

Verband Evangelischer Krankenhäuser
und stationärer Pflegeeinrichtungen
in Berlin-Brandenburg

vekp.de

Gemeinsame Positionen entwickeln Ziele

Geschäftsbericht

2017

Diakonie 

Berlin-Brandenburg-
schlesische Oberlausitz

Geschäftsbericht 2017

des Verbandes
Evangelischer Krankenhäuser
und stationärer Pflegeeinrichtungen
in Berlin-Brandenburg (VEKP)

Vorwort

Was werden wir am Ende des Berichtsjahres 2017 in Erinnerung behalten? Sicherlich das Engagement unserer Mitglieder für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Menschen in Berlin und Brandenburg. Diakonische Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen haben auch im vergangenen Jahr ihren Beitrag für eine positiv erfahrbare Gesundheitsregion geleistet. Sie werden von Patientinnen/Patienten und Bewohnerinnen/Bewohnern weiter als leistungsfähige Einrichtungen mit dem besonderen Plus wahrgenommen. Und das zu Recht. Stichwort Transparenz: Unter dem Wort Martin Bubers „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ haben sich die Mitglieder des VEKP erneut auf den Weg gemacht, ihre Einrichtungen für die Bevölkerung zu öffnen und über die Angebote zu informieren. Jederzeit und transparent. Genau so ist auch die Aktion des Verbandes zur Veröffentlichung besonderer Aktivitäten der Hygiene in unseren Mitgliedskrankenhäusern zu verstehen. Jederzeit aufmerksam, jederzeit auf der Suche nach besseren Lösungen und jederzeit transparent, das stand hinter dieser Aktivität, die unter <https://www.diakonie-portal.de/arbeitsbereiche/>

krankenhaeuser/hygiene-transparent nachvollzogen werden kann.

Die Mitglieder des VEKP arbeiten unter den gleichen schwierigen Bedingungen aller Einrichtungsträger. Die gesundheitspolitischen Aktivitäten vor der Bundestagswahl am 24. September 2017 waren kaum noch überschaubar. Eine Vielzahl von Gesetzen, die die Arbeit vor Ort unmittelbar beeinflussen, sind das Ergebnis dieser Aktivitäten. Noch sind die Folgen aus den gesetzgeberischen Ansätzen zur Einführung von Personaluntergrenzen im Krankenhaus, zu einer Neuordnung der Notfallversorgung in Deutschland oder zur Verschärfung von Mindestmengenregelungen, insbesondere für die kleineren Krankenhäuser, kaum absehbar. Auch die Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze ist noch im vollen Gang. Sowohl für die Krankenhäuser als auch die Pflegeeinrichtungen zeigt sich eine starke Veränderung auf dem Fachkräftemarkt. Es bleibt der Appell an die politisch Verantwortlichen, das Regelwerk für die Versorgung von Pflegebedürftigen und Kranken so auszugestalten, dass auch in Zukunft eine flächendeckende Versorgung im Rahmen der Trägervielfalt sicher gestellt ist.

Ein besonderer Appell richtet sich an die Landespolitik in Berlin und Brandenburg. Diakonische Krankenhäuser unterstützen die Aktivitäten zur Weiterentwicklung einer gesicherten flächendeckenden Versorgung. Hierzu bedarf es auch investiver Mittel. Diese Mittel im ausreichenden Maß zur Verfügung zu stellen, bleibt eine Aufgabe der Län-

Roy J. Noack

Vorstandsvorsitzender

der und eine Herausforderung für die Zukunft.

Ein spannendes Berichtsjahr geht zu Ende. Der VEKP lädt alle Interessierten ein, sich mit dem nachfolgenden Bericht ein Bild von den Aktivitäten des VEKP und seiner Mitglieder zu verschaffen.

Detlef Albrecht

geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Inhalt

1.	Organisation des VEKP	7
1.1	Mitglieder und Mitgliederversammlung	7
1.2	Vorstand	8
1.3	Geschäftsführung und Geschäftsstelle	8
1.4	Vertretung der Geschäftsstelle in Gremien und Institutionen	8
1.4.1	Vertretung in Gremien Berlin	8
1.4.2	Vertretung in Gremien Brandenburg	9
1.4.3	Weitere Gremien	9
1.5	Gremien innerhalb des DWBO e.V.	9
1.6	Ständige interne Beratungsgremien des VEKP	9
2.	Gesetzgeberische Aktivitäten	10
3.	Übergreifende Gremienarbeit	13
3.1	Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg	13
3.2	Gemeinsame Landesgremien gemäß § 90a SGB V	13
3.3	Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden.	14
3.4	Landespflegeausschuss	14
4.	DRG-Systementwicklung	15
5.	Vergütung von Krankenhausleistungen	16
5.1	Landesbasisfallwerte Berlin und Brandenburg	16
5.2	Schiedsstellenverfahren	17
5.3	Budget- und Entgeltverhandlungen 2015 bis 2017.	17
6.	Daten- und Benchmarkprojekte des VEKP	21
6.1	DRG-Benchmark	22
6.2	Trägerverbandsübergreifende AG „Sonstige Entgelte“	24
6.3	Trägerverbandsübergreifende AG „Einführung PEPP-Entgeltsystem“	24
7.	Entwicklung der ev. Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg in den Jahren 2012 bis 2016	25
8.	Krankenhausplanung Berlin und Brandenburg	28
9.	Krankenhausinvestitionsfinanzierung Berlin und Brandenburg	30
10.	Ambulante Versorgung im und am Krankenhaus.	31

11.	Rechts- und Vertragsangelegenheiten	32
11.1	Entlassmanagement	32
11.2	Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) gemäß § 17c Abs.2 KHG	33
11.3	Rechtsprechung	33
11.4	Qualitätsverträge nach § 110a SGB V	34
11.5	Notfallversorgung im Krankenhaus	35
11.6	Datenschutz im Krankenhaus	36
11.7	Anti-Korruptionsgesetz	36
12.	Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus	37
13.	Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI vollstationäre Pflege in Berlin	38
14.	Vergütungsregelungen in stationären Pflegeeinrichtungen 2017–2019	39
15.	Beratung stationärer Pflegeeinrichtungen	41
16.	Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation	45
17.	Seminare und Veranstaltungen 2016/2017 und 2017/2018	46
18.	Entwicklung der Berufe im Gesundheitswesen	48
19.	Öffentlichkeitsarbeit	49
19.1	Internetauftritt VEKP	49
19.2	Öffentliche Stellungnahmen	49
19.3	Öffentliche Veranstaltungen evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg	50
20.	Förderung komplementärer Strukturen	51
20.1	Hospizarbeit	51
20.2	Deutschlandstipendium	51
20.3	Dienstgeberverband (dgv)	51
	Anhang: Geschäftsordnung	53

1. Organisation des VEKP

1.1 Mitglieder und Mitgliederversammlung

- ▶ Agaplesion Bethanien Diakonie gemeinnützige GmbH
- ▶ Die Heilsarmee Sozialwerk GmbH
- ▶ Evangelischer Diakonieverein Berlin-Zehlendorf e. V.
- ▶ Ev. Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin (Stiftung bürgerlichen Rechts)
- ▶ Ev. Elisabeth Klinik Krankenhausbetriebs gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Geriatriezentrum Berlin gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Johannesstift Altenhilfe gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Johannesstift Wichernkrankenhaus gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Krankenhaus „Gottesfriede“ gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Krankenhaus Hubertus Krankenhausbetriebs gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Krankenhaus Luckau gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Lungenklinik Berlin Krankenhausbetriebs gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Pflegewohnheim Schönow gemeinnützige GmbH
- ▶ Ev. Waldkrankenhaus Spandau Krankenhausbetriebs gemeinnützige GmbH
- ▶ Gemeindepsychiatrischer Verbund und Altenhilfe GPVA gemeinnützige GmbH
- ▶ Hoffnungstaler Stiftung Lobetal
- ▶ Immanuel-Krankenhaus GmbH
- ▶ Immanuel-Miteinander Leben GmbH
- ▶ Johanniter-Krankenhaus im Fläming Treuenbrietzen GmbH
- ▶ Klinik-Betriebsgesellschaft Am Weinberg gemeinnützige GmbH
- ▶ Krankenhaus Bernau GmbH
- ▶ Krankenhaus Bethel Berlin gemeinnützige GmbH
- ▶ Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH
- ▶ Lutherstift gemeinnützige GmbH
- ▶ Martin-Luther-Krankenhausbetrieb GmbH
- ▶ Naëmi-Wilke-Stift Guben
- ▶ Oberlinklinik gemeinnützige GmbH
- ▶ Paul Gerhardt Diakonie e. V., Berlin und Wittenberg
- ▶ Paul-Gerhardt-Stift Pflege gemeinnützige GmbH
- ▶ Theodor-Wenzel-Werk e. V.
- ▶ Verein Krankenhaus Waldfriede e. V.

1.2 Vorstand

- ▶ Detlef Albrecht (Geschäftsführer)
- ▶ Dr. Karsten Bittigau
- ▶ Gottfried Hain
- ▶ Michael Mielke
- ▶ Andreas Mörsberger
- ▶ Roy J. Noack (Vorsitzender)
- ▶ Brigitte Scharmach
- ▶ Ronald Wehner
- ▶ Wilfried Wesemann

1.3 Geschäftsführung und Geschäftsstelle

- ▶ Detlef Albrecht (Geschäftsführer)
- ▶ Frank Hapke (stellv. Geschäftsführer/Justiziar/Referat Rechts- und Vertragsangelegenheiten)
- ▶ Andreas Tietze (Referat Entgelt- und Budgetangelegenheiten, Statistik)
- ▶ Astrid Paul (Referat Pflegeversicherung und Seminare)
- ▶ Dima Georgieva (Sekretariat/Sachbearbeitung)
- ▶ Beate Wegner (Sekretariat/Sachbearbeitung)

1.4 Vertretung der Geschäftsstelle in Gremien und Institutionen

1.4.1 Vertretung in Gremien Berlin

- ▶ BKG-Vorstand (Albrecht)
- ▶ BKG-Kommission Verträge gem. §§ 112, 115 SGB V (Albrecht, Hapke)
- ▶ BKG-Pflegesatzausschuss (Albrecht, Tietze)
- ▶ BKG-Fachausschuss Pflegeeinrichtungen (Albrecht (Vorsitz), Paul)
- ▶ Lenkungsausschuss Qualitätssicherung (Albrecht)
- ▶ Fachausschuss Krankenhausplanung Berlin (Albrecht)
- ▶ Arbeitsgruppen des Fachausschusses Krankenhausplanung Berlin (Albrecht)
- ▶ Schiedsstelle Berlin nach § 18a KHG (Albrecht)
- ▶ Schiedsstelle Berlin nach §§ 114 und 115 SGB V (Albrecht)
- ▶ Expertenkreis Handlungsfeld „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg (Albrecht)
- ▶ Erweiterter Landesausschuss Berlin, § 116b SGB V (Albrecht)
- ▶ Landespflegeausschuss Berlin (Albrecht)
- ▶ LIGA-Fachausschuss „Stationäre Altenpflege“ Berlin (Paul)

1.4.2 Vertretung in Gremien Brandenburg

- ▶ LKB-Vorstand (Albrecht (stv. Vorstandsvorsitzender), Hapke)
- ▶ LKB-Planungsausschuss (Albrecht, Hapke)
- ▶ LKB-Finanzierungsausschuss (Albrecht)
- ▶ LKB-Arbeitsgruppe Verträge (Hapke)
- ▶ Landeskonzferenz für Krankenhausplanung gemäß § 13 BbgKHEG (Albrecht)
- ▶ Arbeitsgruppe stationäre Versorgung der Landeskonzferenz Brandenburg (Albrecht)
- ▶ Schiedsstelle Brandenburg nach § 18a KHG (Albrecht, Tietze)
- ▶ Schiedsstelle Brandenburg nach §§ 114 und 115 SGB V (Albrecht)
- ▶ Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V Brandenburg (Albrecht)
- ▶ Erweiterter Landesausschuss Brandenburg, § 116b SGB V (Hapke)

1.4.3 Weitere Gremien

- ▶ DKG FA für Personalwesen und Krankenhausorganisation (Albrecht)
- ▶ DEKV-Delegiertenversammlung (Albrecht)
- ▶ DEKV Vorstandsreferat Politik, Recht und Ökonomie (Albrecht (Vorsitz))

1.5 Gremien innerhalb des DWBO e.V.

- ▶ Leitungskonferenz des DWBO (Albrecht)
- ▶ AG Juristinnen/Juristen im DWBO (Hapke)

1.6 Ständige interne Beratungsgremien des VEKP

- ▶ Sitzungen der Geschäftsführungen der Krankenhäuser Berlin
- ▶ Sitzungen der Geschäftsführungen der Krankenhäuser Brandenburg
- ▶ Heimleitungs- und Geschäftsführungsrunden stationärer Pflegeeinrichtungen
- ▶ Bündnis für Qualität
- ▶ Netzwerk Pflegedokumentation
- ▶ AG Seminare

2. Gesetzgeberische Aktivitäten

Im Berichtszeitraum wurden wichtige Gesetzesänderungen für die Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen beschlossen. Ein besonderes Merkmal der Gesetzgebung war, dass eine Vielzahl bedeutsamer Neuregelungen, insbesondere für den Kran-

kenhausbereich, als „Anhänger“ zu Gesetzen mit anderen Schwerpunkten erlassen wurde. Dies zeigt auch, mit welcher Intensität und unter welchem Zeitdruck die Diskussionen auf Bundesebene stattfanden. Im Einzelnen traten im Berichtszeitraum in Kraft:

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Das PsychVVG trat am 1. Januar 2017 in Kraft und nahm eine Neuausrichtung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vor. Die optionale Einführung des neuen Vergütungssystems wurde um ein weiteres Jahr (2017) verlängert.

Leistungserbringung sind auf Bundesebene zu regeln. Nach der Regelung zur Leistungsbeschreibung im April 2017 wurde im August 2017 eine Vereinbarung zu den Qualitätsanforderungen und zur Dokumentation geschlossen.

Für alle Krankenhäuser verpflichtend ist das pauschalierende Entgeltsystem in den Jahren 2018 und 2019 budgetneutral umzusetzen. Zusätzlich regelt das PsychVVG neue Nachweispflichten zur Personalausstattung und die Möglichkeit zur Nachverhandlung von Psych-PV-Stellen. Auch nimmt das PsychVVG eine Stärkung der Budgetverhandlungen vor Ort vor und ersetzt das ursprünglich geplante Preissystem durch ein Budgetsystem.

Neben den Regelungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung nahm das PsychVVG auch Anpassungen der gesetzlichen Regelungen für die somatische Versorgung vor. So legt das Gesetz für den Fixkostendegressionsabschlag in den Einführungsjahren 2017 und 2018 eine Abschlagshöhe von 35 % fest; eine Anpassung der Abschlagshöhe auf bis zu 50 % ist möglich. Ab dem Jahr 2019 ist die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbaren. Weitere Änderungen betreffen die Regelungen für psychosomatische Institutsambulanzen, die Finanzierung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie die Leistungsdokumentation in den psychiatrischen Institutsambulanzen ab 1. Januar 2018.

