

Verband Evangelischer Krankenhäuser  
und stationärer Pflegeeinrichtungen  
in Berlin-Brandenburg

vekp.de

# Gemeinsame Positionen entwickeln Ziele

Geschäftsbericht

2019

**Diakonie** 

Berlin-Brandenburg-  
schlesische Oberlausitz



# **Geschäftsbericht 2019**

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

## Vorwort

Die stationäre Gesundheitsversorgung in Berlin und Brandenburg beruht auf dem festen Fundament der Trägervielfalt und der wohnortnahen Versorgung. Basis für eine bedarfsgerechte Versorgung ist die Krankenhausplanung mit ihrem Wissen um den notwendigen Versorgungsbedarf vor Ort. Aktuell scheint das insbesondere bundespolitisch nicht immer zu gelten. Bundeseinheitliche Struktur- und Personalanforderungen der Gesundheitsgesetzgebung haben unmittelbaren Einfluss auf die regionalen Versorgungsstrukturen und schränken den Handlungsspielraum der Länder ein. Ergänzend hierzu sorgte eine Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung im Sommer 2019, die zu dem Ergebnis kommt, zahlreiche Krankenhäuser seien zu schließen und die verbleibenden Kliniken zu Großkliniken auszubauen, für Diskussionen. Die Umsetzung der Studie wäre eine Zerstörung sozialer Infrastruktur, welche die medizinische Versorgung nicht verbessert, sondern in einem unververtretbaren Maße ausdünnen würde. Vielleicht lässt sich aus ökonomischer Sicht leicht über Zentralisierung und Kapazitätsabbau befinden. Was jedoch, wenn dabei die Bedürfnisse älterer oder in anderer Weise eingeschränkter Menschen,

die eine familien- und wohnortnahe Versorgung benötigen, unter den Tisch fallen?

Der VEKP hat sich in dieser Diskussion umgehend zu Wort gemeldet und dankbar realisiert, dass die für die Krankenhausplanung verantwortlichen politischen Leitungen in Berlin und Brandenburg es weder für sinnvoll noch für nötig erachten, Krankenhausstandorte in der Region infrage zu stellen.

Diakonische Krankenhäuser sind und bleiben ein verlässlicher Ansprechpartner und vertrauensvoller Begleiter für alle Patient\*innen. An 27 Standorten wird Hilfe geleistet, von der Kinderbis zur Altersmedizin. Dafür stehen rund 1.500 Ärztinnen und Ärzte, über 3.800 Pflegekräfte sowie eine Vielzahl weiterer Mitarbeitender. Für diese Mitarbeitenden gute Arbeitsbedingungen zu schaffen, war ein wichtiger Teil der politischen Diskussionen im Berichtszeitraum. Diakonische Krankenhäuser arbeiten auf der Basis der Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (AVR DWBO) und stellen damit seit Jahrzehnten flächendeckende „tarifliche“ Arbeitsbedingun-

gen. Das ist ein besonderer Wert, an dem auch in der Zukunft festgehalten werden sollte.

Ausbildung ist Wesensmerkmal diakonischer Arbeit. Knapp 1.000 Menschen werden aktuell für Gesundheitsberufe in den Mitgliedseinrichtungen ausgebildet. Und eine Steigerung der Ausbildungszahlen ist beabsichtigt. Mit Sorge verfolgt der VEKP dabei allerdings die politischen Akzentsetzungen im Land Berlin. Mit der Förderung eines Ausbildungscampus für die öffentlichen Träger, ohne Berücksichtigung des notwendigen Unterstützungsbedarfs diakonischer Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, können wir nicht zufrieden sein. Träger Vielfalt und deren faire Umsetzung

sieht anders aus – dafür werden wir uns weiterhin aktiv in den politischen Diskussionen einsetzen.

20 Jahre „Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus“ ist eine Erfolgsstory gerade auch unserer verbandlichen Arbeit zur Verbesserung der Bedingungen in der stationären Pflege – sowohl für die Bewohner\*innen, als auch für die Arbeit der Pflegenden in den Einrichtungen.

Wir laden Sie ein, sich durch den nachfolgenden Bericht einen Überblick über die Aktivitäten des VEKP und der im Verband organisierten diakonischen Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen zu verschaffen.

