beginnt der Wechsel der geburtenstarken Jahrgänge aus dem aktiven Arbeitsleben in die Alterssicherung. Vergleicht man den stärksten Jahrgang 1964 etwa mit dem Jahrgang 1975, so sinkt die Zahl der dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Kräfte um mindestens 35 %.

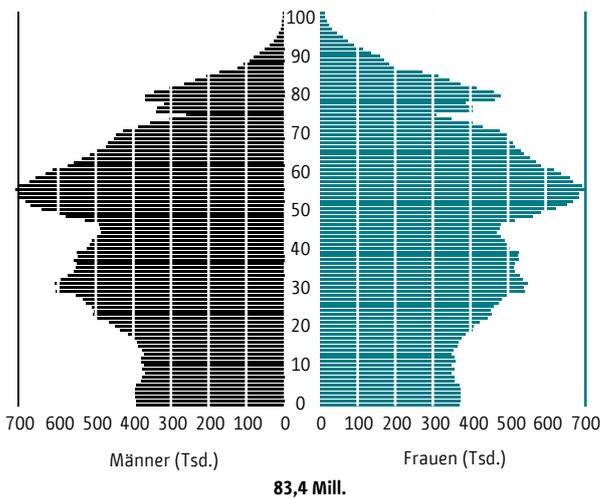
**Altersaufbau 2019  
Berlin**



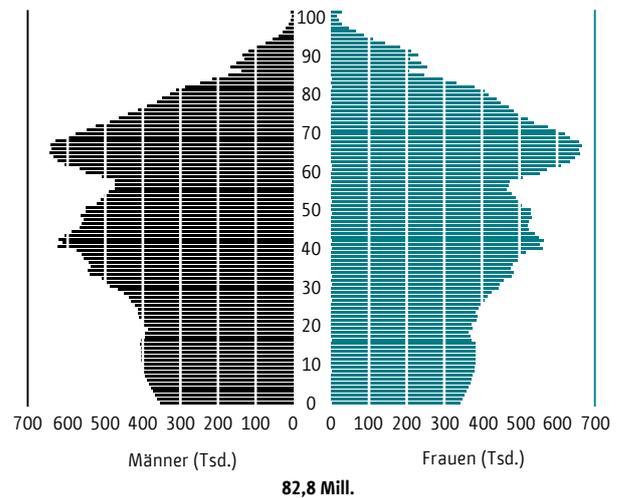
**Altersaufbau 2030  
Berlin**



**Altersaufbau 2019  
Deutschland**



**Altersaufbau 2030  
Deutschland**



Quelle: Destatis, Aktualisierung der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Basis 2015. Die Prognosen basieren auf dem Einwohnerbestand vom 31.12.2015. Neue Entwicklungen ab 2016 sind nicht eingegangen. Aktuelle Prognosen sind für das Ende des ersten Halbjahres 2019 vorgesehen.

Der Großraum Berlin zeigt eine ähnliche Demografie wie die gesamte Bundesrepublik Deutschland. Allerdings ist zu bemerken, dass es in der Region Berlin heute eine zusätzliche Bevölkerungsspitze unter den 20- bis 25-Jährigen gibt, die in den Flächenländern fehlt. Zugleich steigt die Bevölkerung Berlins nach der aktuellen Bevölkerungsprognose vom Jahr 2015 bis zum Jahr 2030 um mehr als 266.000 Personen an, während das Durchschnittsalter durch eine überproportionale Zunahme von Einwohnerinnen und Einwohnern in den höheren Altersgruppen ebenso ansteigt. Daraus ergeben sich weitere Herausforderungen für die Sicherstellung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung auch im stationären Bereich.

Der Ersatz der geburtenstarken Jahrgänge wird dabei maximale Herausforderungen mit sich bringen, die sich in einem scharfen Wettbewerb um die vorhandenen und die künftigen Fachkräfte zeigen werden. Dieser Wettbewerb wird sich auf alle Berufsgruppen erstrecken, die für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der stationären Versorgung im Großraum Berlin benötigt werden. Parallel ist dabei zu bedenken, dass eine im Rahmen des demografischen Wandels auftretende geringere Zahl an Menschen in sozialversicherungspflichtigen Berufen über alle Branchen die Finanzierung des solidarischen Gesundheitssystems beeinflussen wird. Eventuell resultierende Einschränkungen auf der Ressourcenseite sind hier zu bedenken.

Mit dem demografischen sowie epidemiologischen Wandel und dem medizinischen Fortschritt verändern sich auch die Anforderungen und Erwartungen an die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt, sind mannigfaltig und außerordentlich komplex und umfassen beispielsweise:

- Hohe Qualität bei der Patientenversorgung bei gleichzeitig hohem ökonomischen Druck
- Steigende Handlungsanforderungen durch das stetige Anwachsen der Anzahl multimorbider und chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten
- Entwicklung hochkomplexer Behandlungsstrategien (Hightechmedizin, individualisierte Medizin) und daraus resultierend steigende Anforderungen an die berufliche Handlungskompetenz
- Fachkräftemangel in den Gesundheitsfachberufen

### 3.2.2. Medizinischer Fortschritt

Derzeit sehen wir in vielen Feldern der Medizin rasante Fortschritte – auch bei Krankheitsbildern, die in der Vergangenheit als unheilbar galten. Exemplarisch sei hier die Therapie von Lungenkrebs erwähnt, die es ermöglicht, erkrankten Menschen durch Präzisionsmedizin und Adaptation der Therapie über längere Zeiträume ein Leben zu ermöglichen. Ein ähnliches Beispiel sind immuntherapeutische Ansätze bei austherapierten Leukämien oder die medikamentöse Heilung von Hepatitis C, mit der eine Lebertransplantation vermieden werden kann.