Gleichzeitig eröffnet das PsychVVG für psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung die Möglichkeit, die Behandlung von Patientinnen und Patienten stationsäquivalent im häuslichen Umfeld zu erbringen. Die Rahmenbedingungen der

Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

Von besonderer Bedeutung für die Krankenhäuser sind die mit dem Gesetz vorgenommenen Neuregelungen zum Entlassmanagement, zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, zu den MDK-Qualitätskontrollen sowie zur aufschiebenden Wirkung von Klagen des G-BA und des Bewertungsausschusses gegen Aufsichts-

maßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums.

Das Gesetz ist gleichzeitig auch „Omnibus“ für Änderungen im SGB XI. So wird die Pflicht der Pflegeeinrichtungen, die vereinbarte Personalausstattung im stationären Bereich und die Bezahlung des Pflegepersonals sicherzustellen, verschärft.

Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

Von besonderer Bedeutung für die Krankenhäuser ist die vom Gesetzgeber geplante Einführung verpflichtender Personaluntergrenzen in den pfle-

gesensitiven Krankenhausbereichen. Die Umsetzung der Vorgaben erfolgt im kommenden Berichtszeitraum.

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz-PSG II)

Obleich das PSG II bereits am 1. Januar 2016 in Kraft trat, entfalteten zentrale Regelungen ihre Wirkung erst zum 1. Januar 2017. Hierzu zählen insbesondere die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines

neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wurde der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte angehoben.

Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz-PSG III)

Zum 1. Januar 2017 ist das PSG III in Kraft getreten. Im Mittelpunkt des Gesetzes steht die Umsetzung der Empfehlung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Besonders hervorzuheben ist die im Gesetz vorgesehene Regelung von Abgrenzungsfragen zwischen den Leistungen der

Eingliederungshilfe und den Leistungen der Pflegeversicherung. Neben diesen Regelungen wurde der gesetzlichen Pflegeversicherung ein systematisches Prüfrecht eingeräumt, um Abrechnungsbetrug in der Pflege zu verhindern. Dieses Prüfrecht betrifft insbesondere die ambulanten Dienste.

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz-PfBRefG)

Im Juli 2017 wurde das PfBRefG im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Das Gesetz tritt stufenweise in Kraft. Der erste Ausbildungsjahrgang nach neuem Recht soll 2020 beginnen. Sowohl die Pflegeschulen als auch die Ausbildungsbetriebe werden sich auf

die neue Ausbildung einzustellen haben. Ungeklärt sind bislang Fragen der Finanzierung und der Ausbildungsinhalte. Insofern bleibt der VEKP bei seiner kritischen Bewertung der Neuregelung der Pflegeberufe.

Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Mit dem sog. Antikorruptionsgesetz wurden für die Heilberufe im Strafgesetzbuch die Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen verankert.

Für die Mitgliedseinrichtungen wesentlich ist die Abgrenzung angemessener Honorare für Leistungen im Rahmen erwünschter Kooperationen von unangemessenen Vergütungen.

Gesetz zur Änderung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes und anderer Gesetze (AÜG)

Nach langem koalitionsinternem Ringen ist die Novellierung des AÜG nach letzten Beratungen des Bundestages am 4. November 2016 verabschiedet worden. Die Änderungen zur Definition und den Voraussetzun-

gen der Arbeitnehmerüberlassung, zur Höchstüberlassungsdauer und zu den Offenlegungspflichten bei Überlassungsverträgen, sind mit Wirkung zum 1. April 2017 in Kraft getreten.

3. Übergreifende Gremienarbeit

3.1 Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg

Der VEKP wirkte auch im Berichtszeitraum im Handlungsfeld 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ des Clusters Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg mit. Neben der Teilnahme an den regelmäßigen Handlungsfeld-Workshops fand am 30. November 2016 eine „Zukunftswerkstatt innova-

tive Versorgung“ zum Thema „Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche“ unter Beteiligung der Immanuel Klinik Rüdersdorf statt. Für Oktober 2017 ist eine Veranstaltung „Innovative Versorgungsansätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ geplant.

3.2 Gemeinsame Landesgremien gemäß § 90a SGB V

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde in den Bundesländern durch § 90a SGB V die Möglichkeit eröffnet, ein gemeinsames Landesgremium zu bilden, das Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen sowie Stellungnahmen abgeben kann.

Aufbauend auf seinem Beschluss vom Oktober 2015 zur gesundheitlichen Versorgung von alten Menschen und/oder von Menschen mit Behinderung legte das gemeinsame Landesgremium Berlin ein Diskussionspapier zur Analyse der Ist-Situation hinsichtlich der Barrierefreiheit im Berliner Gesundheitswesen vor. In die Darstellung aufgenommen ist eine situationsbezogene Beschreibung der Angebote barrierefreier Leistungserbringung in ambulanten Praxen, in Pflegestützpunkten und in Krankenhäusern. Die Analyse bestätigt, dass die Vorgaben zur Barrierefreiheit in Krankenhäusern nach Maßgabe des gesetzlichen Rahmens eingehalten

und von den Krankenhäusern umgesetzt werden. Infolge der älter werdenden Bevölkerung und sich ändernder Versorgungsnotwendigkeiten werden von den Krankenhäusern ergänzende freiwillige Maßnahmen zur Herstellung einer Barrierefreiheit umgesetzt.

Im Landesgremium nach § 90a SGB V für das Land Brandenburg bildete das Thema „Notfallversorgung“ einen Arbeitsschwerpunkt. Verabschiedet wurde ein diesbezügliches Forschungsprojekt. Das Projekt des Landes Brandenburg zur „Notfall- und Akutversorgung Brandenburg – Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung im Land Brandenburg“ ist in die Projektförderung des Innovationsfonds einbezogen worden.

Der VEKP war über die Landeskrankenhausgesellschaften als Mitglied in beiden Landesgremien an deren Arbeit beteiligt.

3.3 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Der VEKP und seine Mitglieder setzten auch im Berichtsjahr in Berlin und Brandenburg ihre Aktivitäten zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden, etwa durch die Übernahme und ärztliche Betreuung sogenannter MedPunkte zur medizinischen Versorgung, fort. Durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wurde das Verfahren erheblich erleichtert. Die im Land Berlin vor Einführung der elektronischen Gesund-

heitskarte auch bei Mitgliedskrankenhäusern aufgelaufenen Rückstände, auf die der VEKP die Verantwortlichen im Land wiederholt hinwies und für deren Abbau er sich einsetzte, konnten bislang nicht abgebaut werden.

Aktuell beteiligt sich der VEKP im Kontext der Diakonie an der Erarbeitung eines Berliner Gesamtkonzeptes zur Integration und Partizipation von Geflüchteten.

3.4 Landespflegeausschuss

Zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ist in jedem Bundesland ein Landespflegeausschuss zu bilden. In diesen Landespflegeausschüssen sind sämtliche an der Pflege beteiligten Institutionen vertreten.

In Berlin werden die Mitglieder und ihre Stellvertreter/innen für die Dauer der Legislaturperiode des Berliner Abgeordnetenhauses bestellt. Am 15. Mai 2017 fand die konstituierende Sitzung des Landespflegeausschusses für

die laufende Legislaturperiode statt. Zum Vorsitzenden wurde erneut Herr Matz (DWBO) gewählt.

Der VEKP nimmt als Vertreter für die BKG an den Sitzungen teil. Der Landespflegeausschuss beschloss auf seiner konstituierenden Sitzung mit Unterstützung des VEKP den Beteiligten zu empfehlen, ein Umlageverfahren für die Erstattung der Ausbildungskosten in der Pflegeausbildung einzuführen.

4. DRG-Systementwicklung

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) nahm verschiedene Regelungen in § 17b KHG auf, die eine deutliche Veränderung in der DRG-Systementwicklung ab dem Jahr 2017 (Systemwechsel 2016 nach 2017) zur Folge haben.

Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sind die Bewertungsrelationen für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder, in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen, abgestuft vorzugeben (bisherige „Kann-Regelung“ nach § 17b Abs. 1 Satz 11 KHG a. F.). Nach § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG sind zur Vermeidung möglicher Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkostenanteilen geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütungen zu ergreifen.

Beide rechtlichen Vorgaben wurden auf der Grundlage eines vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellten und von der Selbstverwaltung auf Bundesebene konsentierten Konzepts erstmals für das DRG-System 2017 umgesetzt. Die Umsetzung entzog dem System insgesamt keine Finanzmittel. Vielmehr erfolgte eine Umverteilung.

Im Ergebnis führt die geänderte Kalkulationssystematik im Wechsel zwi-

schen den DRG-Systemen 2016 und 2017 bei vielen Krankenhäusern zu vergleichsweise großen Katalogeffekten. Dies zeigt sich auch bei den Mitgliedskrankenhäusern des VEKP, wenngleich in einer Gesamtbetrachtung über alle Mitgliedskrankenhäuser der Katalogeffekt nahezu Null ist. Mit diesen Eingriffen in die Kalkulation wurde die bisher geltende Regelung, dass die Relativgewichte die der Kalkulation zugrundeliegenden Kosten einer DRG widerspiegeln, aufgegeben.

Eine weitere Änderung durch das KHSG wird sich erstmals in der DRG-Systementwicklung für das Jahr 2018 bemerkbar machen. Nach § 17b Abs. 3 Satz 6 und 7 KHG können nunmehr auf der Grundlage eines vom InEK entwickelten Vorschlags und eines von der Selbstverwaltung auf Bundesebene vereinbarten Konzepts Krankenhäuser zur Kalkulationsteilnahme verpflichtet werden. Ziel ist eine Verbesserung der Kalkulationsstichprobe durch eine Verbesserung der Repräsentativität. Am 31. Oktober 2016 wurden auf dieser Grundlage in einer ersten Ziehung nach dem Zufallsprinzip insgesamt 40 Krankenhäuser in privater bzw. freigemeinnütziger Trägerschaft bundesweit gezogen, die zu einer Kalkulationsteilnahme für die Datenjahre 2016 bis 2020 verpflichtet werden sollen. Aus dem Mitgliederbereich des VEKP wurde hierbei ein Krankenhaus gezogen.

5. Vergütung von Krankenhausleistungen

5.1 Landesbasisfallwerte Berlin und Brandenburg

DGemäß § 10 KHEntgG vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen jährlich einen Landesbasisfallwert. Mit den Neuregelungen des KHSG sind erstmals für den Landesbasisfallwert 2017 gestiegene Leistungszahlen in den Verhandlungen nicht mehr absenkend zu berücksichtigen. Die Verhandlungen waren somit geprägt von der Frage, welche Personal- und Sachkostenentwicklungen für das Jahr 2017 plausibel dargelegt werden konnten und somit eine Überschreitung der unteren Bundesbasisfallwertkorridorlinie ermöglichen. Der VEKP war in den Verhandlungskommissionen beider Landeskrankenhausgesellschaften vertreten.

Für beide Bundesländer wurde ein Landesbasisfallwert oberhalb der unteren Basisfallwertkorridorlinie i. H. v. 3.341,67 € vereinbart. Der Landesbasisfallwert 2017 im Land

Berlin beträgt 3.350,91 €, im Land Brandenburg 3.347,67 €. Ausgleiche und Berichtigungen des Landesbasisfallwertes 2017 sind weder in Berlin noch in Brandenburg vorgesehen. Für die den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2018 als Ausgangsbasis zugrundeliegenden Casemixpunkte wurde in beiden Bundesländern eine Korridorlösung rund um die für 2017 verständigten Leistungsvolumen vereinbart. Ferner wurde im Land Brandenburg vereinbart, dass ein um 5 € abgesenkter Wert von 3.342,67 € Ausgangsgröße für die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2018 ist. Beide Landesbasisfallwerte wurden zum 1. Februar 2017 genehmigt.

Eine zusammenfassende Darstellung der Landesbasisfallwerte für Berlin und Brandenburg für die Jahre 2015 bis 2017 kann der folgenden Tabelle entnommen werden.

Landesbasisfallwerte

	2015	2016	2017
Berlin	3.190,81 €	3.278,19 €	3.350,91 €
Brandenburg	3.190,81 €	3.278,19 €	3.347,67 €

5.2 Schiedsstellenverfahren

Im Berichtszeitraum fanden in Berlin und Brandenburg Schiedsstellenverfahren zu unterschiedlichen Fragestellungen statt. Der VEKP war in beiden Bundesländern an den Verfahren als Mitglied der Schiedsstelle beteiligt.

Zumeist finden Schiedsstellenverfahren nur zu einzelnen Fragestellungen auf der Grundlage einer Teileinigung bzw. Teilvereinbarung zu den übrigen Tatbeständen statt. Neben den stati-

onären Krankenhausbudgets sind jedoch zunehmend auch die sonstigen „Teilbereiche“, wie z. B. psychiatrische Institutsambulanzen oder sozialpädiatrische Zentren, Gegenstand von Schiedsstellenverfahren.

Die Schiedssprüche werden immer öfter aufgrund ihrer grundlegenden Bedeutung von der im Schiedsverfahren unterlegenen Partei beklagt.

5.3 Budget- und Entgeltverhandlungen 2015 bis 2017

Die Budget- und Entgeltverhandlungen fanden zumeist spät, innerhalb oder erst nach Ablauf des zu vereinbarenden Budgetjahres, statt. Im Ergebnis liegen für das Budgetjahr 2015 noch nicht sämtliche genehmigten Vereinbarungen vor. Bislang konnte erst für rd. 75 % der Mitgliedskrankenhäuser zumindest eine Einigung auf das Budget für das Jahr 2015 mit den Krankenkassen erzielt werden.

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung verfügen 60 % der Mitgliedskrankenhäuser über eine genehmigte Budgetvereinbarung oder eine Einigung mit den Krankenkassen für das Jahr 2016. Für das Jahr 2017 liegen erst wenige Einigungen bzw. Vereinbarungen im Mitgliedsbereich vor.

Der VEKP unterstützte seine Mitglieder in bewährter Manier bereits in der Vorbereitung auf die Budget- und Entgeltverhandlungen bei der Erstellung ihrer Forderungsunterlagen und zeigte verschiedene Strategien für die Verhandlungen auf.

Fragen zum Versorgungsauftrag nehmen in den Budgetverhandlungen nur noch sehr vereinzelt Raum ein. Eine eigenständige Leistungsverhandlung fand im Berichtszeitraum nicht statt. Fragen der Zugehörigkeit von Leistungen zum Versorgungsauftrag konnten somit entweder für beide Vertragsparteien zufriedenstellend in den Vorjahren geklärt werden, oder wurden von den Krankenkassen auf die Abrechnungsebene verlagert.

Budgetverhandlungen (Mengen und Preise; KHEntgG-Bereich)

Der Ablauf und die Schwerpunkte der Budgetverhandlungen sind im Vergleich zu den Vorjahren nahezu unverändert geblieben: Leistungsmenge (Casemix), eventuelle Mehrleistungsabschlüsse sowie – je nach Bedeutung im einzelnen Krankenhaus – hausindividuell zu vereinbarende Entgelte/Tagesklinikentgelte.