**Roy J. Noack**  
Vorstandsvorsitzender

**Detlef Albrecht**  
Geschäftsführer

# Inhalt

<b>1.</b>	<b>Organisation des VEKP</b> . . . . .	7
<b>1.1</b>	Mitglieder und Mitgliederversammlung . . . . .	7
<b>1.2</b>	Vorstand . . . . .	8
<b>1.3</b>	Geschäftsführung und Geschäftsstelle . . . . .	8
<b>1.4</b>	Vertretung der Geschäftsstelle in Gremien und Institutionen . . . . .	8
<b>1.4.1</b>	Vertretung in Gremien Berlin . . . . .	8
<b>1.4.2</b>	Vertretung in Gremien Brandenburg . . . . .	9
<b>1.4.3</b>	Weitere Gremien . . . . .	9
<b>1.5</b>	Gremien innerhalb des DWBO e.V. . . . .	9
<b>1.6</b>	Ständige interne Beratungsgremien des VEKP . . . . .	9
<b>2.</b>	<b>Politische und gesetzliche Entwicklungen</b> . . . . .	10
<b>3.</b>	<b>Fachkräftesicherung</b> . . . . .	13
<b>4.</b>	<b>Übergreifende Gremienarbeit</b> . . . . .	15
<b>4.1</b>	Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg . . . . .	15
<b>4.2</b>	Gemeinsame Landesgremien gemäß § 90a SGB V . . . . .	15
<b>4.3</b>	Landespflegeausschuss (LPA) . . . . .	16
<b>5.</b>	<b>Vergütung von Krankenhausleistungen</b> . . . . .	17
<b>5.1</b>	Landesbasisfallwerte Berlin und Brandenburg . . . . .	17
<b>5.2</b>	Budget- und Entgeltverhandlungen 2017 bis 2019 . . . . .	18
<b>5.3</b>	Finanzierung der Gesundheitsberufe im Krankenhaus . . . . .	21
<b>5.4</b>	Pflegepersonaluntergrenzen . . . . .	22
<b>5.5</b>	Ausgliederung der Pflegepersonalkosten . . . . .	23
<b>6.</b>	<b>Datenprojekte des VEKP</b> . . . . .	23
<b>6.1</b>	Trägerverbandsübergreifende AG „Sonstige Entgelte“ . . . . .	24
<b>6.2</b>	Trägerverbandsübergreifende AG „PEPP“ . . . . .	24
<b>7.</b>	<b>Entwicklung der diakonischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg in den Jahren 2014 bis 2018</b> . . . . .	25
<b>8.</b>	<b>Krankenhausplanung Berlin und Brandenburg</b> . . . . .	28
<b>9.</b>	<b>Krankenhausinvestitionsfinanzierung Berlin und Brandenburg</b> . . . . .	29

<b>10.</b>	<b>Notfallversorgung</b> . . . . .	31
<b>11.</b>	<b>Rechts- und Vertragsangelegenheiten</b> . . . . .	33
<b>11.1</b>	Klagewelle Komplexpauschalen . . . . .	33
<b>11.2</b>	Entlassmanagement . . . . .	33
<b>11.3</b>	Datenschutz im Krankenhaus . . . . .	34
<b>11.4</b>	Rechtsprechung . . . . .	35
<b>12.</b>	<b>Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus</b> . . . . .	37
<b>13.</b>	<b>Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI vollstationäre Pflege Berlin</b> . . . .	38
<b>14.</b>	<b>Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen</b> . . . . .	39
<b>15.</b>	<b>Vergütungsregelungen für stationäre Pflegeeinrichtungen 2020–2021</b> . . . . .	41
<b>16.</b>	<b>Beratung stationärer Pflegeeinrichtungen.</b> . . . . .	42
<b>17.</b>	<b>Seminare</b> . . . . .	43
<b>18.</b>	<b>Öffentlichkeitsarbeit</b> . . . . .	45
<b>18.1</b>	Internetauftritt VEKP . . . . .	45
<b>18.2</b>	Internetauftritt VEKP – Öffentliche Stellungnahmen . . . . .	46
<b>18.3</b>	Internetauftritt VEKP – Öffentliche Veranstaltungen Mitglieder . . . . .	47
<b>19.</b>	<b>Förderung komplementärer Strukturen und weitere Themen</b> . . . . .	48
<b>19.1</b>	Hospizarbeit . . . . .	48
<b>19.2</b>	Deutschlandstipendium . . . . .	48
<b>19.3</b>	Dienstgeberverband (dgv) . . . . .	48
<b>19.4</b>	Kinderschutz im Krankenhaus . . . . .	49
	 Anhang: Geschäftsordnung . . . . .	  51