Diese Therapien verlangen ein hohes Qualitätsniveau. Sie sind zudem häufig sehr kostenintensiv. Sie sollten deshalb in ihrer Anwendung spezialisierten Zentren vorbehalten sein. Dabei ist sicherzustellen, dass die Patientengruppen mit dem dringendsten Bedarf vorrangig von solchen neuen Therapien profitieren. Schließlich ist zu gewährleisten, dass eine bedarfsgerechte Weiterbehandlung nach Abschluss der stationären Behandlungsphase durch gezieltes Entlassmanagement erfolgt.

### 3.2.3. Digitalisierung

Die Digitalisierung der stationären Krankenversorgung bietet in Deutschland im Allgemeinen und in Berlin im Speziellen erheblichen Raum zur Verbesserung. Berlin erscheint aufgrund des vor Ort vorhandenen Experten- und Anwenderwissens von Universitäten, Forschungseinrichtungen, Unternehmen und Start-ups ein idealer Ort für Pilotprojekte im Bereich der digitalen Gesundheit zu sein. Eine flächendeckend verfügbare elektronische Patientenakte würde Doppeluntersuchungen vermeiden, die aktuell notwendige Information am jeweils benötigten Ort zur Verfügung stellen und insgesamt die Behandlung deutlich verbessern. Die dafür notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen müssen auf Landesebene und insbesondere auf Bundesebene geschaffen werden. Das Narrativ der Digitalisierung in der stationären Krankenversorgung muss darin bestehen, alle Prozesse, die nicht zwangsläufig von Menschen durchgeführt werden müssen (insbesondere Administration), möglichst in digitale Systeme zu überführen. Dies geschieht nicht mit dem Ziel eines Arbeitsplatzabbaus, sondern mit der Perspektive, die freiwerdenden Personalressourcen zukünftig in die direkte Interaktion mit Patientinnen und Patienten zu investieren.

### 3.2.4. Zukünftige Aufgabenfelder der Gesundheitsberufe

Neben dem ärztlichen Bereich müssen sich auch die Gesundheitsfachberufe intensiv mit diesen Herausforderungen auseinandersetzen. So haben sich auch neue Aufgaben und Qualifikationsprofile speziell für den Pflegebereich entwickelt. In seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen hat der Wissenschaftsrat 2012 aufgezeigt, welche Entwicklungen notwendig sind, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dauerhaft auf qualitativ hochwertigem Niveau sicherzustellen. Unter anderem wurde empfohlen, zukünftig 10 bis 20 % der in den Gesundheitsfachberufen Beschäftigten akademisch auszubilden. Des Weiteren empfiehlt der Wissenschaftsrat, die Gesundheitsversorgung kooperativ und interprofessionell zu gestalten. Die definierten Anforderungen sowie die individuellen und komplexen Versorgungsbedarfe der Patientinnen und Patienten führen zu einer Differenzierung von Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Qualifikationen.

Neben der klassischen direkten pflegerischen Patientenversorgung im stationären und ambulanten Setting ergeben sich weitere Aufgaben für die Gesundheitsberufe und dabei speziell für die Pflegeberufe:

- Pflege von Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemlagen, insbesondere bezogen auf Multimorbidität sowie chronische und gerontopsychiatrische Erkrankungen
- Steuerungsaufgaben (Case und Care Management, Schnittstellenmanagement)
- Information, Beratung, Anleitung und Training von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen in übergreifenden Settings
- Entwicklung, Transfer und Einsatz von neuen Technologien
- Netzwerkbildung und -gestaltung anhand von Kooperations- und Vernetzungserfordernissen
- Qualitätssicherung über alle Ebenen der Gesundheitsversorgung hinweg

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, müssen sich die hier betrachteten Institutionen in den Strukturen und Prozessen gemeinsam weiterentwickeln. Dafür sind Pflege-, Versorgungs- und Bildungskonzepte notwendig, die ineinander verschränkt und verzahnt sind und die die Anforderungen moderner Medizin und Pflege inklusive der Versorgungsbedürfnisse der Berliner Bevölkerung widerspiegeln.

### **3.3. Empfehlungen der Kommission zur zukünftigen Entwicklung stationärer Krankenversorgung**

Wie beschrieben gibt es in Berlin durch die Eigentümerstruktur der stationären Krankenversorgung eine einmalige Option für zielgerichtetes staatliches Handeln. Der Schlüssel für eine langfristig erfolgreiche stationäre Krankenversorgung liegt dabei in einer engen Interaktion von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit.

#### **3.3.1. Zielbilder für die Einrichtungen**

Im Folgenden werden wesentliche Eckpunkte weiterer Entwicklungen besprochen, die die in Berlin vorhandenen stationären Versorgungsstrukturen zu einem Zielbild zusammenfügen.

#### **3.3.2. Strukturelle Verbindung von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit**

Obwohl sich beide Einrichtungen in öffentlicher Hand befinden, ist die derzeitige Interaktion durch einen intensiven, zuweilen dysfunktionalen Wettbewerb geprägt: Es gibt bisher, von Ausnahmen abgesehen, wenig Abstimmung in den einzelnen Aktivitätsfeldern. Für die Entwicklung der stationären Krankenversorgung in Berlin sollte eine engere strukturelle Verknüpfung von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit verfolgt werden.