In den Verhandlungen ab dem Budgetjahr 2016 war darüber hinaus vereinzelt das Pflegestellenförderprogramm ein weiterer Schwerpunkt.

Aufgrund der zumeist erst spät unterjährig oder aber bereits nach Ablauf des zu vereinbarenden Zeitraums geführten Budgetverhandlungen beschränkten sich Leistungsmengenprognosen in der Regel auf eine Abschätzung der durch MDK-Prüfungen noch möglichen Veränderung der Casemixpunkte eines bereits erbrachten Leistungsgeschehens. Der durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) auf eine dreijährige Laufzeit verlängerte Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG für zusätzlich gegenüber dem jeweiligen Vorjahr im Erlösbudget vereinbarte Leistungen wirkte sich auf künftige Budgetvereinbarungen sehr unterschiedlich aus. Die vom Gesetzgeber nicht klar geregelte Vorgehensweise bei rückläufigen bzw. schwankenden Leistungsmengen mit Blick auf die Weitergeltung eines für das Vorjahr vereinbarten Mehrleistungsabschlags führte zunehmend zu Dissens in den Verhandlungen.

Die zur rückwirkenden Erstreckung der Regelung des Mehrleistungsabschlags auf die Budgetzeiträume 2013 und 2014 beim Bundesverfassungsgericht eingereichte Verfassungsbeschwerde, bei der auch ein Mitgliedskrankenhaus des VEKP als Beschwerdeführer auftrat, wurde zurückgewiesen. Somit steht den Krankenhäusern nur der Weg über die Schiedsstelle und danach ggf. durch die Verwaltungsgerichtsinstanzen offen, um gegen diese Regelung vorzugehen. Bundesweit wurde dieser Weg von einigen Häusern eingeschlagen.

Die Vereinbarung von NUB-Entgelten, aber auch einzelnen Leistungen aus dem durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalenkatalog, wurde von den Kostenträgern vielfach mit Verweis auf eine mangelnde Studienlage, das in § 12 SGB V normierte Gebot der Wirtschaftlichkeit und entsprechende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) abgelehnt. Im Ergebnis konnte dennoch vielfach mit dem Kenntnisstand aus der AG „Sonstige Entgelte“ (siehe 6.2) eine Vereinbarungslösung mit den Krankenkassen erzielt werden.

Die Regelungen zu den Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG sind im Land Berlin zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen weiterhin strittig. Zumindest für die Jahre bis 2015 zeichnet sich zur Beilegung

der bisherigen Schiedsstellenverfahren eine Finanzierung ab.

Erste Verhandlungen für das Jahr 2017 zeigen, dass die Vereinbarung des Pflegezuschlags nach § 8 Abs. 10 KHEntgG unproblematisch erfolgt. Mit Blick auf mögliche Fixkostendegres-

sionsabschläge ist beiden Vertragsparteien bewusst, dass eine exakte Bestimmung unter Wahrung der jeweiligen Positionen auf dem Verhandlungswege kaum möglich sein wird. Hier gilt es für beide Parteien pragmatische Lösungen für die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zu finden.

Verhandlungen nach den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Die Verhandlungen nach den Vorgaben der BPfIV waren maßgeblich geprägt durch die Einführung des neuen Psychiatrie-Entgeltsystems ab dem Jahr 2013 (optionale Einführung 2013 bis 2017; verpflichtende Einführung im Jahr 2018; besondere Einrichtungen verhandeln weiterhin nach der BPfIV in der bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Fassung). Bis zum Budgetjahr 2015 wurde nur von einem Mitgliedskrankenhaus das neue Entgeltsystem optional eingeführt. Für das Jahr 2016 erklärten vier weitere Mitgliedskrankenhäuser den optionalen Umstieg gegenüber den Krankenkassen. In den Verhandlungen nach dem neuen Entgeltsystem konnten die im Rahmen der Optionsphase geltende Obergrenze in Höhe des doppelten Veränderungswertes in die Verhandlungen eingebracht und Budgetsteigerungen oberhalb des

einfachen Veränderungswertes realisiert werden.

Mit dem PsychVVG wurden die unterschiedlichen Finanzierungssysteme für psychiatrische und psychosomatische Fachabteilungen/Fachkrankenhäuser wieder zu einem Budgetsystem. Insofern bleibt es bei einem zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene für das jeweilige Krankenhaus zu vereinbarenden und durch den Veränderungswert gedeckelten Budget. Dies veranlasste den Verband, seine Mitglieder dahingehend zu beraten, eine möglichst vollständige Ausschöpfung der rechtlich möglichen Budgetsteigerungen mit den Krankenkassen durchzusetzen und hierbei insbesondere auf die gut darstellbare Situation im Bereich der Personalkosten in Verbindung mit den Regelungen der AVR DWBO abzustellen.

Vereinbarung der hausindividuellen Ausbildungsbudgets

NaNach § 17a Abs. 1 KHG sind die Kosten der Ausbildungsstätten, der Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung, zu finanzieren. Die Verhandlungen zu den

Ausbildungsbudgets wurden im Berichtszeitraum vor allem mit Blick auf die Kosten je Ausbildungsplatz zusehends intensiver geführt. Der Verband begleitete die Mitgliedskrankenhäuser in den Verhandlungen auch mit Verweis auf die rechtlichen Besonderhei-

ten des § 17a KHG bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets.

Nach Abschluss der Verhandlungen unterstützte der VEKP die Mitglieds-

krankenhäuser bei der Erstellung und Abstimmung der Vereinbarungstexte sowie bei (in Einzelpunkten) gescheiterten Verhandlungen in den darauf folgenden Schiedsstellenverfahren.

Ausblick und Bewertung der weiteren Entwicklung der Budgetrunden 2015 bis 2017

In den aktuellen Budgetverhandlungen zeigt sich weiterhin die möglichst passgenaue Vereinbarung der Leistungsmengen als große Herausforderung für die Krankenhäuser. Die Verhandlungen finden meist retrospektiv statt. Damit minimiert sich für beide Seiten das Risiko von Fehlschätzungen. Neben den zentralen Eckpunkten der Budget- und Entgeltverhandlungen ist die strategische Bedeutung der weiteren Verhandlungstatbestände sowie der sonstigen Rahmenbedingungen der Budgetvereinbarung gewachsen. Bei den Budget- und Entgeltverhandlungen werden diese Aspekte in eine verbandliche Bewertung der Verhandlungs- bzw. Ver-

einbarungsangebote einbezogen und Handlungsoptionen aufgezeigt.

Zur Unterstützung der Krankenhäuser bei der Vorbereitung und Durchführung der Budget- und Entgeltverhandlungen führte der VEKP sein Benchmark auf der Grundlage der Ist-Leistungsdaten der Krankenhäuser des Jahres 2016 fort. Das Benchmark ermöglicht es den Krankenhäusern, u. a. ihre eigene Leistungsentwicklung im Vergleich zu anderen Krankenhäusern besser einzuschätzen und kann darüber hinaus für vielfältige Fragestellungen im Kontext der Budgetverhandlung zur ergänzenden Unterstützung herangezogen werden.

6. Daten- und Benchmarkprojekte des VEKP

Das DRG-System führt sowohl im Krankenhaus als auch bei den zuständigen Kostenträgern und Landesbehörden zu einer hohen Transparenz des Leistungsgeschehens, was von allen Beteiligten zur Steuerung und Weiterentwicklung bestehender Strukturen genutzt wird. Die sich zunehmend verbessernde Datenbasis auf Seiten der Kostenträger und der Landesbehörden führte bei den Mitgliedskrankenhäusern in Berlin und Brandenburg zu dem Entschluss, die verbandlichen Strukturen zu nutzen und ein eigenständiges, länderübergreifendes DRG-Benchmark (hierzu 6.1) auf der Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG aufzubauen.

Als weitere Unterstützung für die Krankenhäuser bei der Vorbereitung und Durchführung ihrer Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern wird die trägerverbandsübergreifende Arbeitsgruppe „Sonstige Entgelte“ (hierzu 6.2) durch die Geschäftsstelle des VEKP koordiniert.

Das Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntgG) schuf die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Einführung eines neuen Entgeltsystems für die Bereiche der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik. Das neue Psychiatrie-Entgeltsystem wird auch in diesem Bereich zu einer deutlichen Erhöhung der Leistungstransparenz, sowohl im Krankenhaus, als auch bei den Kostenträgern und den Landesbehörden, führen.

Das PsychVVG veränderte die Rahmenbedingungen für das Psychiatrie-Entgeltsystem grundlegend. Vielfach ist die konkrete Ausgestaltung noch nicht klar erkennbar, da diese zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren ist. Vor diesem Hintergrund setzte der VEKP sein bislang auf der Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG erstelltes PEPP-Benchmark für die Mitgliedskrankenhäuser mit psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilungen vorübergehend aus. Das PEPP-Benchmark soll fortgeführt werden, wenn erkennbar ist, welche Auswertungen und Kennzahlen für die Mitgliedskrankenhäuser tatsächlich von Bedeutung sind.

Die ebenfalls durch die VEKP-Geschäftsstelle koordinierte, trägerverbandsübergreifende Arbeitsgruppe „Einführung PEPP-Entgeltsystem“ (hierzu 6.3) bietet den Krankenhäusern die Möglichkeit, sich über Fragen und Probleme im Kontext der Einführung des neuen Entgeltsystems auszutauschen.

Die von allen Mitgliedskrankenhäusern zur Verfügung gestellten Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG stärken den VEKP zugleich in seiner Analysefähigkeit bezogen auf krankenhaushausplanerische Fragestellungen sowie bei den Beratungen in den Landesgremien zur Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen.

6.1 DRG-Benchmark

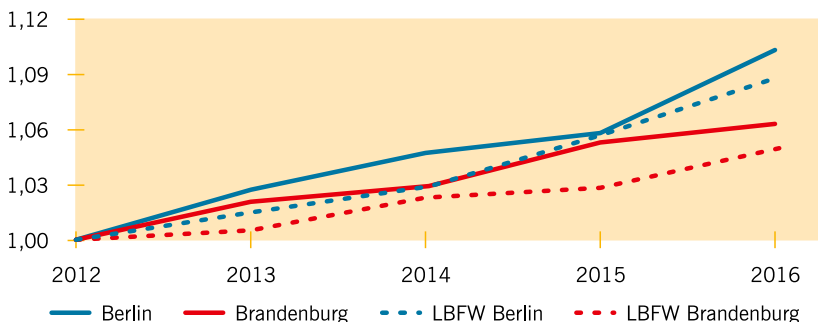
Das DRG-Benchmark wurde in seinen Auswertungen gegenüber dem Vorjahr für das Datenjahr 2016 nicht verändert. Wie in den Vorjahren liegt der Fokus bei der Weiterentwicklung des Benchmarks auf dem Bereich der Auswertung von Qualitätsindikatoren. Somit ist auch die sich anbahnende Entwicklung im Benchmark abgebildet.

Aus dem Kreis der 24 Mitgliedskrankenhäuser (teilweise mit mehreren Standorten) im Jahr 2016 mit somatischen Fachabteilungen konnten Daten von 23 Krankenhäusern in die Benchmarkauswertungen einbezogen werden. Nicht einbezogen wurden Daten aus besonderen Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG. Ebenfalls keine Berücksichtigung in den Auswertungen fanden Fälle, die über einen Vertrag zur integrierten Versorgung abgerechnet wurden sowie Fälle, die über hausindividuelle Entgelte vergütet wurden.

Die Verbandsgeschäftsstelle stellte den Mitgliedskrankenhäusern die Ergebnisse des Benchmarkprojekts im Juni 2017 als Datenbank zur Verfügung. Die nachfolgenden Diagramme zeigen die Entwicklung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen (CM) sowie des effektiven Casemix-Indexes (CMI) vom Jahr 2012 zum Jahr 2016 in den Berliner und Brandenburger Mitgliedskrankenhäusern als Auszug aus den Ergebnissen des Benchmarks. Bei der Bewertung der dargestellten Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass diese Entwicklungen sich stets aus den technischen Effekten der DRG-Systementwicklung und den eigentlichen Leistungs- bzw. Leistungsstrukturveränderungen zusammensetzen.

Die für das Land Brandenburg ausgewiesenen Werte wurden um die Leistungszahlen eines 2013 aus dem Mitgliedsbereich des VEKP ausgedehnten Krankenhauses bereinigt.

Entwicklung des effektiven Casemix

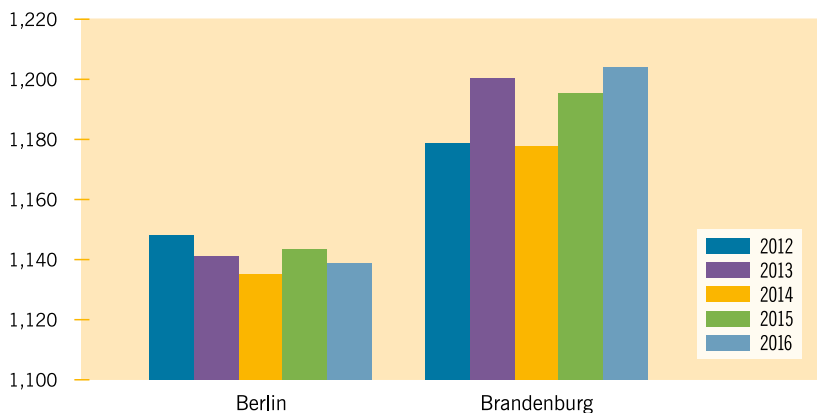


Die Casemix-Entwicklung der Mitgliedskrankenhäuser insgesamt stellt sich seit 2012 durchweg positiv dar. Dies darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die hausindividuellen Entwicklungen sehr heterogen sind. Im Betrachtungszeitraum 2012 bis 2016 konnte im Bereich der Berliner Mitgliedskrankenhäuser insgesamt ein Leistungsmengenzuwachs oberhalb des Landesdurchschnitts auf rd. 113.000 CM-Punkte verzeichnet werden. Auch im Bereich der Brandenburger Mitgliedskrankenhäuser ist ein gegenüber der Entwicklung

im Land überdurchschnittlicher Leistungsmengenzuwachs auf insgesamt rd. 83.000 CM-Punkte festzustellen. Die für diesen Vergleich herangezogenen Landeswerte stammen hierbei aus den im Landesbasisfallwert für die Jahre 2013 bis 2017 zu Grunde gelegten Leistungsmengen.

Eine Aussage zur Gesamtentwicklung der diakonischen Krankenhäuser kann aus der isolierten Betrachtung der Casemix-Entwicklung weder unter Leistungsaspekten noch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten abgeleitet werden.

Entwicklung des effektiven CMI



Die teils deutlichen Veränderungen in der mittleren Fallschwere (CMI) mit nahezu jährlich wechselnden Vorzeichen sind zumeist auf die Entwicklungen in einzelnen Häusern sowie unterschiedliche Schwerpunkte seitens des InEK in der Weiterentwicklung des DRG-Systems und damit bei den hausindividuellen Katalogeffekten zu-

rückzuführen. Exemplarisch zu benennen sind hierbei der Aufbau geriatrischer Kapazitäten, insbesondere im Land Brandenburg, infolge der Krankenhausplanung sowie eine deutliche Abwertung der Inneren Medizin im DRG-System 2014. Auch für das Jahr 2017 sind in Folge der Veränderungen in der Kalkulationssystematik

(siehe Kapitel 4) wieder größere Veränderungen beim CMI – zumindest

auf der Einzelhausebene – zu erwarten.