# 1. Organisation des VEKP

## 1.1 Mitglieder und Mitgliederversammlung

- ▶ Agaplesion Bethanien Diakonie gemeinnützige 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
- ▶ Friedrich von Bodelschwingh-Klinik gemeinnützige GmbH
- ▶ Hoffnungstaler Stiftung Lobetal
- ▶ Immanuel-Krankenhaus GmbH
- ▶ Immanuel-Miteinander Leben GmbH
- ▶ Johanniter GmbH, Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen
- ▶ Evangelisches Zentrum für Altersmedizin 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
- ▶ Pflegewohnhaus am Waldkrankenhaus gemeinnützige GmbH
- ▶ 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 (bis 31. Dezember 2019)
- ▶ Wilfried Wesemann (bis 30. Juni 2018)

## 1.3 Geschäftsführung und Geschäftsstelle

- ▶ Detlef Albrecht (Geschäftsführer)
- ▶ Frank Hapke (stv. Geschäftsführer/Referat Rechts- und Vertragsangelegenheiten)
- ▶ Andreas Tietze (Referat Entgelt- und Budgetangelegenheiten, Statistik)
- ▶ Astrid Paul (Referat Pflegeversicherung und Seminare)
- ▶ Dima Georgieva (Sekretariat/Sachbearbeitung) (in Elternzeit)
- ▶ Beate Wegner (Sekretariat/Sachbearbeitung)
- ▶ Elisa Maria Maierhofer (Sekretariat/Sachbearbeitung) (bis 31. März 2019)
- ▶ Sigrun Bönnemann (Sekretariat/Sachbearbeitung) (ab 15. Juli 2019) (Vertretung)

## 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 (Vorsitzender), Paul)
- ▶ Lenkungsausschuss Qualitätssicherung (Albrecht)
- ▶ Lenkungsausschuss Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus (Albrecht, Vorsitzender)
- ▶ Regionalausschuss Krankenhausplanung (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)
- ▶ Schiedsstelle nach § 36 PflBG (Tietze)

#### 1.4.2 Vertretung in Gremien Brandenburg

- ▶ LKB-Vorstand (Albrecht (stv. Vorsitzender), Hapke (bis Mai 2019))
- ▶ LKB-Planungsausschuss (Albrecht, Hapke)
- ▶ LKB-Finanzierungsausschuss (Albrecht)
- ▶ LKB-Arbeitsgruppe Verträge (Hapke)
- ▶ Landeskonferenz für Krankenhausplanung gem. § 13 BbgKHEG (Albrecht)
- ▶ Arbeitsgruppe stationäre Versorgung der Landeskonferenz Brandenburg (Albrecht)
- ▶ Schiedsstelle Brandenburg nach § 18a KHG (Albrecht, Tietze)
- ▶ Schiedsstelle Brandenburg nach §§ 114 und 115 SGB V (Albrecht)
- ▶ Erweiterter Landesausschuss für das Land Brandenburg, § 116b SGB V (Hapke)
- ▶ Schiedsstelle nach § 36 PflBG (Tietze)

#### 1.4.3 Weitere Gremien

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

#### 1.5 Gremien innerhalb des DWBO e.V.

- ▶ Leitungskonferenz des DWBO (Albrecht)
- ▶ AG Familienorientierung (Albrecht)
- ▶ AG Juristinnen/Juristen im DWBO (Hapke)
- ▶ AG sexualisierte Gewalt (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
- ▶ Netzwerk Entlassmanagement
- ▶ Netzwerk Datenschutzrecht

## 2. Politische und gesetzliche Entwicklungen

Der Berichtszeitraum war geprägt von hektischen politischen Aktivitäten und daraus folgenden Gesetzesänderungen. Die gesundheitspolitischen Diskussionen kreisen zunehmend um die Zentralisierung von Strukturen. Dies wird getragen von der unbelegten These, dass die Größe eines Krankenhauses immer auch die Qualität der Leistung bestimmt. Dabei wird übersehen, dass kleine(re) Krankenhäuser, etwa in Brandenburg, oft das einzige Angebot in der Region sind. Sie bilden zudem die Basis auf der sich zukunftssichere Konzepte für die Versorgung der ländlichen Bevölkerung entwickeln können. Ohne eine stationäre Anbindung lassen sich ambulant-stationäre Strukturen nicht gestalten. Der Vorwurf schlechter Qualität, gar der Patientengefährdung, kann nur als Behauptung ohne Beleg gewertet werden. Alle Krankenhäuser sind einem

externen Qualitätssicherungsverfahren unterworfen. Dabei zeigen die Ergebnisse der klein(er)en Krankenhäuser keine strukturellen Qualitätsdefizite. Im Einzelfall, der im Übrigen überall auftreten kann, werden Qualitätsdefizite aufgegriffen.