Ziel ist eine langfristig geplante, optimale stationäre Versorgung der Berliner Bevölkerung. Im Zentrum steht dabei die Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt. Die außergewöhnliche Qualität der biomedizinischen Forschung sollte für einen intensiven Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgung genutzt werden. Außerdem sollten die im Rahmen der Krankenversorgung bei Vivantes – Netzwerk für Gesundheit sowie möglichen weiteren Partnerkliniken erhobenen Daten für die Forschung nutzbar gemacht werden. Auch auf diesem Wege würde die Berliner Bevölkerung noch mehr von der lokalen Forschungsexzellenz profitieren. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine strukturelle Verknüpfung von universitärer und nicht-universitärer Medizin in einem engen Aufgabenverbund anzustreben. Hierfür gibt es internationale Beispiele aus anderen Metropolregionen. Langfristig ist anzustreben, dass sich die Charité – Universitätsmedizin Berlin auf die Hochleistungsmedizin konzentriert und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit auf die übrige Versorgung.

Für eine Verbesserung der strategischen Planung und der Zusammenarbeit von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit sollte die Errichtung einer kooperativen Struktur als Dachgesellschaft geprüft werden. Eine mögliche Dachstruktur sollte eine hundertprozentige Tochter des Landes Berlins sein. Zu prüfen ist darüber hinaus, ob bestehende oder noch zu errichtende gemeinsame Einrichtungen wie der Ausbildungscampus, das internationale Geschäft, das Labor sowie skalierbare Aufgaben wie Informationstechnologie in die Verantwortung der Dachstruktur überführt werden können. Kooperationsmöglichkeiten sollten grundsätzlich auch allen anderen Trägern innerhalb und außerhalb Berlins vertraglich offenstehen. Exemplarisch steht hierfür das Netzwerk der Partners HealthCare der Harvard Medical School in Boston.

Zur Umsetzung dieser Vorschläge empfiehlt die Kommission dem Berliner Senat die Einsetzung einer oder eines Beauftragten für Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit, die oder der den Prozess mit entsprechender Qualifikation begleitet und steuert. Zur Vorbereitung dieser Überlegungen sind zudem die derzeitigen Governance-Strukturen von Charité – Universitätsmedizin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit zu prüfen. In diesem Zusammenhang wird das vom Berliner Senat derzeit vorbereitete Universitätsmedizingesetz für die Charité – Universitätsmedizin Berlin von der Kommission ausdrücklich begrüßt, das die

Leistungsstruktur der Charité – Universitätsmedizin Berlin weiterentwickelt. Dem Vorstand sollen zukünftig als hauptamtliche Mitglieder die oder der Vorstandsvorsitzende, das für Finanzen und Infrastruktur zuständige Mitglied, das für Krankenversorgung zuständige Mitglied, die Dekanin oder der Dekan als das für Wissenschaft zuständige Mitglied und das für Personal zuständige Mitglied angehören.

### 3.3.3. Integration des Deutschen Herzzentrums

Das Deutsche Herzzentrum Berlin und die Charité – Universitätsmedizin Berlin ziehen bereits seit mehreren Jahren eine noch engere Kooperation im Rahmen eines Universitären Herzzentrums Berlin (UHZB) unter strategischer Steuerung der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Betracht. Dabei würden die herzmedizinischen Einrichtungen beider Institutionen unter einem Dach vollintegriert. Der Senat hat diese Pläne mit Beschluss vom 16.09.2016 zustimmend zur Kenntnis genommen.

Einzelheiten zur Ausgestaltung und Errichtung des UHZB wurden in einem Konsenspapier vom 05.01.2018 festgelegt, dem der Stiftungsrat des DHZB und der Aufsichtsrat der Charité – Universitätsmedizin Berlin zustimmen. Aktuell erarbeiten Projektverantwortliche aus beiden Einrichtungen mit externer Unterstützung konzeptionelle und vertragliche Grundlagen für das UHZB. Nach Zustimmung der Aufsichtsgremien soll eine Senats- und Abgeordnetenhausbefassung erfolgen. Die Inbetriebnahme der UHZB gGmbH wird für den 01.01.2020 angestrebt.

Basierend auf den vorgestellten Plänen erscheint die Kombination aus Deutschem Herzzentrum Berlin und Charité – Universitätsmedizin Berlin eine sehr erstrebenswerte Struktur zu sein, an der mittelfristig auch Vivantes – Netzwerk für Gesundheit partizipieren sollte. Hier würde es gelingen, eine Institution in einem wesentlichen Zukunftsfeld stationärer Medizin zu schaffen, die international wettbewerbsfähig ist. Ausdrücklich begrüßt wird von der Kommission die Tatsache, dass neben der gemeinsamen Governance auch eine ambitionierte Neubaumaßnahme für das Herzzentrum geplant ist, die zu einem Aushängeschild für die nationale Herzmedizin führen würde. Die Kombination von organisatorischer Reorganisation mit baulicher Entwicklungsplanung könnte beispielgebend für die zukünftige Entwicklung sein.

### 3.3.4. Empfehlungen der Kommission für die Zusammenführung von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit über eine gemeinsame IT- und Dateninfrastruktur

Bereits heute ist deutlich sichtbar, dass die digitale Transformation das Gesundheitssystem stark verändern wird. Technische Innovationen im Hard- und Softwarebereich werden eine personalisierte Prävention, präzisere Diagnosen und individuellere Therapien ermöglichen – perspektivisch verbessert dies die Gesundheitsversorgung und senkt Kosten.

Um die Vorteile moderner digitaler Technologien im Gesundheitssektor nutzen zu können, ist eine engere Zusammenarbeit der Gesundheitsversorgung, -forschung und -wirtschaft unerlässlich. Die Visionen von Digital Health basieren darauf, dass Daten in sämtlichen Versorgungskontexten gesammelt, veredelt, analysiert, ausgetauscht und genutzt werden können. Dafür braucht es holistische IT-(Verwaltungs-)Systeme, die auf offenen Standards beruhen, cybersicher sind und den geltenden Datenschutzbestimmungen genügen. Vermittels standardisierter Schnittstellen lassen sich die Aufgaben der beteiligten Stakeholder klar definieren und voneinander abgrenzen sowie durchgängige Prozesse steuern und effizient überwachen. Elektronische Patientenakten gewährleisten die sichere Erfassung von Patienten- und Behandlungsdaten, die Wiederverwendbarkeit bereits erfasster Daten auch in anderen relevanten Kontexten, die Analyse der Daten zur Begründung und Ableitung weiterer medizinischer und pflegerischer Aktivitäten und die Gewährleistung einer effizienten Patientenversorgung und des medizinischen Fortschritts im Allgemeinen.