6.2 Trägerverbandsübergreifende AG „Sonstige Entgelte“

Die Ende 2013, u. a. auf Initiative aus dem Mitgliederbereich des VEKP, etablierte und durch die Verbandsgeschäftsstelle koordinierte, trägerverbandsübergreifende Arbeitsgruppe „Sonstige Entgelte“ ist im Berichtszeitraum zu zwei weiteren Sitzungen zusammengetroffen. Insgesamt beteiligen sich rd. 40 Krankenhäuser an der Arbeitsgruppe. Aus dem Mitgliederbereich des VEKP sind alle Krankenhäuser, die hausindividuelle Entgelte vereinbaren, an der Arbeitsgruppe beteiligt. Eine Fortführung der Arbeitsgruppe ist für September 2017 vorgesehen.

Die Arbeitsgruppensitzungen sind geprägt von einem transparenten Austausch zu Fragen der Kalkulation und Vereinbarung von hausindividuellen Entgelten nach § 6 KHEntgG. Von den Teilnehmern wird diese Plattform darüber hinaus auch zum Austausch über aktuelle Fragestellungen rund um die Budget- und Entgeltverhandlungen genutzt. Auch die Budgetverhandlungen werden durch die hergestellte Transparenz positiv beeinflusst. Kurzfristig notwendige Informationen zu den „Rahmenbedingungen“ der vereinbarten Entgelte in anderen Teilnehmerkranken-

häusern können eingeholt und die Verhandlungen zu den Entgelten mit den Kostenträgern auf einer sachlicheren Ebene geführt werden.

Die Verbandsgeschäftsstelle stellte den Teilnehmern im Berichtszeitraum zweimal aktualisierte Aufstellungen mit den von den teilnehmenden Krankenhäusern vereinbarten hausindividuellen Entgelten zur Verfügung und beantwortete darüber hinaus verschiedene Einzelanfragen zu Vergleichsentgelten. Auch die im Rahmen einer Unterarbeitsgruppe im Jahr 2016 erstellten Muster-Kalkulationstabellen für hausindividuelle DRGs sind für das DRG-System 2017 angepasst und den Teilnehmern zur Verfügung gestellt worden.

Aus dem Teilnehmerkreis der Arbeitsgruppe wurde angeregt, sich auch zu den Eckdaten der Ausbildungsbudgets auszutauschen. Die Verbandsgeschäftsstelle entwarf hierzu in Abstimmung mit den Teilnehmern eine Erhebungstabelle. Eine erste Übersicht mit den Ergebnissen dieser Erhebung konnte den insgesamt rd. 30 sich an diesem Austausch beteiligenden Krankenhäusern im April 2017 zur Verfügung gestellt werden.

6.3 Trägerverbandsübergreifende AG „Einführung PEPP-Entgeltsystem“

Die aus der Arbeitsgruppe „Sonstige Entgelte“ hervorgegangene Arbeits-

gruppe „Einführung PEPP-Entgeltsystem“ wird ebenfalls durch die Ge-

schäftsstelle des VEKP koordiniert und kam im Berichtszeitraum zu drei Sitzungen zusammen. Eine Fortführung der Arbeitsgruppe fand im September 2017 statt.

Neben dem transparenten Austausch über Fragen und Probleme im Zusammenhang mit der bis 2017 optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems wurde aus dem Teilnehmerkreis ein Austausch von Kennzahlen ange-regt. Aufgrund der geringen Anzahl an PEPP-Umsteigern sowie der aktuell noch vielen Veränderungen im PEPP-Entgeltsystem ist ein Austausch von Kennzahlen bzw. Vereinbarungswerten für hausindividuelle Entgelte derzeit allerdings nicht möglich.

Ein Schwerpunkt der Arbeitsgruppensitzungen im Berichtszeitraum waren die Neuregelungen des PsychVVG. Großen Raum nahm dabei die Befassung mit den Nachweispflichten für Psych-PV-Personal sowie die Nachverhandlungsmöglichkeiten für nicht besetzte Psych-PV-Stellen ein. Die mit dem PsychVVG nochmals bedeutender gewordene Personalermittlung nach der Psych-PV veranlasste den Teilnehmerkreis dazu, sich über die der Psych-PV-Berechnung zugrunde liegenden Parameter auszutauschen. Die Verbandsgeschäftsstelle nahm eine entsprechende Datenerhebung vor, an der sich 11 Krankenhäuser beteiligten. Diesen Krankenhäusern konnte im August 2017 eine erste Übersicht zur Verfügung gestellt werden.

7. Entwicklung der ev. Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg in den Jahren 2012 bis 2016

Mit der Initiierung des Benchmarkverfahrens stellten die Mitgliedskrankenhäuser dem VEKP ihre (Ist-)Leistungsdaten gemäß § 21 KHEntgG zur Verfügung. Diese Leistungsdaten enthalten ab dem Jahr 2009 auch die Leistungen, die der BpflV unterliegen, und bilden somit das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern vollständig ab. Auf dieser Grundlage kann das Leistungsgeschehen in den diakonischen Krankenhäusern in Berlin und Brandenburg differenziert analysiert werden.

Die nachfolgenden Tabellen geben eine detaillierte Übersicht über die Kennzahlen „vollstationäre Fallzahl“, „Verweil-

dauer“, „Alter der behandelten Patientinnen und Patienten“ sowie „mittlere Anzahl der kodierten Nebendiagnosen“. In die Darstellung sind alle vollstationären Fälle der diakonischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg der Jahre 2012 bis 2016 eingeflossen (Ist-Leistungen). Zur besseren Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Entgeltbereichen sowie in der Zeitreihenbetrachtung wurden Regelungen der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPPV) (z. B. Berechnungstage vs. Verweildauer) nicht berücksichtigt. Eine Darstellung der für den KHEntgG-Bereich

relevanten Kennzahlen „Casemix“ und „Casemix-Index“ findet sich im Kapitel 6.1 (DRG-Benchmark/Benchmarkprojekte des VEKP).

Die für das Land Brandenburg ausgewiesenen Werte wurden um die Leistungszahlen des im Jahr 2013 aus dem Mitgliedsbereich des VEKP ausgeschiedenen Krankenhauses bereinigt.

Die positive Fallzahlentwicklung setzte sich insgesamt auch im Jahr 2016 fort. Der Fallzahlzuwachs gegenüber dem Vorjahr liegt mit +2,77 % über dem Durchschnitt der vergangenen Jahre. Im Bereich der BPfIV sind die Fallzahlen in den vergangenen Jahren nahezu unverändert. Der hohe Bettenauslastungsgrad lässt bei nahezu unverän-

derten Kapazitäten in diesem Bereich kaum Fallzahlentwicklungen zu.

Die Anzahl der verschlüsselten Nebendiagnosen je Fall ist seit dem Jahr 2012 kontinuierlich auf nunmehr im Mittel 6,58 angestiegen. Im Bereich der BPfIV kann diese Entwicklung auch auf die zunehmende Bedeutung der umfassenden Dokumentation der Leistungen mit Blick auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückgeführt werden.

Für beide Bundesländer schlägt sich für den KHEntgG-Bereich der in den diakonischen Krankenhäusern hohe Anteil geriatrischer Versorgung (jeweils rd. 35 % der Plankapazitäten der Geriatrie) in deutlich über dem jeweiligen

		VEKP Gesamt		
		KHEntgG	BPfIV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2012	158.154	10.046	168.200
	2013	161.322	10.189	171.511
	2014	165.417	10.560	175.977
	2015	166.275	10.315	176.590
	2016	170.929	10.553	181.482
Verweildauer	2012	8,07	23,45	8,99
	2013	7,91	23,44	8,83
	2014	7,73	22,81	8,63
	2015	7,76	24,00	8,71
	2016	7,65	23,84	8,60
Alter	2012	58,45	46,43	57,73
	2013	58,71	46,97	58,01
	2014	58,43	47,55	57,78
	2015	58,83	47,28	58,15
	2016	58,58	47,32	57,92
Nebendiagnosen	2012	6,09	2,62	5,88
	2013	6,36	2,67	6,14
	2014	6,54	2,96	6,33
	2015	6,67	3,02	6,45
	2016	6,79	3,07	6,58

		Berlin		
		KHEntgG	BPfIV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2012	90.209	7.612	97.821
	2013	93.289	7.708	100.997
	2014	95.675	8.068	103.743
	2015	96.032	8.130	104.162
	2016	100.617	8.431	109.048
Verweildauer	2012	8,20	24,24	9,45
	2013	7,99	24,25	9,23
	2014	7,74	23,40	8,96
	2015	7,75	24,05	9,02
	2016	7,55	23,53	8,78
Alter	2012	57,17	45,70	56,28
	2013	57,45	46,31	56,60
	2014	57,18	46,74	56,37
	2015	57,60	46,75	56,75
	2016	57,30	46,75	56,49
Nebendiagnosen	2012	5,67	2,74	5,45
	2013	5,91	2,64	5,66
	2014	6,22	2,80	5,95
	2015	6,32	2,94	6,05
	2016	6,42	3,01	6,16

		Brandenburg		
		KHEntgG	BPfIV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2012	67.945	2.434	70.379
	2013	68.033	2.481	70.514
	2014	69.742	2.492	72.234
	2015	70.243	2.185	72.428
	2016	70.312	2.122	72.434
Verweildauer	2012	7,91	20,98	8,36
	2013	7,80	20,95	8,26
	2014	7,71	20,89	8,17
	2015	7,78	23,79	8,27
	2016	7,80	25,10	8,31
Alter	2012	60,15	48,74	59,75
	2013	60,43	49,03	60,03
	2014	60,15	50,18	59,81
	2015	60,52	49,23	60,18
	2016	60,40	49,59	60,08
Nebendiagnosen	2012	6,65	2,25	6,50
	2013	6,98	2,76	6,83
	2014	7,00	3,48	6,87
	2015	7,15	3,32	7,03
	2016	7,32	3,30	7,20

Landesdurchschnitt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015: 6,6 Tage in Berlin bzw. 7,0 Tage in Brandenburg im KHEntgG-Bereich) liegenden Verweildauern nieder. Bestätigt wird dies darüber hinaus durch ein ebenfalls ge-

genüber dem jeweiligen Landesdurchschnitt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015: 55,5 Jahre in Berlin bzw. 58,2 Jahre in Brandenburg insgesamt) höher liegendes mittleres Alter der behandelten Patienten.

8. Krankenhausplanung Berlin und Brandenburg

Die Krankenhausplanung ist grundsätzlich Aufgabe der Länder. Das KHSG schuf allerdings auf Bundesebene die Voraussetzungen für einen bundeseinheitlichen Einstieg in eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung. Zukünftig soll der G-BA Qualitätsindikatoren beschließen, die als Grundlage für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung der Länder geeignet sind und Bestandteil der Krankenhauspläne werden. In einem ersten Schritt wurden die Leistungsbereiche Geburtshilfe, gynäkologische Operationen und Mammachirurgie ausgewählt. Durch Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Der VEKP setzte sich in den Diskussionen dafür ein, dass auch zukünftig die landesspezifischen Rahmenbedingungen bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden und die Verantwortung für die Organisation der medizinischen Versorgung in den jeweiligen Ländern wahrgenommen wird. Die Länder dürfen durch die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht aus ihrer Verantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung entlassen werden.

Im Berichtszeitraum fanden insgesamt drei Landeskonferenzen zur Krankenhausplanung in Brandenburg statt. Die Landeskonferenz wirkt an der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes mit. Mitglieder der Landeskonferenz sind alle am Planungsprozess beteiligten Institutionen. Der VEKP ist über die LKB eingebunden. Der Schwerpunkt der Einzelanträge im Berichtszeitraum bezog sich auf die Bereiche Psychiatrie und Geriatrie. Damit sind auch zentrale Handlungsfelder evangelischer Krankenhäuser berührt. Ergänzend zu diesen Einzelanträgen ist die Frage des Ausweises von Zentren im Land Brandenburg in die Diskussionen der Landeskonferenz aufgenommen worden. Der Brandenburger Krankenhausplan verzichtet aktuell auf den Ausweis von Zentren, obgleich schon heute in Brandenburger Kliniken besondere Aufgaben im Sinne der auf Bundesebene getroffenen Zentrumsvereinbarung erbracht werden. Die Finanzierung dieser Aufgaben setzt eine krankenhauplanerische Ausweisung voraus. Das zuständige Ministerium gründete mit den am Planungsprozess Beteiligten eine „AG Zentren“, in der das methodische Vorgehen für den Ausweis von Zentren

diskutiert wurde. Das Ministerium hat auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme, die im Wege einer Umfrage entstanden ist, Anfang Oktober 2017 seine Überlegungen zur Zuweisung besonderer Aufgaben entwickelt und in den Fachgremien vorgestellt. Ziel ist es, noch im Jahr 2017 bestehende Anträge auf einen Zentrumsausweis bescheiden zu können.

Obgleich es in Berlin bereits Zentrumsausweisungen im Krankenhausplan gibt, lud die zuständige Senatsverwaltung die an der Krankenhausplanung Beteiligten ein, um über die zukünftigen Aufgabenzuweisungen in Berlin zu beraten. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lagen noch keine konkreten Überlegungen für die Zuweisung besonderer Aufgaben vor.

Über die landesspezifischen Themen zur Krankenhausplanung hinaus setz-

ten die Länder Berlin und Brandenburg ihre Überlegungen zur Verzahnung des Prozesses der Krankenhausplanung für die Zeit ab 2020 fort. In der Koalitionsvereinbarung 2016 bis 2021 der Regierungsparteien des Landes Berlin wurde die „Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020“ verankert.

Das Land Brandenburg traf eine entsprechende Festsetzung in der Landtagsitzung vom Juni 2017. Erste konkrete Arbeiten unter Einbindung der an der Krankenhausplanung Beteiligten sind für das Jahr 2018 mit der Einberufung eines Regionalausschusses vorgesehen. Die Länder setzten sich zum Ziel, in zeitlicher Parallelität einen jeweils eigenständigen Krankenhausplan zu verabschieden. Der VEKP ist in die Landesgremien zur Krankenhausplanung eingebunden und wird die Mitglieder über den aktuellen Stand der Diskussionen zeitnah informieren.

9. Krankenhausinvestitionsfinanzierung Berlin und Brandenburg

Mit dem ersten Gesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) erfolgte zum 1. Juli 2015 eine Umstellung der Krankenhausförderung in Berlin auf Investitionspauschalen. Damit wurde die bisherige Unterscheidung zwischen Einzelförderung und pauschaler Förderung aufgehoben. Bundesweit erstmalig wurden die vom InEK kalkulierten Investitionsbewertungsrelationen zur zentralen Grundlage der Investitionsfinanzierung gemacht. Die Höhe des den Krankenhäusern insgesamt zur Verfügung stehenden Fördervolumens bestimmt sich nach den im Landeshaushalt ausgewiesenen Mitteln.