Damit die Charité – Universitätsmedizin Berlin als international angesehene medizinische Forschungsinstitution, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit als hochprofessioneller Gesundheitsversorger und das Deutsche Herzzentrum als nationales wie internationales kardiologisches und herzchirurgisches Spitzenzentrum ihre je eigenen Qualitäten schärfen und ausbauen können, braucht es eine institutionenübergreifende zentrale Koordinierung, die die notwendigen infrastrukturellen IT-technischen und -prozessualen Voraussetzungen schafft und die Grundlagen für eine gemeinsame Datenhaltung und -nutzung legt. Eine gemeinsame Datenhaltung und -nutzung auf der Basis gemeinsamer IT-Infrastrukturen erfordert auch die Etablierung gemeinsamer Standards bei der elektronischen Patientenakte, bei Therapieplänen und bei Gesundheitsverwaltungssystemen und birgt große Effizienzgewinne. Sie befördert die Kollaboration der beteiligten Institutionen auch in anderen Bereichen zu ihrem jeweiligen eigenen Nutzen.

Ein digitaler Versorgungsverbund, bei dem sich jede beteiligte Institution auf ihre je eigenen Aufgaben konzentrieren kann, sollte daher von einer gemeinsamen Dachstruktur, die die zentralen Fragen der IT-Infrastruktur, IT-Sicherheit, Prozesskoordinierung und Mittelvergabe regelt, gesteuert werden. Parallel laufende IT-Systeme und die Doppelerfassung und -pflege von Patientendaten sind nicht nur teuer, sondern verhindern durch ihre Silostruktur Fortschritte im Bereich der datengetriebenen Gesundheitsversorgung.

Ein zentraler Standard in den IT-Systemen der beteiligten Institutionen würde zudem dazu beitragen, dass Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen mit modernsten E-Learning-Methoden effizient koordiniert werden könnten. Außerdem wäre es für externe Forschungs- und Versorgungspartner lohnender und einfacher, in überregionale und internationale Forschungsk Kooperationen einzutreten, wenn nicht für jede einzelne Institution neue Schnittstellen entwickelt sowie rechtliche Fragen immer wieder neu verhandelt werden müssten und auf einen gemeinsamen großen Datenpool zugegriffen werden könnte.

Im Rahmen der Dachstruktur geschlossene Vereinbarungen, die die Nutzung von Patientendaten für die medizinische Forschung erlauben, würden allen im Verbund arbeitenden Institutionen helfen, EU-datenschutzkonform an aktuellen und hochwertigen Daten zu forschen, neue Therapieoptionen zu evaluieren und die Qualität der Versorgung zu messen.

### **3.3.5. Strukturelle Kooperation mit Dritten**

Wie oben beschrieben gibt es in Berlin eine Reihe weiterer Krankenhäuser, die durch öffentliche, freigemeinnützige und private Anbieter betrieben werden. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Komplex aus Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit und diesen Häusern wäre im Sinne einer optimalen Patientenversorgung ebenfalls anzustreben.

## 4. Biomedizinische Forschung in Berlin und translationales Potenzial

### 4.1. Die aktuelle Situation und die beteiligten Institutionen

Die biomedizinische Forschung in Berlin wird durch eine Vielzahl herausragender Institutionen mit internationaler Sichtbarkeit geprägt. Dazu zählen neben der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin die Max-Planck-Institute für Infektionsbiologie und Molekulare Genetik. Eine zielgerichtete Verknüpfung dieser Aktivitäten im Sinne eines Masterplans „Biomedizin Berlin“ sollte zu einer deutschlandweit und auch international wegweisenden Konstellation führen, die der Entwicklung neuer Therapien und letztendlich einer besseren Patientenversorgung zugutekommt.

#### 4.1.1. Charité – Universitätsmedizin Berlin

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin ist die international bekannteste Universitätsklinik der Bundesrepublik. Insbesondere im Bereich der Neurowissenschaften, aber auch in der Herz-Kreislauf-Medizin, der Onkologie und der Immunologie sowie der Grundlagenforschung werden herausragende Arbeiten durchgeführt. Mit Blick auf die Größe der Charité – Universitätsmedizin Berlin gibt es allerdings noch Entwicklungsmöglichkeiten. Als Beispiel dafür können die überschaubare Anzahl von Sonderforschungsbereichen und die Tatsache gewertet werden, dass im Rahmen des Exzellenzwettbewerbs nur ein Cluster an die Charité – Universitätsmedizin Berlin geholt werden konnte. Ursächlich dafür ist die nach wie vor zu geringe und im nationalen Bereich nur durchschnittliche Förderung der Forschung und Lehre durch das Land Berlin. Positiv vermerkt die Kommission allerdings, dass es hier in jüngster Zeit erhebliche positive Entwicklungen gegeben hat. So wird unter anderem das Land Berlin die allgemeinen konsumtiven Zuschüsse der Charité – Universitätsmedizin Berlin für Forschung und Lehre im Vertragszeitraum 2018 bis 2022 um jährlich 3,5 % erhöhen. Parallel dazu ist die mit 162 Millionen Euro im Jahr 2017 sehr hohe Drittmittelinwerbung festzuhalten. Der relativ geringe Anteil kompetitiv eingeworbener Drittmittel zeigt das Potenzial auf, die grundlagenorientierte und translationale Forschung zu verstärken, verdeutlicht aber auch die Kapazitäten für einen großen Standort für patientennahe Studien. Zwingende Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit der Charité – Universitätsmedizin Berlin ist die Entwicklung eines spezifischen und individuellen Forschungs- und Krankenversorgungsprofils für die Standorte Campus Charité Mitte (CCM), Campus Benjamin Franklin (CBF) und Campus Virchow-Klinikum (CVK).

#### 4.1.2. Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin

Das Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) ist eine Forschungseinrichtung der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren und wird gemeinsam durch den Bund und das Land Berlin finanziert. Das MDC forscht insbesondere über die molekularen Grundlagen von Gesundheit und Krankheit, um Prävention, Diagnostik und Therapie zu verbessern. In 69 Arbeitsgruppen werden jährlich mehr als 450 Artikel in zumeist hochrangigen Fachzeitschriften veröffentlicht.

Der Vorstand besteht aus dem Wissenschaftlichen Vorstand – dieser fungiert auch als Vorstandsvorsitzender/Vorstandsvorsitzende – und dem Administrativen Vorstand. Der Aufsichtsrat setzt sich aus dem Vorsitzenden/der Vorsitzenden und seinem Stellvertreter/seiner Stellvertreterin sowie zwölf Mitgliedern zusammen, bei denen es sich unter anderem um zwei Bundesvertreter/Bundesvertreterinnen sowie zwei Landesvertreter/Landesvertreterinnen handelt, den Vorsitzenden/die Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats sowie neben zwei MDC-Vertretern/Vertre-

terinnen auch die Präsidenten/Präsidentinnen von Humboldt-Universität zu Berlin und Freier Universität Berlin. Eine zusätzliche beratende Funktion übernimmt der Wissenschaftliche Beirat.

Das MDC ist auf dem Campus Berlin-Buch angesiedelt und hat 1.660 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es bestehen Kooperationen auf regionaler und nationaler Ebene, besonders eng ist die Zusammenarbeit mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin beim Berlin Institute of Health (BIH) beziehungsweise Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIG), das sich der Systemmedizin für bessere Vorhersagen und neue Therapien widmet. Das BIH ist eine gemeinsame Einrichtung von Charité – Universitätsmedizin Berlin und MDC.

Am MDC wird seit vielen Jahren exzellente Forschung betrieben. In den internationalen Rankings belegt das MDC immer vordere Plätze. Einzelne Bereiche wie etwa die Einzelzellgenomik gehören zur absoluten Spitze in der internationalen Wissenschaft. Die Möglichkeit, Ergebnisse aus den Labors des MDC in die Krankenversorgung zu übertragen, könnte noch ausgebaut werden. Hierfür besteht mit dem BIH eine hervorragende Grundlage, die es zu nutzen gilt.

#### **4.1.3. Andere Forschungsorganisationen und Universitäten**

Die Max-Planck-Gesellschaft verfügt über eine Reihe von Forschungsinstituten in Berlin. Eine systematische Ausrichtung mit dem Schwerpunkt Biowissenschaften ist nicht erkennbar. Die Leibniz-Gemeinschaft betreibt das Leibniz-Forschungsinstitut für Molekulare Pharmakologie. Neben der Charité – Universitätsmedizin Berlin erfolgt auch an anderen Universitäten in Berlin biomedizinische Forschung. So führen beispielsweise natur- und lebenswissenschaftliche Institute an der Freien Universität Berlin sowie der Humboldt Universität zu Berlin Grundlagenforschung durch, die der Biomedizin zugutekommt. Auch Forschungsaktivitäten an der Technischen Universität Berlin sind in Teilen auf Biomedizin ausgerichtet.

#### **4.2. Die wesentlichen Herausforderungen der kommenden Jahre**

In den nächsten Jahren wird es in der Biomedizin einen intensiven Wettbewerb geben. Dieser Wettbewerb wird sich insbesondere um die Rekrutierung exzellenter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler drehen. Um in diesem Bereich erfolgreich zu sein, ist es unabdingbar, eine international kompetitive Infrastruktur anzubieten. Zu dieser Infrastruktur zählen neben Gebäuden auch Geräte und technische Ausstattung sowie eine leistungsfähige Informationstechnologie, die die Verarbeitung großer Datenmengen erlaubt.

Im Bereich der Biomedizin wird dabei insbesondere die sogenannte Translation von Ergebnissen der Grundlagenforschung in die klinische Anwendung eine ganz wesentliche Rolle spielen. Um diesen Prozess bewerkstelligen zu können, sind entsprechende Strukturen unabdingbar.

#### **4.3. Empfehlungen der Kommission zur zukünftigen Entwicklung der biomedizinischen Forschung in Berlin**

Wesentliche Voraussetzung einer erfolgreichen biomedizinischen Forschung in Berlin ist eine enge Kooperation zwischen den beteiligten Partnerinnen und Partnern. Dabei ist es nicht problematisch, dass die einzelnen Partner einer solchen Gemeinschaft jeweils individuelle Forschungsschwerpunkte haben, es sollte aber vor allem eine gemeinsame Forschungsstrategie bestehen. Um aus der gemeinsamen Forschungsstrategie verbesserte medizinische Ansätze ableiten zu können, ist es wichtig, dass etwa die Charité – Universitätsmedizin Berlin ihre Forschungsstrategie weiterentwickelt, indem diese über eine Definition der Aktivitätsfelder hinausgeht und sich damit beschäftigt, wie Synergien geschaffen und genutzt werden können und wie für die ins Auge gefassten Forschungsrichtungen eine entsprechende Infrastruktur gewährleistet werden kann. Auch für Einrichtungen wie etwa Vivantes – Netzwerk für Gesundheit, die bisher nicht unmittelbar mit Forschungsaktivitäten verknüpft werden, sollten Überlegungen im Bereich der

Versorgungsforschung oder über die Einbindung in klinische Studien angestellt werden. Mit den übrigen Forschungseinrichtungen an Universitäten und außeruniversitären Einrichtungen sollte in stärkerem Maße als bisher eine langfristige strategische Forschungs Kooperation vereinbart werden. Ohne die Freiheit der individuellen Forschung einzuschränken, wird auf diesem Weg die unbedingt notwendige Infrastruktur gewährleistet, die keine einzelne Institution ihren Forscherinnen und Forschern zur Verfügung stellen kann.