Der Haushalt 2017 wies Investitionsmittel für die Berliner Kliniken i. H. v. 109 Mio. € aus. Nach Berechnungen des InEK lag der Investitionsbedarf der Berliner Kliniken im Jahr 2017 bei rund 256 Mio. € pro Jahr. Damit wies der Haushaltsplan 2017 erneut eine erhebliche Investitionslücke auf.

Mit dem Koalitionsvertrag 2016 – 2021 verfolgt der Senat das Ziel, den Sanierungsstau in Berlin abzubauen und einen neuen Sanierungsrückstand durch höhere Ersatzinvestitionen zu verhindern. Auf dieser Grundlage wurden zum Ende des Berichtszeitraumes die Beratungen zum Doppelhaushalt 2018/2019 aufgenommen. Der Senat beschloss in seiner Sitzung im Juli

2017 den Entwurf des Doppelhaushaltes. Dieser sieht ein Investitionsprogrammvolume für Krankenhäuser von insgesamt 260 Mio. €, verteilt auf 120 Mio. € in 2018 und 140 Mio. € in 2019, vor. Mit diesem Haushaltsansatz wird das Ziel einer Finanzierung mindestens in Höhe des Bundesdurchschnittes für die Jahre 2018/2019 deutlich verfehlt. Der VEKP machte dies in seinen Stellungnahmen deutlich und forderte eine Anhebung der Pauschale auf mindestens das durchschnittliche Niveau der übrigen Bundesländer bereits in 2018. Zum Abbau des Investitionsstaus mahnte er ergänzend ein Sonderprogramm für Krankenhäuser im Rahmen der SIWANA-Mittel unter Berücksichtigung der Trägerpluralität und Subsidiarität an.

Der Landtag Brandenburg beschloss in seiner Sitzung am 16. Dezember 2016 den Doppelhaushalt 2017/2018. Er sieht für Investitionen von Krankenhäusern ein Volumen von 80 Mio. € pro Jahr vor. Der Doppelhaushalt 2017/2018 bewegt sich damit auf der Linie der Landesregierung, die für die Dauer der Legislaturperiode ein Fördervolumen i. H. v. mindestens insgesamt 400 Mio. € vorgesehen hat. Damit bleibt es bei der auch in der Vergangenheit wiederholt geäußerten Kritik an der mangelnden Finanzausstattung der Krankenhäuser in Brandenburg. Darüber können auch die

erheblichen Aktivitäten des Landes Brandenburg zur Sicherung von Mitteln

aus dem Bundes-Strukturfonds nicht hinweg täuschen.

10. Ambulante Versorgung im und am Krankenhaus

Ambulante Notfallversorgung

Neben Fragen der Vergütung stand insbesondere auch der Zugang zu einer ambulanten Notfallversorgung im Mittelpunkt bundesweiter Diskussionen. Die zuständigen Gremien auf Bundesebene führten im April 2017 eine Neuregelung zur Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung zu Lasten der Rettungsstellen in den Krankenhäusern ein. Krankenhäuser erhalten danach tagsüber eine sogenannte Abklärungspauschale in Höhe von 4,74 €. Damit wird die Finanzierungslücke in der Versorgung von Notfallpatienten auch in den Mitgliedskrankenhäusern nochmals verschärft. Eine auf Bundesebene eingebrachte Gesetzesinitiative zur übergangsweisen Zahlung eines

Zuschlages von 10€/Fall konnte bisher nicht realisiert werden. Letztendlich zielte diese Maßnahme, wie auch die Diskussion zur Einführung zusätzlicher Notfallpraxen, auf eine Patientensteuerung. Aus Sicht des VEKP kann eine ambulante Notfallversorgung nicht ohne die Rettungsstellen in den Krankenhäusern funktionieren. Allein in Berlin werden deutlich über eine Million Fälle in den Rettungsstellen behandelt. In Brandenburg sind es knapp unter einer Million Fälle. Allerdings ist hier die Sicherung der flächendeckenden Versorgung auch in den strukturschwachen Regionen zu gewährleisten. Der VEKP wird die Diskussion in diesem Sinne weiterführen.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV nach § 116b SGB V)

BDer VEKP informierte seine Mitgliedsseinrichtungen im Land Brandenburg über geänderte Formulare für die Anzeigen zu der Indikation Tuberkulose und atypische Mykobakteriose sowie den Beschluss des erweiterten Landesausschusses für das Land Brandenburg zum zukünftigen Verfahren zur Darlegung der Erfüllung der Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V.

Im Berichtszeitraum liefen die Bestandsschutzregeln zur ASV-Versorgung nach altem Recht aus. Dies be-

traf im Jahr 2017 die Indikationen Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (Januar) und gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (Juli). Die betroffenen Krankenhäuser mussten somit beim erweiterten Landesausschuss neue Teilnahmeanzeigen für die ASV einreichen.

Darüber hinaus können nach dem Inkrafttreten entsprechender Anlagen zu der einschlägigen ASV-Richtlinie Krankenhäuser, die im Rahmen der ASV ein Versorgungsangebot zur Behandlung von Patientinnen/Patienten mit Mar-

fansyndrom, pulmonaler Hypertonie, gynäkologischen Tumoren oder Mukoviszidose machen wollen, ihre Teil-

nahme an der ASV gegenüber den erweiterten Landesausschüssen Berlins und Brandenburgs anzeigen.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA's) nach § 118 SGB V

Der VEKP konnte mitteilen, dass nach Abschluss des Unterschriftsverfahrens zur aktuellen Vergütungsvereinbarung der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen in psychiatrischen Institutsambulanzen im Land Brandenburg für alle Leistungen ab 1. Januar 2017 im

Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie 230,25€ je Fall und Quartal, im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie 276,30€ je Fall und Quartal, abrechenbar sind. In Berlin werden die Verhandlungen auf der Ebene der einzelnen Mitgliedskrankenhäuser geführt.

11. Rechts- und Vertragsangelegenheiten

11.1 Entlassmanagement

Am Ende des Berichtszeitraums tritt zum 1. Oktober 2017 der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement der Krankenhäuser nach § 39 Absatz 1a Satz 9 SGB V zwischen der DKG, der KBV sowie dem GKV-SV in Kraft.

Die Vertragsparteien konnten sich über eine Änderung der strittigen Punkte, die zu einer Klage der DKG gegen die ursprüngliche Festsetzung des Rahmenvertrages durch das erweiterte Bundesschiedsamt vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg geführt hatte, einigen. So wird im Rahmen des Entlassmanagements nicht die lebenslange Arztnummer (LANR) zur Anwendung kommen, sondern eine auf Grundlage des § 293 Absatz 7 SGB V bis zum 31. Dezember 2018 zu schaffende Krankenhausarznei-Nummer. Bis zur Implementation der Krankenhausarznei-Nummer soll im Rahmen des Entlassmanagements eine alternative

Kennzeichnung (Fachgruppennummer) verwendet werden. Des Weiteren wurde im Zuge der Änderung darauf verzichtet, ausnahmslos für alle Patienten eine gesonderte schriftliche Einwilligung zur Datenübermittlung im Entlassmanagement einzuholen. Dies ist nur bei denjenigen Patientinnen/Patienten erforderlich, die tatsächlich einer Anschlussversorgung bedürfen.

Der VEKP rief die trägerweit bzw. hausindividuell mit der Umsetzung der mit der Neuregelung des Entlassmanagements einhergehenden Änderungsnotwendigkeiten beauftragten Verantwortlichen der Mitgliedskrankenhäuser zu einem Erfahrungsaustausch zusammen. Dieser bezieht sich insbesondere auf die Berechtigung der Einrichtungen, im Rahmen des Entlassmanagements Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie zu ver-

ordnen sowie Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Der verbandsinterne Austausch soll die Mitgliedseinrichtun-

gen bei der Einführung des Entlassmanagements unterstützen.

11.2 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) gemäß § 17c Abs. 2 KHG

Nachdem die Ende 2014 in Kraft getretene PrüfV aufgrund teilweiser massiver Kritik aus dem Krankenhausbereich seitens der DKG gekündigt wurde, konnten die DKG und der GKV-SV im Verhandlungswege eine Überarbeitung der PrüfV vereinbaren, die Anfang 2016 zusammen mit der Vereinbarung zum elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse unterzeichnet wurde.

Die Prüfungen von Behandlungsfällen mit Behandlungsbeginn ab 1. Januar 2017 müssen nunmehr nach den Neuregelungen der PrüfV durchgeführt werden. Ergänzend hierzu beschloss die DKG Umsetzungshinweise zur überarbeiteten PrüfV, die auch dem VEKP in seiner Beratungstätigkeit gegenüber den Mitgliedskrankenhäusern als Grundlage dienen.

11.3 Rechtsprechung

Der VEKP informierte seine Mitgliedskrankenhäuser über vielfältige Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Abrechnung von Krankenhausleistungen. Dabei galt es insbesondere die sich ständig weiterentwickelnde Rechtsprechung zu verfolgen und eine zeitnahe Information der Mitglieder sicherzustellen.

Bereits im Vorjahr wurde über Krankenkassen-Regresse wegen Hilfsmittelverordnungen der Krankenhäuser berichtet. Nach der aus Krankenhaussicht positiven Entscheidung des Sozialgerichts Berlin vom 11. April 2016 (S 81 KR 1181/14; n.rk.) konnte der VEKP ein weiteres positives Urteil bekanntgeben: SG Gotha vom 24. Februar 2017 (S 50 KR 5690/14). Eine Berufung beim Landessozialgericht wurde angekündigt.

Der VEKP berichtete über mehrere Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) vom 25. Oktober 2016 (B 1 KR 22/16 R, B 1 KR 16/16 R, B 1 KR 18/16 R und B 1 KR 19/16 R), wonach neben der Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Absatz 1c SGB V eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung existiere, die einem eigenständigen Prüfverfahren unterfalle und bei der die Zahlung einer Aufwandspauschale durch die Krankenkasse nicht in Betracht komme. Mit Wirkung ab 1. Januar 2016 stellte der Gesetzgeber klar, dass jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses als Prüfung nach § 275 Absatz 1c Satz 1 SGB V anzusehen ist. Für sämtliche Abrechnungsprüfungen gelten – unabhängig davon, wie diese Prüfung bezeichnet wird – die Vorgaben des § 275

Absatz 1c SGB V, sowie der PrüfV, mit der Konsequenz, dass in allen diesen Fallkonstellationen die Aufwandspauschale zu zahlen ist, sofern die MDK-Prüfung nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages führt.

Der VEKP informierte die Mitglieder auch über das Urteil des BSG vom 19. April 2016 (B 1 KR 21/15 R) zur Vergütung einer vorzeitig abgebrochenen teilstationären Behandlung. Danach liege in Fällen einer Intervallbehandlung mit tage- oder wochenweisen Unterbrechungen keine zusammenhängende teilstationäre Behandlung vor. Vielmehr sei jeder einzelne Behandlungstag als eigenständige teilstationäre Behandlung anzusehen, deren Erforderlichkeit jeweils neu zu überprüfen ist. Muss die teilstationäre Behandlung an einem der Behandlungstermine vor Beginn der beabsichtigten Therapie abgebrochen werden, kann das Krankenhaus lediglich die Vergütung für eine vorstationäre Behandlung beanspruchen.

Die Abrechnung vorstationärer Leistungen war ein weiterer Gegenstand verbandlicher Beratungen. Hier haben Krankenkassen einen gesonderten Nachweis der Ausschöpfung ambulanter fachärztlicher Behandlungsmöglichkeiten vor der vorstationären Behandlung gefordert, obgleich dies nach

verbandlicher Einschätzung nicht der geltenden Rechtslage entspricht. Hier zeichnen sich gerichtliche Verfahren ab.

Unter den Stichworten „Bettgitter ohne Genehmigung“, „Schuldbeitritt zum Heimvertrag“, „Haftung des Vorsorgebevollmächtigten für ausstehendes Heimentgelt“, „Infektionsschutz im Heim nach Krankenhausstandard?“, „Kündigung eines Heimvertrages aus wichtigem Grund“, „konkrete Anforderungen an Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung“, „Zwangsbehandlung stationär versorgter Betreuer“, „Mangelbescheid wegen fehlender Fachkraft“, „Anerkennung ausländischer Berufsausbildungen“ und „Aufenthaltstitel für Betreuungskraft“ informierte der VEKP seine Mitgliedspflegeeinrichtungen auch im Berichtszeitraum regelhaft über aktuelle Entwicklungen in der heimrechtlichen Rechtsprechung. Besondere Aufmerksamkeit widmete er dabei dem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) III ZR 279/15 zur Entgelterhöhung bei Änderung der Berechnungsgrundlage gemäß § 9 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG). Der BGH entschied, dass eine Entgelterhöhung des Heimträgers zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Heimbewohners bedürfe. Hierzu verfasste der VEKP für seine Mitgliedspflegeeinrichtungen Umsetzungshinweise.

11.4 Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

Der VEKP informierte seine Mitgliedskrankenhäuser darüber, dass der Ge-

meinsame Bundesausschuss (G-BA), seinem gesetzgeberischen Auftrag

aus dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 10. Dezember 2015 folgend, Mitte Mai 2017 vier stationäre Leistungen bzw. Leistungsbereiche festgelegt habe, zu denen Qualitätsverträge nach § 110a SGB V zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern erprobt werden sollen. In die Regelung einbezogen wurden die endoprothetische Gelenkversorgung, die Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Menschen, die Respiratorentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten sowie die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus.

Mit dem durch das KHSG neu eingeführten § 110a SGB V soll erprobt werden, inwieweit sich stationäre Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie durch höherwertige Qualitätsanforderungen, weiter verbessern lassen. Verbindliche Rahmenvorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge sollen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG bis zum 31. Juli 2018 vereinbart werden. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist durch den G-BA beauftragt worden, Empfehlungen für die zu beschließende Rahmenvereinbarung abzugeben.

11.5 Notfallversorgung im Krankenhaus

Mit dem KHSG wurde der G-BA beauftragt, bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu beschließen, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl der Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen festzulegen. Aufgrund der zu erwartenden massiven Auswirkungen auf die Notfallversorgung verschob der Gesetzgeber mit dem PsychVVG im Dezember 2016 die Einführung des Notfallstufenkonzeptes auf den 31. Dezember 2017. Der G-BA beauftragte nach einer Ausschreibung das IGES-Institut

mit einer Auswirkungsanalyse, sowohl der GKV-Version, als auch der DKG-Version, der geplanten Richtlinie und der abweichenden Voten der übrigen Beteiligten. Für den Krankenhausbereich gilt es in den Diskussionen deutlich zu machen, dass der gesetzliche Auftrag dahingehend zu verstehen ist, dass der Status Quo der Notfallversorgung in den Stufen abgebildet wird, um den unterschiedlichen Vorhaltungsaufwand durch Zuschläge gezielt auszugleichen. Dem steht die Auffassung der Krankenkassen gegenüber, die sich über das Notfallstufenkonzept eine Neuordnung der Notfallversorgung erwarten. Das gestufte System von Notfallstrukturen in den Krankenhäusern kann daher, je nach seiner Ausgestaltung, erhebliche Einschnitte in der Krankenhausversorgung mit sich

bringen, insbesondere dann, wenn aus dem System auch Konsequenzen für die Krankenhausplanung gezogen werden. Von den Mitgliedseinrichtungen nehmen bislang nahezu alle Krankenhäuser an der Notfallversorgung teil. Aus Sicht des VEKP birgt die aktuelle Diskussion die Gefahr, dass eine flächendeckende Notfallversorgung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet

ist. Dem gilt es entgegen zu treten. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Geschäftsberichtes war die Auswirkungenanalyse noch nicht abgeschlossen. Der VEKP wird die Diskussion in den Landeskrankenhausgesellschaften und in der Deutschen Krankenhausgesellschaft weiter begleiten und die Mitglieder über die Entwicklungen informieren.