#### **4.3.1. Zukünftige Rolle des Berlin Institute of Health**

Das Berlin Institute of Health (BIH) stellt einen innovativen Ansatz in der Translationsforschung dar. In der Vergangenheit war aufgrund der rechtlichen Rahmenbestimmungen eine Rechtsform gewählt worden, in der Charité – Universitätsmedizin Berlin und MDC jeweils Gliedkörperschaften des BIH waren. Diese Rechtsform hat sich als problematisch erwiesen und wird derzeit im Rahmen einer Verwaltungsvereinbarung weiterentwickelt. Darin wird beschrieben, dass das BIH bei gleichzeitigem Erhalt der organisatorischen Eigenständigkeit eine Exzellenzsäule der Charité – Universitätsmedizin Berlin werden soll. Inhaltlich soll hier die translationale Forschung vorangetrieben werden, basierend auf aktuellen Forschungsergebnissen und unter Zuhilfenahme der Möglichkeiten der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Falls diese Verwaltungsvereinbarung vom Land Berlin und dem Bund unterzeichnet würde, wäre zum ersten Mal mit Mitteln der Bundesrepublik die Translation von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis strukturell in einer deutschen Universitätsmedizin etabliert. Die Planung zur strukturellen Entwicklung des Berlin Institute of Health, wie sie derzeit in der Verwaltungsvereinbarung vorgesehen ist, wird von der Kommission ausdrücklich begrüßt.

#### **4.3.2. Definition von Biomedical Hotspots**

In der Biomedizin hat Berlin bereits heute eine Vielzahl herausragender Akteure. Es sollte daher möglich sein, im Großraum Berlin fundamentale Probleme der Biomedizin in einer engen Kooperation verschiedener Partner angehen zu können. Dabei würden inhaltlich sogenannte Biomedical Hotspots entstehen. Solche Hotspots könnten sich schwerpunktmäßig mit bestimmten Krankheitsbildern beschäftigen und dabei die einmalige Forschungslandschaft in Berlin gezielt nutzen.

Durch die Definition solcher Biomedical Hotspots und einer strategischen Zusammenarbeit der öffentlichen Institutionen der stationären Krankenversorgung sollte es möglich sein, die in Berlin im Bereich der Biomedizin immer stärker vertretene Industrie zu integrieren. Eine zukunftsweisende Option bieten die zahlreichen in Berlin ansässigen Start-up-Unternehmen, die auf neue Entwicklungen oft schneller und flexibler reagieren können als die Pharmaindustrie oder große Institutionen.

#### **4.3.3. Etablierung einer internationalen Spitzenstellung**

Ziel muss sein, dass der Standort Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit zu den 30 erfolgreichsten medizinischen Hochschulen der Welt aufschließt. Derzeit ist in den meisten Vergleichen kein deutscher Hochschulstandort unter den besten 100 Einrichtungen zu finden. Berlin hat bei ausreichender Kooperation und Investition das Potenzial, diese Lücke zu schließen. Berlin wird sich dann in einen der führenden internationalen Standorte der Biomedizin entwickeln, wenn basierend auf einer langfristig angelegten Strategie die besten Köpfe der Biomedizin an diesen Standort rekrutiert werden können. Dieses wird nur auf Basis einer kompetitiven Infrastruktur gelingen.

# 5. Aus-, Fort- und Weiterbildung als Grundlage des zukünftigen Medizinsystems in Berlin

## 5.1. Die aktuelle Situation, die beteiligten Institutionen und die betroffenen Berufsbilder

Allein der oben beschriebene demografische Wandel wird zu einer massiven Verschärfung des Mangels an Arbeitskräften führen. Dieser Mangel wird sich in den Institutionen der stationären Versorgung auf allen Ebenen bemerkbar machen und dabei von den unmittelbar versorgenden Personen bis hin zur Administration reichen.

## 5.2. Empfehlungen der Kommission zur Zukunft von Aus-, Fort- und Weiterbildung

In Abhängigkeit von dem jeweiligen Berufsbild wird es bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung sehr unterschiedliche Entwicklungen geben. Allen gemein sollte sein, dass jede Tätigkeit, die nicht von Menschen erledigt werden muss, in Zukunft konsequent durch Digitalisierung ersetzt wird. Nur so wird es möglich sein, die für eine zukunftsorientierte stationäre Krankenversorgung notwendige Anzahl an Arbeitskräften sicherstellen zu können.

### 5.2.1. Ärztinnen und Ärzte sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

Die Leistungserbringung durch eine exzellent ausgebildete Ärzteschaft wird in Zukunft das Rückgrat einer funktionierenden stationären Versorgung sein. Mit Blick auf den demografischen Wandel, die veränderte Zusammensetzung der Medizinstudierenden sowie den modernen Erfordernissen im Sinne eines attraktiven Arbeitgebers muss hier eine ganze Reihe von Entwicklungen angestoßen werden.

Es ergibt sich die Frage, inwieweit die ärztliche Ausbildung in Zukunft bereits während des Studiums dazu führen sollte, dass die Studierenden eine deutlichere Wahlmöglichkeit hinsichtlich einer fachlichen Vertiefung erhalten. Angesichts der extremen Vermehrung des Wissens scheint es nur logisch, bereits während des Studiums bestimmte Richtungen – wie beispielsweise Chirurgie, Allgemeinmedizin oder Forschung – deutlicher als bisher zu verfolgen.

Um mit der extremen Wissensvermehrung auch nach Erhalt der ärztlichen Approbation Schritt halten zu können, ist es notwendig, die Weiterbildung zu modifizieren und zu intensivieren. Die tragenden Institutionen sollten dabei im Sinne einer lebenslangen Weiterbildung der bei ihnen ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Rolle spielen. Nur durch eine konsequente Weiterbildung während der Berufstätigkeit kann gewährleistet werden, dass Ärztinnen und Ärzte immer auf dem neuesten Stand des Wissens sind. Es sollte in Berlin erwogen werden, eine Akademie für ärztliche Weiterbildung von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit gemeinsam betreiben zu lassen.

Ein wesentlicher Teil der Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte in der stationären Krankenversorgung besteht in nicht-ärztlichen administrativen Aufgaben. Diese mittlerweile überbordende Bürokratie gilt es abzubauen, ohne dabei die Qualität des Handelns zu gefährden. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es unabdingbar, alle Vorgänge, die nicht unmittelbar von Menschen durchgeführt werden müssen, durch Digitalisierung zu ersetzen. In diesem Sinne soll die Digitalisierung ausdrücklich nicht dazu dienen, humane Kapazitäten einzusparen, sondern vielmehr dazu beitragen, die direkte Interaktion mit Patientinnen und Patienten deutlich zu verbessern.

Wenn es eine wesentliche Aufgabe des zukünftigen Arztes/der zukünftigen Ärztin sein soll, Forschungsergebnisse möglichst schnell in die klinische Praxis zu übersetzen, dann muss dringend die Vereinbarkeit von Forschung und Weiterbildung ermöglicht werden. Während der ärztlichen Weiterbildung muss es anerkannte Zeiträume im Bereich der Forschung geben, die genutzt werden können, um eine erfolgreiche Translation durchzuführen. Da die Weitergabe des Wissens innerhalb der Ärzteschaft von immer größerer Bedeutung sein wird, ist es unabdingbar, auch die Lehre zu professionalisieren.

Wie ausgeführt, nimmt die Informationstechnologie einen immer breiteren Raum ein. Ohne eine erfolgreiche Digitalisierung werden die Zukunftsaufgaben der Medizin im Sinne der Bewältigung des demografischen Wandels und der Integration des medizinischen Fortschritts in das tägliche Handeln nicht erbracht werden können. Es ist daher notwendig, diesen Bereich intensiv in die ärztliche Ausbildung zu integrieren. Dazu müssen entsprechende Angebote während des Studiums erfolgen, es sollte überlegt werden, eine entsprechende Vertiefungsrichtung bereits während des Studiums anzubieten, und schlussendlich ist die Integration in die Weiterbildung im Sinne eines lebenslangen Lernens unabdingbar.

Die stationäre Versorgung der Zukunft wird in erheblichem Ausmaß durch interprofessionelle Teams erbracht werden. Neben Ärztinnen und Ärzten werden dazu entsprechend qualifizierte Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe gehören, aber auch klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten sowie Menschen mit einem Hintergrund in Medizininformatik. Bereits während der Ausbildung, aber auch in der Weiterbildung sollte unbedingt der Aspekt des interprofessionellen Arbeitens stärker in den Vordergrund gerückt werden.

Auch für die nicht-ärztlichen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler müssen attraktive Karrierewege geschaffen werden. Dazu gehören neben planbarer individueller Entwicklung auch langfristige Zielpositionen unterhalb der Abteilungsleiterenebene. In Kombination mit der Attraktivität des Standorts Berlin auch für eine internationale Klientel sollte es möglich sein, ausreichend viele exzellente Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nach Berlin zu rekrutieren.

### 5.2.2. Pflegepersonal und Gesundheitsberufe

Die Bundesrepublik Deutschland hat im internationalen Vergleich nach wie vor ein sehr traditionelles Pflegebild. Die Aufgaben der Pflegeberufe sind weiterhin eng umgrenzt, auch wenn der Gesetzgeber mit dem Pflegeberufereformgesetz (§ 4 Vorbehaltene Tätigkeiten) erstmalig einen eigenständigen Verantwortungsbereich für die Pflege definiert hat.

Gleichzeitig droht im Bereich der Gesundheitsberufe durch den demografisch-epidemiologischen Wandel und die enorme Arbeitsverdichtung ein extremer Fachkräftemangel, den es zu kompensieren gilt. Neben bereits in die Wege geleiteten Maßnahmen – wie etwa der generalistischen Ausbildung, neuen Studiengängen, der besseren Entlohnung und einer Verbesserung des Pflegegeschlüssels nach internationalen Maßstäben – zählt dazu zweifelsfrei auch die Entwicklung eines zukunftsgerichteten, inhaltlich orientierten Pflegebildes mit neuen Aufgabenprofilen an den Standorten von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit.

Die Ausbildung muss sich dann konsequenterweise auch an diesem inhaltlichen Bild ausrichten. Die Etablierung einer gemeinsamen Akademie von Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit im Bereich der Gesundheitsberufe wird von der Kommission ausdrücklich begrüßt. Die Kommission präferiert in Anlehnung an die Empfehlung für ein gemeinsames gestuftes Versorgungskonzept in der Krankenversorgung eine gemeinsame Ausbildung.

Weitere Bausteine neben den Ausbildungsformen sind interprofessionelle Ausbildungssequenzen. Eine interprofessionelle Ausbildungsform stärkt die Kompetenz der therapeutischen Teams. Beide Institutionen haben hierfür mit dem gemeinsamen Ausbildungszentrum sowie der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft die besten Voraussetzungen.