11.6 Datenschutz im Krankenhaus

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen stellt ein zentrales Zukunftsthema dar. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, für die Krankenhäuser umsetzbare Rahmenbedingungen zu schaffen. Obgleich die Krankenhäuser regelmäßig gegenüber dem Land Berlin darauf hingewiesen haben, dass sie die Anforderungen bei der Verarbeitung von Patientendaten und bei der externen Auftragsverarbeitung vor große Probleme stellen und mit unangemessen hohem technischen und wirtschaftlichem Aufwand verbunden sind, war das Land Berlin nicht bereit, die landesgesetzliche Regelung zur Auftragsdatenverarbeitung an Regelungen in anderen Bundesländern anzupassen. Im Rahmen der Erörterungen geeigneter Lösungen für das Thema „Datenschutz im Krankenhaus“ verwies das Land Berlin regel-

mäßig auf die bestehenden strafrechtlichen Normen zur Verletzung von Privatgeheimnissen.

Mit dem Gesetz zur Neuregelung des Geheimnisschutzes bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung, das der Bundestag im Juni 2017 beschloss, wurde die Schweigepflicht erweitert auf sonstige Personen, „die an der beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit mitwirken, soweit dies für die Inanspruchnahme der Tätigkeit der sonstigen mitwirkenden Personen erforderlich ist.“ Das Gesetz wurde im Bundesrat noch nicht abschließend beraten. Der VEKP setzt sich dafür ein, dass es zu einer Verabschiedung dieses Gesetzgebungsvorhabens kommt und dass das Land Berlin auf dieser Grundlage seine Regelungen zur Auftragsdatenverarbeitung anpasst.

11.7 Anti-Korruptionsgesetz

Unter Verweis auf die Kerninhalte des bereits Mitte 2016 in Kraft getretenen Gesetzes zur Bekämpfung von Korrup-

tion im Gesundheitswesen („Anti-Korruptionsgesetz“) empfahl der VEKP den Mitgliedseinrichtungen ihre viel-

fältigen Kooperationsverhältnisse/-verträge zu überprüfen, im Rahmen schriftlicher Vereinbarungen – möglichst transparent – Leistungen und

Gegenleistungen zu beschreiben und ggfs. auch die Grundlagen der Kalkulation offenzulegen.

12.

Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus

Das „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ schafft eine besondere Versorgungsstruktur für Menschen, für die neben einer pflegerischen Versorgung auch eine ärztliche Grundversorgung im besonderen Maße erforderlich ist. In diesem Versorgungsprogramm sind angestellte bzw. niedergelassene Ärzte mit verbindlichen Kooperationsvereinbarungen sowie Pflegekräfte und Therapeuten vor Ort und stimmen die einzelnen Schritte des Betreuungsprozesses miteinander ab. Für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner durch angestellte Ärztinnen oder Ärzte bedarf es einer Zulassung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin. Für die Mitgliedseinrichtungen des VEKP konnten mit Unterstützung der Verbandsgeschäftsstelle die beantragten Institutsermächtigungen erfolgreich für die kommenden zwei Jahre erwirkt werden.

Am „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ nehmen zurzeit rund 1.450 Versicherte in 27 vollstationären Pflegeeinrichtungen teil.

Die Vergütung innerhalb des Berliner Projektes erfolgt im Wege von Pauschalen sowohl für die ärztlichen als auch die medizinisch-therapeutischen Leistungen.

Die Projektpartner KV Berlin, VPK BB und BKG, AOK Nordost, IKK BB, SBK und Bahn BKK verständigten sich im Rahmen einer Ergänzungsvereinbarung über eine Erhöhung der ärztlichen Vergütung mit Wirkung zum 1. April 2017 für den Zeitraum bis mindestens 31. März 2018. Des Weiteren wurde verabredet, rechtzeitig vor dem 31. März 2018 in Gespräche über eine weitere Anpassung der Vergütung einzutreten. Hinsichtlich der Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen des Berliner Projektes erfolgten mit Wirkung zum 1. Januar 2017 sowie mit Wirkung zum 1. Juni 2017 aufgrund von Änderungen der Heilmittel-Richtlinien Anpassungen des Heilmittelverzeichnisses.

Das „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ stößt als Versorgungsform in stationären Pflegeeinrichtungen in der Gesundheitslandschaft auf allgemeines Interesse. So wurde der Geschäftsführer des VEKP eingeladen, im Rahmen der 3. Berliner Pflegekonferenz im November 2016 das Projekt darzustellen. Er machte in seinem Vortrag „Warten bis der Arzt kommt!? Akuterkrankung von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen als Problemfall“ vor einer interessierten Zuhörerschaft auf die Vorteile der Arbeit mit angestellten Ärztinnen/Är-

ten bzw. Kooperationsärztinnen/-ärzten aufmerksam.

Im Rahmen der berufsgruppenübergreifenden Seminare ist für November 2017 ein weiteres Schnittstellenseminar geplant. Die Veranstaltungen sind sowohl für die Pflege als auch für den ärztlichen Dienst im Rahmen der Fortbildungsverpflichtungen anerkannt.

Seit dem 1. August 2016 ist eine neue Homepage im Rahmen des Berliner Projektes online. Damit steht der Berliner Bevölkerung eine neue Möglichkeit der Information über das Berliner Projekt zur Verfügung. Ergänzend hierzu erfolgte eine Überarbeitung der Informationsbroschüre, die im 2. Halbjahr 2017 veröffentlicht wurde.

13.

Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI vollstationäre Pflege in Berlin

Der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI regelt die rechtlichen Beziehungen zwischen den Kostenträgern und den vollstationären Pflegeeinrichtungen. Er bildet die zentrale vertragliche Grundlage für die Leistungserbringung und Finanzierung.

Nach Abstimmung der Ergänzungsvereinbarungen mit Anlagen zum Rahmenvertrag bezüglich der pflegegradbezogenen Personalrichtwerte für die allgemeine Pflege sowie die segregativen Wohnbereiche in 2016, war im

Berichtszeitraum 2017 die zweite Ergänzungsvereinbarung für die Versorgung von Pflegebedürftigen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege Gegenstand der Verhandlungen. Damit sind für beatmungspflichtige sowie für absaugpflichtige Bewohnerinnen und Bewohner die Rahmenbedingungen ab 1. Juni 2017 verbindlich neu geregelt. Im kommenden Berichtszeitraum werden die Vertragspartner in Verhandlungen über weitere Anpassungen des Rahmenvertrages einzutreten haben.

14.

Vergütungsregelungen in stationären Pflegeeinrichtungen 2017–2019

Entgelte 2017

Zur Neuverhandlung der Pflegesätze und Entgelte 2017 verständigten sich die Vertragsparteien auf Landesebene auf ein vereinfachtes Verfahren der Überleitung nach § 92c Satz 5 SGB XI von Pflegestufen in Pflegegrade.

Sämtliche Mitgliedspflegeeinrichtungen schlossen sich diesem Verfahren an. Dies schuf die Grundlage dafür,

dass sie rechtzeitig vor dem 1. Januar 2017 die Entgelte nach dem neuen System abschließen konnten. Die Mitgliedspflegeeinrichtungen beteiligten sich an der Fortschreibung der Basisentgelte für das Jahr 2017 in Höhe von 2,14 % und setzten diese Gesamtsteigerungsrate in ihren Entgeltvereinbarungen um.

Entwicklung der Basisentgelte 2016–2017

	2016	2017
Steigerungsraten für den Personalkostenbereich	2,36%	2,36%
Steigerungsraten für den Sachkostenbereich	1,25%	1,25%
Gesamtsteigerungsrate	2,14%	2,14%

Die zeitnahe Abstimmung der Rahmenbedingungen 2017 war sowohl für die Pflegeeinrichtungen als auch für die Bewohnerinnen und Bewohner von besonderem Interesse. Mit dem PSG II wurde zugleich auch ein Besitzstandsschutz eingeführt. Dieser sollte sicherstellen, dass keine Bewohner/innen, die sich am 31. Dezember 2016 in einer Pflegeeinrichtung befanden, am 1. Januar 2017 einen umstellungsbedingten höheren Betrag für ihre Pflege zu zahlen haben. Zu der Besitzstandsschutzregelung gab es in den Einrichtungen vielfachen Beratungsbedarf. Dieser umfasste z. B. die Bezugsgröße des Besitzstandsschutzes sowie Fragen

zu dessen Dauer bzw. Veränderungen in der Höhe.

Vom Besitzstandsschutz umfasst sind auch die Kosten der Ausbildungsvergütung gem. § 82a SGB XI. Die Einrichtungen waren gehalten, spätestens acht Wochen vor Ablauf des Vergütungszeitraumes einen Antrag für den Folgezeitraum zu stellen, um den Besitzstandsschutz nicht zu gefährden.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 wurde auch der einrichtungseinheitliche Eigenanteil der Bewohnerinnen und Bewohner in das Gesetz aufge-

nommen. Danach haben Bewohnerinnen und Bewohner, unabhängig vom Pflegegrad, den gleichen Eigenbeitrag in der Pflegeeinrichtung zu leisten. Dies führt in der Wirkung dazu, dass die Eigenanteile niedriger Pflegegrade höher sind als in der Vergangenheit. Der VEKP befürchtet, dass der Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern niedrigerer Pflegegrade in den Einrichtungen zurückgehen wird. Der zentrale Vorteil dieser Regelung besteht darin, dass die in der Vergangenheit häufigen Auseinandersetzungen der Einrichtungen mit den Bewohnerinnen/Bewohnern über eine notwendige Höherstufung nunmehr der Vergangenheit angehören dürften. Die konkreten Auswirkungen werden sich allerdings erst abschließend im kommenden Berichtszeitraum bewerten lassen.

Ein weiteres besonderes Thema stellte die von den Pflegeeinrichtungen vorzunehmende Rechnungslegung ab 1. Januar 2017 dar.

Entgeltverhandlungen 2018/19

Die Anpassung der Basisentgelte 2018 und 2019 war Gegenstand der Verhandlungen mit den Kostenträgern, die im August 2017 abgeschlossen wurden. Damit

Während das Land Berlin mitteilte, dass jeweils am Monatsanfang eine taggenaue Rechnungslegung für den Monat zu erfolgen habe, wies das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit in einer gemeinsamen Empfehlung mit den Verbänden der Leistungserbringer im November 2016 darauf hin, dass nur eine Abrechnung pauschaler monatlicher Beiträge Schwankungen des Eigenanteils des Bewohners vermeidet. Der Verband informierte die Mitgliedspflegeeinrichtungen hierüber regelmäßig, damit auf dieser Grundlage eine pflegeeinrichtungsindividuelle Abwägung und Entscheidung vorgenommen werden konnte. Das Land Berlin war nicht bereit, beide Verfahren gleichrangig nebeneinander anzubieten. Auch hier zeigte sich, wie schwierig die Umsetzung der gesetzlichen Neuregelung ist. Mit Wirkung zum 1. Januar 2018 wird das Land Berlin seine Abrechnung auf die Pauschale umstellen.

konnten auch für die Jahre 2018/2019 die Basisentgelte vereinbart werden. Zugleich wurde ein Verfahren zur Durchführung von Einzelverhandlungen abgestimmt.

Entwicklung der Basisentgelte 2018–2019

	2018	2019
Steigerungsraten für den Personalkostenbereich	2,65%	2,65%
Steigerungsraten für den Sachkostenbereich	1,9%	1,9%
Gesamtsteigerungsrate	2,5%	2,5%

Aufgrund des Wettbewerbsdruckes sind Entgeltentwicklungen über die Entwicklung des Basisentgeltes hinaus jedoch nicht in jedem Fall umsetzbar. Der Spagat zwischen Wettbewerb und Notwendigkeit einer auskömmlichen Finanzierung der Leistungen, insbesondere mit Blick auf die neue Leis-

tungsbemessung nach Pflegegraden, ist von den Einrichtungen zu bewältigen. Der Verband unterstützt die Mitgliedspflegeeinrichtungen bei den Vorbereitungen und in den Verhandlungen zu den Vergütungsvereinbarungen für die Jahre 2018 und 2019.

15.

Beratung stationärer Pflegeeinrichtungen

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Nach § 114a SGB XI werden zugelassene Pflegeeinrichtungen regelmäßig dahingehend überprüft, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Die Prüfungen finden in stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich unangemeldet statt. Bis Ende 2016 wurde in allen Mitgliedseinrichtungen eine Prüfung durchgeführt. Die Einrichtungen erhielten durchweg sehr gute Bewertungen und wurden verbandsseitig im Rahmen von vorbereitenden Gesprächen und in Nachbereitungen zu den Maßnahmenplänen begleitet. Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 sind die Prüfgrundlagen an die gesetzlichen Neuregelungen des PSG II angepasst worden. Dies umfasst insbesondere die neue Definition von Pflegebedürftigkeit, die sich nunmehr in fünf Pflegegraden widerspiegelt. Auch die Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) nach § 115 SGB XI wurden angepasst. Änderungen erfolgten bei der Stichprobenregelung sowie bei Begrifflichkeiten, die auf das PSG II abzustimmen waren. Der VEKP bereitete die

Pflegeeinrichtungen auf diese Anpassungen durch Informationsveranstaltungen und im Rahmen der Heimleitungs- und Geschäftsführungsrunden sowie in Arbeitstreffen des Bündnisses für Qualität vorbereitet. Wie im Jahr 2016, konnten die Qualitätsprüfungen in den stationären Pflegeeinrichtungen des Mitgliedsbereichs auch in 2017, nunmehr auf Basis der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR), durchgeführt und durch Vorbereitung und Unterstützung der Verbandsgeschäftsstelle erfolgreich abgeschlossen werden. Die positiven Ergebnisse der Prüfungen verbandlicher Einrichtungen finden sich auch in der regelmäßigen Qualitätsdarstellung der DatenClearingStelle (DCS).

Aktuell in der Diskussion befindet sich eine Weiterentwicklung der Qualitätsprüfung in stationären Pflegeeinrichtungen. Hierzu soll ein unabhängiges wissenschaftliches Institut erste Grundlagen erarbeiten.

Einstufung der Bewohnerinnen und Bewohner

Ab 1. Januar 2017 gilt ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflegeversicherung. Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt neben den somatischen Einschränkungen die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemstellungen von Bewohnerinnen und Bewohnern. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist am 1. Januar 2017 auch ein neues Begutachtungsinstrument (NBI) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eingeführt worden.

Für Bewohnerinnen und Bewohner, die sich bereits mit einer Pflegestufe in der Pflegeeinrichtung befanden, erfolgte zum 1. Januar 2017 eine gesetzliche Überleitung unter besonderer Berücksichtigung einer im Einzelfall vorliegenden erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz. Aufgabe des Verbandes war es, die Einrichtungen bei der Kommunikation mit den Pflegekassen zur sachgerechten Einstufung der Bewoh-

nerinnen und Bewohner zu unterstützen. Damit verbunden sind erhebliche finanzielle Risiken für die Einrichtungen, sollten die künftigen Einstufungen nicht den Pflegegrad erreichen, der für die Entgeltfindung 2017 zu Grunde gelegt wurde. Dies gilt es zu beobachten und gemeinsam mit den Mitgliedern Möglichkeiten der Gestaltung zu erarbeiten.

Die Mehrzahl der Mitgliedseinrichtungen richtete mit Einführung der Pflegegrade ein neues Pflegegradmanagement ein. Neben intensiven Einzelberatungen unterstützte der Verband die Mitgliedseinrichtungen im Seminarprogramm 2016/17 mit drei Seminaren zur Einführung des NBI sowie einem zusätzlichen Seminar zum Belegungsmanagement unter den neuen Bedingungen. Aufgrund der großen Nachfrage werden diese Themen auch im Seminarprogramm 2017/18 angeboten.

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI

Seit 2017 haben nach § 43b SGB XI alle Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe der §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. Diese Regelung ersetzt die bisher geltende Regelung. Die Finan-

zierung dieser zusätzlichen Leistungen erfolgt weiterhin unmittelbar durch die Pflegekassen. Eine zusätzliche Belastung der Bewohner wird dadurch vermieden. Im Rahmen der Neuverhandlung der Basisentgelte 2018/2019 wurden die Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung entsprechend angepasst.

Entwicklung der Vergütung für Leistungen nach § 43b SGB XI 2017 – 2019

Zeitraum	Täglicher Vergütungszuschlag (pro Bewohner)	Monatlicher Vergütungszuschlag (pro Bewohner)
1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017	4,90 €	149,06 €
1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2018	5,02 €	152,71 €
1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019	5,15 €	156,70 €

Die Grundsätze der Arbeit sowie die Anforderungen an die persönliche Eignung und Qualifikation der Betreuungskräfte werden in der Betreuungskräfte-Richtlinie beschrieben, die zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist.

Alle Einrichtungen des VEKP beschäftigen Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI und setzten mit verbandlicher Unterstützung die Änderungen der Betreuungskräfte-Richtlinie um.

Umsetzung WTG-MitwirkV

Die neue Wohnteilhabe-Mitwirkungsverordnung (WTG-MitwirkV) zum Wohnteilhabegesetz (WTG) trat am 1. Januar 2017 in Kraft. Mit Inkrafttreten ersetzte sie die bisherige Heimitwirkungsverordnung (HeimmwV). Die WTG-MitwirkV gilt für alle stationären Einrichtungen nach dem WTG. Die WTG-MitwirkV regelt, wie schon die HeimmwV, die kollektiven Mitwirkungsrechte der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen. Die Verordnung legt insbesondere die Verfahren zum Zustandekommen der Bewohnervertretungen sowie Aufgaben und Pflichten der Bewohnervertretungen, der Einrichtungsträger und der Heimaufsicht fest.

Neu eingeführt wurde die Verpflichtung für den Einrichtungsträger, alle schriftlichen Informationen, die für

die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung bestimmt sind, in verständlicher Art und Weise abzufassen und den barrierefreien Zugang zu gewährleisten. Ausgebaut wurde die Möglichkeit für den Bewohnerbeirat, sich bei der Erledigung seiner Aufgaben durch ein Beratungsgremium unterstützen zu lassen. Viele Pflichten des Einrichtungsträgers sind in einer zentralen Vorschrift zusammengefasst worden. Diese stellt nunmehr klar, dass der Einrichtungsträger die Bildung und die Tätigkeit des Bewohnerbeirates mit personellen und sächlichen Mitteln zu unterstützen hat. Eine weitere Neuregelung besteht darin, dass der Bewohnerbeirat möglichst regelmäßig Sprechstunden in der stationären Einrichtung anbieten soll.

Der VEKP erreichte im Kontext der BKG, dass zur Gewährleistung einer Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen insbesondere die noch in einem ersten Verordnungsentwurf zu kom-

Umsetzung § 132g SGB V

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde durch § 132g SGB V mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase eine neue Leistung eingeführt. Danach können die Mitgliedspflegeeinrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Die gesundheitliche Versorgungsplanung sieht unter anderem vor, dass die Versicherten über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten und ihnen Hilfe und Angebote der Sterbegleitung aufgezeigt werden sollen. Wie dies geschehen kann, darüber informierte der VEKP seine Mitglieder auch, indem er die Thematik in sein Seminarangebot aufnahm.

Gemäß § 132g Abs. 3 SGB V vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Vereinigungen

plex ausgestalteten Regelungen hinsichtlich der Wahl- und Mitwirkungsgremien umfassend vereinfacht und an die Möglichkeiten der Bewohnerschaft angepasst wurden.

der Träger von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf Bundesebene das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 1 und 2 SGB V. Die Mitgliedspflegeeinrichtungen sind über den Entwurf einer solchen Vereinbarung in Kenntnis gesetzt worden.

Am Ende des Berichtszeitraums nahmen die Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene die Möglichkeit wahr, hierzu eine Stellungnahme abzugeben.

Von der Ausgestaltung der Vereinbarung wird in der Realität der Mitgliedspflegeeinrichtungen die Umsetzbarkeit der grundsätzlich begrüßten Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase abhängen.

16.

Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Das von der Bundesregierung ins Leben gerufene Projekt „Einführung des Strukturmodells zur entbürokratisierten Pflegeplanung (Ein-STEP)“ endete Mitte 2017. Die Fortführung des Projektes soll künftig durch die Verbände erfolgen. Die Einführung des Strukturmodells wurde im Land Berlin durch ein Kooperationsgremium begleitet. Dem Kooperationsgremium kam die Aufgabe zu, in Abstimmung mit der zuständigen Senatsverwaltung und unter Beteiligung der Bildungsträger im Land Berlin, das Strukturmodell zu erörtern. Auch mit Unterstützung des VEKP empfahl der Landespflegeausschuss im Mai 2017, die Arbeit des Kooperationsgremiums zunächst bis 30. Juni 2018 fortzuführen. Auf der Ebene des VEKP setzte das im Rahmen des Bündnisses für Qualität gegründete Austauschgremium „Netzwerk-Pflegedokumentation“ seine Arbeit fort.

Der Stand der Implementierung des Strukturmodells ist in den Einrichtungen unterschiedlich. Festzustellen ist, dass aktuell 80 % der Mitglieds-

pflegeeinrichtungen das Strukturmodell einführen. Damit liegt die Quote deutlich über dem Bundes- und Landesdurchschnitt. Die Einführung des Strukturmodells setzt die Einbindung von Multiplikatoren voraus, die an einer Schulung durch das Projektbüro Ein-STEP teilgenommen haben. Der VEKP setzte daher seine Aktivitäten zur Einbindung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern aus Mitgliedspflegeeinrichtungen in das Schulungsverfahren im Berichtszeitraum unverändert fort.

Im Mai 2017 wurde das Strukturmodell auf die Tages- und Kurzzeitpflege erweitert. Die Multiplikatorinnen der Mitgliedspflegeeinrichtungen und des VEKP können nunmehr auf der Grundlage ihrer Schulung auch in der Tages- und Kurzzeitpflege die entbürokratisierte Pflegedokumentation implementieren.

Der Verband nahm auch im vergangenen Berichtszeitraum Schulungen zur Einführung des Strukturmodells in sein Seminarprogramm auf.

17. Seminare und Veranstaltungen 2016/2017 und 2017/2018

Im Rahmen der jährlichen Treffen von Mitgliedspflegeeinrichtungen und Krankenhäusern in der AG Seminare wurden die Themen für die Seminarprogramme gemeinsam mit den Fortbildungsbeauftragten der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser entwickelt und abgestimmt.

Der VEKP lud unter dem Motto „Neues erfolgreich meistern – Wissen aktualisieren und pflegen“ in seinem Jahresprogramm von September 2016 bis Juli 2017 zu folgenden Seminaren ein:

- ▶ „Vorbeugen ist besser als Heilen!“ Gefährdungsbeurteilung der BGW bei psychischen Belastungen
- ▶ Pflegebedürftigkeitsbegriff und Krankenhaus – Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes auf die Pflege im Krankenhaus
- ▶ Neues Begutachtungsassessment (NBA) – Qualitätsprüfungen gemäß §§ 114, 114a SGB XI
- ▶ Entbürokratisierung
- ▶ Kreativköpfe – das Potential der Fantasie
- ▶ „Sterben in Würde – habe ich alles richtig gemacht?“
- ▶ „So und nicht anders wird es gemacht – geben Sie Acht auf meine Mutter!“
- ▶ Förderung der Mobilität durch professionelle Pflege
- ▶ Freiheitsentziehende Maßnahmen – bleibende Herausforderung für professionell Pflegende

Bei der Umsetzung des PSG II ergaben sich in den Einrichtungen zahlreiche Fragestellungen. So war und ist z.B. das Belegungsmanagement

unter den neuen Bedingungen entsprechend zu gestalten. Der VEKP reagierte darauf zeitnah und bot ein zusätzliches Seminar an:

- ▶ Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) – Aufnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationäre Pflegeeinrichtungen
Umsetzung durch Sozialdienst, Administration und Belegungsmanagement

Außerdem gab es zur Anwendung des NBA einen hohen Schulungsbedarf. Der Verband bot hierzu zwei Zusatzseminare an.

Alle Seminarprogramme sind über die „RbP-Registrierung beruflich Pflegenden GmbH“ zertifiziert worden und ermöglichen den Teilnehmenden den Erwerb von Fortbildungspunkten.

Über das fachliche Angebot hinaus geben die Seminare Raum für einen kollektiven Erfahrungsaustausch der Mitarbeitenden. Die Seminare sind somit ein wichtiger Bestandteil des Netzwerkes im VEKP und Teil der Qualifizierung und Wertevermittlung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen des VEKP.

Ergänzend zum eigenen verbandlichen Seminarangebot wurden Inhouse-Veranstaltungen in 14 Mitgliedseinrichtungen vermittelt und bei Bedarf organisatorisch vorbereitet und unterstützt. Die Inhouse-Veranstaltungen betrafen die Themen:

- ▶ Rechtssicherheit im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
- ▶ Kommunikation mit Angehörigen
- ▶ Teambegleitung/-entwicklung
- ▶ Wertschätzende Kommunikation

Im Zeitraum 2016/2017 war folgende Inanspruchnahme des Seminarangebotes zu verzeichnen:

Veranstaltungsart	Anzahl Seminare	Teilnehmende	Anzahl der Mitgliedseinrichtungen
Seminare	12	168	28
Inhouse	22	194	14
Gesamt	34	362	

Das Seminarprogramm für 2017/2018 wurde den Mitgliedseinrichtungen im Juli 2017 unter dem Motto „Herausforderungen und Aufgaben pflegerisch-diakonischer Arbeit“ als Broschüre

und Poster zur Verfügung gestellt. Es nimmt die Themen der Pflegepraxis sowie die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit folgendem Angebot auf:

- ▶ „Gewalt in der Pflege – Herausforderungen für professionell Pflegende
- ▶ Pflegegradmanagement
- ▶ Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (NBI) – Qualitätsprüfungen gemäß § 114 ff SGB XI
- ▶ Update Entbürokratisierung
- ▶ Dienstplangestaltung unter Berücksichtigung des Neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit
- ▶ „Wann kann ich gehen? – Sterben in Würde“
- ▶ „Ene mene muh – und raus bist du!“

- ▶ „Sand im Kopf“
- ▶ Freiheitsentziehende Maßnahmen – bleibende Herausforderung für professionell Pflegende

Auch die Seminare in 2017/18 sind über die „RbP-Registrierung beruflich Pflegender GmbH“ zertifiziert. Der Verband bietet bei Bedarf auch im Zeitraum 2017/18 zusätzliche Seminare an und koordiniert Inhouse-Veranstal-

tungen für die Mitgliedseinrichtungen. Die eingegangenen Reservierungen bestätigen das anhaltende Interesse der Mitgliedseinrichtungen an den Seminarangeboten des VEKP.

18. Entwicklung der Berufe im Gesundheitswesen

Am 24. Juli 2017 wurde das „Gesetz zur Reform der Pflegeberufe“ (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) verabschiedet. Der erste Ausbildungsjahrgang soll am 1. Januar 2020 beginnen. Die Bewertung des nach langen Diskussionen gefundenen Kompromisses ist auch quer durch die Parteien sehr unterschiedlich. Für den VEKP enttäuschend ist, dass nicht gemeinsam

mit dem Gesetzentwurf auch die curricularen Inhalte und ein schlüssiges Finanzierungskonzept vorgelegt wurden. Erst auf dieser Grundlage wäre eine abschließende Bewertung des PflBRefG möglich. Das Curriculum soll im Frühjahr 2018 vorgestellt und in die politischen Diskussionen eingebracht werden.

19. Öffentlichkeitsarbeit

19.1 Internetauftritt VEKP

Anfang 2017 kündigte der VEKP an, dass er Ende Februar 2017 im Diakonieportal eine Themenseite „Hygiene transparent“ einstellen werde, auf der die Mitgliedskrankenhäuser ihre Initiativen zur Sicherung und Verbesserung der Hygiene darstellen können. Die Meldungen würden außerdem auf Facebook und Twitter der Diakonie Berlin-Brandenburg schlesische Oberlausitz veröffentlicht.

Der Aufruf des VEKP an seine Mitgliedskrankenhäuser, sich an der Themenseite zu beteiligen, fand eine breite Unterstützung durch themenspezifische Beiträge, Informationen, Handlungsempfehlungen, Videoclips, Hinweise auf Aktionstage etc. Interessierte Laien, die Politik und die Selbstverwaltungspartner können sich nunmehr ein eigenes Bild zum Thema Hygiene in den Mitgliedseinrichtungen des VEKP als integralem Bestandteil jeglicher Patientenbehandlung machen.

19.2 Öffentliche Stellungnahmen

Zu folgenden Themen wurde vom VEKP im Berichtszeitraum eine öffentliche Stellungnahme abgegeben:

- 10. November 2016 „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ auf der Berliner Pflegekonferenz vorgestellt
- 15. März 2017 „Alles wirkliche Leben ist Begegnung!“
- 19. Mai 2017 Ehemaliger Vorstandsvorsitzender des VEKP im Ruhestand
- 12. Juli 2017 Krankenhausfinanzierung in Berlin auch weiterhin nicht ausreichend
- 14. Juli 2017 „Herausforderungen und Aufgaben pflegerisch-diakonischer Arbeit“
- 11. September 2017 Krankenhausinvestitionsmittel im Entwurf des Doppelhaushaltes 2018/2019 – Berliner Senat benachteiligt die diakonischen Krankenhäuser!