Kritisch hinterfragt werden sollten aber nochmals die Ausbildungskonzepte, insbesondere im Bereich der Akademisierung. Hier erscheinen die bisher angestellten Überlegungen nur bedingt wettbewerbsfähig zu sein. So erscheint es notwendig, dass ein wesentlich höherer Anteil der Pflegekräfte als in der Vergangenheit akademisiert wird. Insbesondere sollte dabei auch daran gedacht werden, dass Pflegekräfte mit einer langjährigen Berufserfahrung die Möglichkeit bekommen, berufsbegleitend ein entsprechendes Studium durchzuführen.

Des Weiteren sollten die Substitution und Delegation von übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten an beiden Institutionen weiterentwickelt werden. Entsprechend der Implementierung des Grade- und Skillmix ergeben sich hier echte Potenziale. Durch eine Erhöhung der Verantwortungszuordnung durch eine entsprechende Aufgabenzuordnung kann eine wesentlich höhere Attraktivität des Berufsbildes erzeugt werden.

Ein besonderes Augenmerk sollte unbedingt auf der Hebammenausbildung liegen. Die Ausbildung soll zukünftig ausschließlich an Hochschulen erfolgen. Hier bedarf es dringend einer Klärung zur Verortung dieses Studiengangs sowie curricularer Vorgaben.

Insgesamt ist zu beachten, dass sämtliche Ausbildungen (nicht-akademisch und akademisch) nicht nur theoretisch erfolgen. In den Vorstellungen zur gemeinsamen Akademie gab es keine Aussagen, wie der Theorie-Praxis-Transfer in den Ausbildungen, aber auch für Studierende der Gesundheitsfachberufe gestaltet werden soll. Die Aspekte Theorie und Praxis müssen zusammenhängend gedacht, entwickelt und implementiert werden. Eine bloße Anwesenheit von Praxisanleitern und Praxisanleiterinnen ohne curriculare Anbindung an die Akademie ist nicht ausreichend. Diese müssen zudem je nach zu betreuender Gruppe (Auszubildende oder Studierende) selbst über entsprechende Qualifikationen verfügen.

### 5.2.3. Verwaltungspersonal

Die stationäre Krankenversorgung der Zukunft wird durch exzellent ausgebildetes Verwaltungspersonal ermöglicht. Im Rahmen des zu erwartenden Fachkräftemangels ist dafür Sorge zu tragen, dass der Bereich der Administration unter den Rahmenbedingungen des öffentlichen Dienstes attraktiv bleibt beziehungsweise dort, wo er es derzeit nicht ist, attraktiv wird. Es ist dazu notwendig, dass moderne administrative Strukturen mit den Regeln des öffentlichen Dienstes kompatibel gestaltet werden. Dazu sind entsprechende Anreizsysteme und Karrierewege zu schaffen.

Ein erhebliches Problem in diesem Zusammenhang stellt die erfolgreiche Rekrutierung von administrativem Spitzenpersonal für die Einrichtungen der stationären Krankenversorgung in Berlin dar. Es gibt hier faktisch keine gezielten und geplanten Karrierewege.

Es sollte überlegt werden, inwieweit Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit eine gemeinsame Verwaltungsakademie etablieren, in der der administrative Nachwuchs zielgerichtet ausgebildet werden kann.

## 6. Einbettung der Überlegungen in das Gesamtsystem der Krankenversorgung in Berlin

Es ist den Verfasserinnen und Verfassern des vorliegenden Papiers bewusst, dass mit den angesprochenen Fragestellungen nur ein Ausschnitt des Gesamtsystems der Krankenversorgung in Berlin beleuchtet werden kann. In notwendigen nächsten Schritten müssen die nicht öffentlich getragenen Krankenhäuser in die Überlegungen einbezogen werden. Außerdem muss die Interaktion mit dem ambulanten Sektor Gegenstand von Folgeüberlegungen sein.

Die Kommission empfiehlt daher dem Senat, die Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH mit der gemeinsamen Erarbeitung von Vorschlägen zur Umsetzung der Empfehlungen zu beauftragen.

### Anhang: Mitglieder der Kommission

**Prof. Dr. Karl Lauterbach**

Mitglied des Bundestages  
(Vorsitzender der Kommission)

**Prof. Dr. Heyo K. Kroemer**

Dekan und Sprecher des Vorstands  
der Universitätsmedizin Göttingen  
(Stellvertretender Vorsitzender  
der Kommission)

**Prof. Dr. Christiane Bruns**

Direktorin der Klinik für Allgemein-,  
Viszeral- und Tumorchirurgie der  
Uniklinik Köln

**Irmtraut Gürkan**

Kaufmännische Direktorin und  
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende  
des Universitätsklinikums Heidelberg

**Ursula Helms**

Stellvertretende Sprecherin des  
Koordinierungsausschusses der  
Patientenvertretung des G-BA

**Franz Knieps**

Vorstand des BKK Dachverbandes e. V.

**Jana Luntz**

Pflegedirektorin am  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden und Vorstandsmitglied des  
Verbandes der Pflegedirektorinnen und  
Pflegedirektoren der Universitätskliniken  
und medizinischen Hochschulen Deutsch-  
lands e. V.

**Prof. Dr. Christoph Meinel**

Direktor und Geschäftsführer des  
Hasso-Plattner-Instituts für  
Digital Engineering gGmbH

**Prof. Dr. Pierluigi Nicotera**

Gründungsdirektor des Deutschen Zentrums  
für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

**Stefan Oelrich**

Mitglied des Vorstands der Bayer AG

**Prof. Dr. Ulrike Protzer**

Vorstand des Deutschen Zentrums  
für Infektionsforschung