19.3 Öffentliche Veranstaltungen evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg

Auch im Jahr 2017 haben sich die Mitgliedskrankenhäuser und -pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg auf den Weg gemacht, eine Veranstaltungsreihe unter dem Motto „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ zu organisieren. Beginnend am 1. April 2017 in Brandenburg im Johanner-Krankenhaus im Fläming Treuenbrietzen mit einem Symposium, in Berlin am 2. April 2017 im Agaplesion Bethanien Haus Bethesda mit einem Sonntagsbrunch stellen sich die Mitgliedseinrichtungen des VEKP auf über 190 Veranstaltungen einer interessierten Öffentlichkeit. Der VEKP hat die von seinen Mitgliedseinrichtungen angekündigten Veranstaltungen, die

Patientinnen/Patienten, Bewohnerinnen/Bewohner bzw. deren Angehörigen sowie sonstigen Interessierten Gelegenheit geben sollen, sich von hohem Engagement und der Expertise der Mitarbeitenden in den Mitgliedseinrichtungen des Verbandes, deren Leistungsspektrum und der Behandlungs- bzw. Pflegequalität zu überzeugen, wiederum in Broschürenform zusammengefasst und über eine Pressemitteilung bzw. direkte Anschreiben unserer Partner in den Berliner und Brandenburger Senatsverwaltungen bzw. Ministerien sowie in den Kassenverbänden einem breiten Adressatenkreis bekannt gemacht.

20. Förderung komplementärer Strukturen

20.1 Hospizarbeit

Um die sich ständig vergrößernde Bedeutung der stationären Hospizarbeit und die enge Verbindung von Mitgliedsträgern des VEKP zur stationären

Hospizarbeit zu würdigen, setzte der VEKP seine finanzielle Unterstützung der Hospizarbeit fort.

20.2 Deutschlandstipendium

Nachdem der Vorstand im Jahr 2013 beschlossen hat, angesichts von Diskussionen über einen sich abzeichnenden Fachkräftemangel die Übernahme von Stipendien für zwei Studierende an der Evangelischen Hochschule Berlin als Kofinanzierung im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung

und Forschung ausgeschriebenen Deutschlandstipendiums zu übernehmen, setzte der VEKP sein Engagement auch im vergangenen Geschäftsjahr fort, um damit einen erkennbaren Beitrag zur Qualifizierung und Bildung engagierter junger Menschen zu leisten.

20.3 Dienstgeberverband (dgv)

Der VEKP wird auch zukünftig seine Unterstützung der Arbeit des dgv durch die Bereitstellung von Finanzmitteln zum Ausdruck bringen, um diesen bei der Weiterentwicklung des diakonischen Arbeitsrechts im Sinne der Mitgliedseinrichtungen des VEKP

zu stärken und handlungsfähig zu machen. Eine inhaltliche Begleitung der Arbeit des dgv findet regelhaft über den Vorsitzenden, der zugleich auch geschäftsführendes Vorstandsmitglied im dgv ist, statt.

Anhang zum Geschäftsbericht 2017

Geschäftsordnung

Geschäftsordnung für den Verband Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin-Brandenburg

§ 1 Name und Rechtsform

Die dem Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg – Innere Mission und Hilfswerk – e.V. angeschlossenen Rechtsträger von Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich der Einrichtungen der teilstationären Pflege sowie der Kurz-

zeitpflege) bilden einen Verband als Arbeitsgemeinschaft im Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg. Er trägt den Namen: Verband Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin-Brandenburg.

§ 2 Zweck und Aufgaben

(1) Der Zweck des Verbandes ist die Förderung der missionarisch-diakonischen Arbeit der evangelischen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg, ihrer Solidargemeinschaft und die Wahrnehmung ihrer Fachinteressen.

(2) Der Verband nimmt seine Aufgaben unbeschadet der Gesamtinteressenvertretung diakonischer Arbeit in Berlin und Brandenburg durch das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg – Innere Mission und Hilfswerk – e.V. selbstständig wahr.

(3) Insbesondere geschieht dies durch
▶ laufende Information und Beratung der Mitglieder in rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Angelegenheiten sowie Unterstützung im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten;
▶ Vertretung und Mitarbeit in den

Landeskrankenhausgesellschaften von Berlin und Brandenburg und allen ihren Fachausschüssen sowie in den einschlägigen Gremien der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege;

▶ beratende Begleitung der Mitglieder im Pflegesatz-/Heimentgeltverfahren, bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen und den Schiedsstellenverfahren;

▶ die Beobachtung und Auswertung der Fortschreibung von Krankenhaus-/Landespflegeplänen, der Großgeräteplanung und der Investitionsplanung sowie der Vertretung in den einschlägigen Fachgremien;

▶ die Erarbeitung gemeinsamer Positionen und deren Vertretung im Auftrag der Mitglieder gegenüber dem Landtag/Abgeordnetenhaus, den Länderregierungen, den zuständigen Ministerien/Senatsverwaltungen, Behörden, Sozialversicherungsträ-

gern sowie anderen Institutionen und Interessengruppen;

► die Gewährleistung und Förderung des Informations- und Erfahrungsaustausches sowie die Erarbeitung von Fortbildungsangeboten für alle Bereiche der Arbeit einschließlich der Seelsorge.

(4) Voten oder Entscheidungen über existenzielle, strukturelle, finanzielle und rechtliche Angelegenheiten einzelner Mitgliedseinrichtungen fallen nicht in den Aufgabenbereich des Verbandes, sofern ein Mandat des Trägers nicht ausdrücklich erteilt ist.

§ 3 Mitgliedschaft

(1) Mitglied des Verbandes können die dem Diakonischen Werk Berlin Brandenburg – Innere Mission und Hilfswerk – e.V. angeschlossenen Rechtsträger von Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen sowie sonstige Organisationen, die auf dem Gebiet des evangelischen Krankenhauswesens tätig sind, werden.

(2) Die Mitgliedschaft endet durch Austritt oder durch Ausschluss. Der Austritt kann nur zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten erklärt werden. Mitglieder, die nicht mehr im evangelischen Krankenhaus- bzw. Pflegeeinrichtungsbereich tätig sind oder erheblich gegen diese Ordnung verstoßen, können ausgeschlossen werden.

§ 4 Organe

Organe des Verbandes sind:

1. die Mitgliederversammlung
2. der Vorstand

§ 5 Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ des Verbandes.

(2) Die Träger der Mitgliedskrankenhäuser und -Pflegeeinrichtungen entsenden in die Mitgliederversammlung bei bis zu 200 ordnungsbehördlich genehmigten Betten/heimgesetzlich angezeigten Pflegeplätzen 2 Vertreter, bei bis zu 300 ordnungsbehördlich genehmigten Betten/heimgesetzlich

angezeigten Pflegeplätzen 3 Vertreter, bei bis zu 500 ordnungsbehördlich genehmigten Betten/heimgesetzlich angezeigten Pflegeplätzen 4 Vertreter, bei über 500 ordnungsbehördlich genehmigten Betten/heimgesetzlich angezeigten Pflegeplätzen 5 Vertreter. Die Träger sonstiger Organisationen, die auf dem Gebiet des evangelischen Krankenhauswesens tätig sind, entsenden je 1 Vertreter.

(3) Eine gegenseitige Vertretung der Mitglieder ist nicht zulässig. Jedoch kann ein Vertreter die Stimme der weiteren Vertreter des gleichen Mitglieders übernehmen.

(4) Die Mitgliederversammlung ist beschlussfähig, wenn die Hälfte der stimmberechtigten Vertreter versammelt ist. Ist eine Mitgliederversammlung nicht beschlussfähig, weil die dafür erforderliche Anzahl von Vertretern nicht versammelt ist, hat der Vorstand innerhalb von zwei Wochen zu einer neuen Mitgliederversammlung mit derselben Tagesordnung einzuladen. Diese Mitgliederversammlung ist dann ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Vertreter beschlussfähig.

(5) Die Mitgliederversammlung fasst ihre Beschlüsse mit der einfachen Mehrheit der anwesenden Vertreter. Hinsichtlich des § 6 in den Positionen 5 „Entlastung des Vorstandes“, 6 „Ge-

nehmigung des Wirtschaftsplans“ und 7 „Feststellung des Mitgliedsbeitrages einschließlich der Umlage“ fasst die Mitgliederversammlung ihre Beschlüsse mit Zweidrittelmehrheit der Stimmen.

Hinsichtlich der §§ 12 „Auflösung des Verbandes“ und 13 „Änderung der Geschäftsordnung“ sowie des § 6 in der Position 9, 2. Halbsatz „Ausschluss eines Mitglieders“ fasst die Mitgliederversammlung ihre Beschlüsse mit Dreiviertelmehrheit der Stimmen.

(6) Im Jahr ist mindestens eine ordentliche Mitgliederversammlung abzuhalten. Auf Wunsch von einem Viertel der stimmberechtigten Vertreter kann eine Mitgliederversammlung einberufen werden. Die Einladung erfolgt schriftlich durch den Vorsitzenden oder seinen Stellvertreter mit einer Frist von 14 Tagen unter Angabe der Tagesordnung und der gegebenenfalls eingeladenen Gäste.

§ 6 Aufgaben der Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung ist zuständig für:

- (1) Aufstellung allgemeiner Grundsätze für die evangelische Krankenhaus- und Pflegeeinrichtungsarbeit in Berlin und Brandenburg
- (2) Beratung und Beschlussfassung in Grundsatzangelegenheiten des Verbandes
- (3) Entgegennahme und Beratung des Geschäftsberichtes
- (4) Genehmigung der Jahresrechnung

- (5) Entlastung des Vorstandes
- (6) Genehmigung des Wirtschaftsplanes
- (7) Feststellung des Mitgliedsbeitrages einschließlich der Umlagen
- (8) Wahl des Vorstandes
- (9) Beschlussfassung über die Aufnahme und den Ausschluss eines Mitglieders
- (10) Änderung der Geschäftsordnung
- (11) Auflösung des Verbandes und Beschlussfassung über die Verwendung des Vermögens

§ 7 Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus 8 gewählten Mitgliedern, von denen ein Mitglied aus einer evangelisch-freikirchlichen Einrichtung kommen muss, und aus dem Geschäftsführer. Die Region Berlin und die Region Brandenburg sind mit je mindestens zwei Mitgliedern im Vorstand vertreten.

(2) Die Amtszeit des Vorstandes beträgt vier Jahre.

Die Mitglieder des Vorstandes werden – ausgenommen der Geschäftsführer – für die Dauer der Amtszeit des Vorstandes gewählt. Sie bleiben bis zur Neuwahl im Amt. Wiederwahl ist zulässig. Die Mitgliederversammlung kann im Rahmen der Wahl des Vorstandes eine Nachfolgeregelung für den Fall des vorzeitigen Ausscheidens von Vorstandsmitgliedern beschließen. Die gewählten Mitglieder des Vorstandes

arbeiten ehrenamtlich, der Geschäftsführer hauptamtlich.

(3) Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist. Ein Drittel der Vorstandsmitglieder kann die Einberufung einer Vorstandssitzung verlangen.

(4) Der Vorstand wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter.

(5) Der Vorstand tagt mindestens einmal vierteljährlich. Er wird vom Vorsitzenden unter Angabe der Tagesordnung einberufen. Der Vorstand fasst seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Über die Vorstandssitzungen werden Protokolle gefertigt.

§ 8 Aufgaben des Vorstandes

(1) Der Vorstand kontrolliert die Arbeit innerhalb des Verbandes, insbesondere die Umsetzung seiner eigenen und der von der Mitgliederversammlung gefassten Beschlüsse.

(2) Der Vorstand stellt den von der Geschäftsstelle vorbereiteten Wirtschaftsplan und die Jahresrechnung fest.

(3) Der Vorstand bereitet mit Unterstützung der Geschäftsstelle die Mitgliederversammlung vor.

§ 9 Geschäftsführung

Der Geschäftsführer des Verbandes wird nach Auswahl und Berufung durch den Vorstand des Verbandes vom Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg – Innere Mission und Hilfs-

werk – e. V. angestellt. Er verantwortet im Vorstand die Arbeit der Geschäftsstelle.

§ 10 Fachausschüsse

Zur Unterstützung und Vorbereitung der Mitgliederversammlung oder der Arbeit des Vorstandes können Fach-

ausschüsse mit Zustimmung der Mitgliederversammlung eingesetzt werden.

§ 11 Mitgliedsbeiträge

Zur Deckung der Aufwendungen des Verbandes und für die Geschäftsführung werden Mitgliedsbeiträge erhoben, die auch die Umlagen für das

Diakonische Werk Berlin-Brandenburg – Innere Mission und Hilfswerk – e. V. enthalten.

§ 12 Auflösung des Verbandes

(1) Die Auflösung des Verbandes kann nur in einer unter Bekanntgabe dieses Tagesordnungspunktes einberufenen Mitgliederversammlung mit einer Mehrheit von Dreivierteln der anwesenden stimmberechtigten Vertreter beschlossen werden.

(2) Der Verband muss aufgelöst werden, wenn die Erfüllung seiner satzungsmäßigen Zwecke unmöglich wird.

(3) Das bei seiner Auflösung vorhandene Vermögen fällt dem Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg – Innere Mission und Hilfswerk – e. V. zu. Es ist zur Förderung der Arbeit in evangelischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen im Sinne der §§ 51 – 68 der Abgabenverordnung von 1977 gemäß Beschluss der Mitgliederversammlung zu verwenden.

§ 13 Änderung der Geschäftsordnung

Eine Änderung dieser Geschäftsordnung kann nur in einer unter Bekanntgabe dieses Tagesordnungspunktes einberufenen Mitgliederversammlung mit einer Mehrheit von Dreivierteln der anwesenden stimmberechtigten

Vertreter beschlossen werden. Deren Übereinstimmung mit der Satzung des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg – Innere Mission und Hilfswerk – e. V. wird vom Diakonischen Rat festgestellt.

§ 14 Schlussbestimmung

Die am 28. November 1996 beschlossene Geschäftsordnung tritt mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Berlin, den 28. November 1996

Impressum

Herausgeber:

Verband Evangelischer Krankenhäuser
und stationärer Pflegeeinrichtungen
in Berlin-Brandenburg (VEKP)

Paulsenstraße 55 – 56
12163 Berlin (Steglitz)

Telefon (0 30) 8 20 97 – 302
Telefax (0 30) 8 20 97 – 272

E-Mail: Krankenhausverband@DWBO.de
Web: www.vekp.de

Gestaltung und Herstellung:

CDS Design GmbH
Die Corporate Design Spezialisten
Bundesallee 119
12161 Berlin
Email: info@cdsdesign.de
Web: www.cdsdesign.de

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier
(FSC® zertifiziert).



The mark of
responsible forestry

Diakonie 

Berlin-Brandenburg-
schlesische Oberlausitz

Paulsenstraße 55 – 56
12163 Berlin

Telefon (0 30) 8 20 97 – 302

Telefax (0 30) 8 20 97 – 272

E-Mail krankenhausverband@dwbo.de

Web www.vekp.de