Bei den Diskussionen über noch zu steigende Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer verstärkt sich der Eindruck, dass es um mittlerweile kaum noch verhehlte Bemühungen zur Zentralisierung von Leistungen geht. Das dient nicht der Verbesserung der Versorgung, sondern deren Gegenteil.

Im Berichtszeitraum wurde eine Vielzahl von Gesetzesänderungen für die Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen beschlossen bzw. eingeleitet. Im Einzelnen seien folgende Gesetzentwicklungen erwähnt:

### Entwicklung der Berufe im Gesundheitswesen

Mit dem Pflegeberufereformgesetz aus dem Jahr 2017 sowie weiteren gesetzlichen Ergänzungen erfolgte eine Neuorganisation der Ausbildung in den Pflegeberufen ab 2020. Im Berichtszeitraum wurden verschiedene Gesetze und Verordnungen zur Umsetzung sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene erlassen. Aufgabe des VEKP war es, die damit verbundenen Änderungen zeitnah zu den Mitgliedern zu transportieren und soweit erforder-

lich, die Verhandlungen auf der Landesebene im Interesse der Mitglieder zu begleiten (siehe 5.3.).

Des Weiteren wurden das Hebammenreformgesetz (Akademisierung), ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung und ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Ausbildung der pharmazeutisch-technischen Assistenz (PTA-Gesetz) in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht.

## MDK-Reform

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er führt im Auftrag der Kranken- und Pflegekassen Prüfungen in den Mitgliedseinrichtungen durch. In den vergangenen Jahren hat sich die Kritik an der Unabhängigkeit des Prüfgeschehens immer weiter verschärft. Mit dem Entwurf des MDK-Reformgesetzes soll eine von den Kostenträgern unabhängige Prüfinstanz geschaffen werden. Der VEKP begrüßt diese Entwicklung. Auch die mit dem Gesetz

verbundene Lösung für Konflikte bei der Krankenhausabrechnung, insbesondere das Verbot der Aufrechnung durch die Krankenkassen und die Begrenzung der Prüfquoten in den Krankenhäusern, wären ein Fortschritt für die Arbeit der Krankenhäuser. Diese Regelungen könnten zu einer Befriedung von Streitfällen und zu einer Reduzierung des Verwaltungsaufwandes in den Krankenhäusern führen. Die konkrete gesetzliche Ausgestaltung wird Gegenstand der Beratungen im kommenden Berichtszeitraum sein.

## Pflegebudget

Das Ende 2018 verabschiedete Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sieht eine Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System (Pflegebudget) ab 2020 vor. Diese Regelung führt zu einer Neuordnung des Finanzierungssystems der Krankenhausleistungen. Die Umsetzung ist eine Herausforderung für den VEKP und seine Mitglieder (siehe 5.5). Die Wirkungen der Neuregelung auf die Budgets der

Krankenhäuser kann derzeit noch nicht abschließend eingeschätzt werden. Es steht allerdings zu befürchten, dass diese regulatorischen Eingriffe der Politik zur Verbesserung der Personalsituation in den Krankenhäuser nicht ohne nachteiligen Einfluss auf die Möglichkeit zur Rekrutierung von Pflegepersonal in den stationären Pflegeeinrichtungen führen werden.

## Pflegepersonalausstattung

Ebenfalls Gegenstand des PpSG ist die Einführung von Regelungen zu Personaluntergrenzen und zur Personalbemessung in den Krankenhäusern (siehe 5.4). Die neuen Bestimmungen sind Teil einer kaum noch zu überschauenden Regelungsdichte mit di-

versen Pflegepersonaluntergrenzen in einzelnen, sensitiven Bereichen sowie im Gesamthaus. Es besteht aus der Sicht des Verbandes die Gefahr einer Überregulierung, die eine am Patientenwohl ausgerichtete Personalsteuerung unmöglich macht.

### **Reform der Notfallversorgung**

Nach der Verabschiedung von Eckpunkten zur Reform der Notfallversorgung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im November 2018 hat das BMG im Sommer 2019 einen Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Für den Krankenhausbereich wird dieser Entwurf, sollte er im Gesetzgebungsverfahren weiter verfolgt werden, erhebliche Auswirkungen auf die Teilnahme an der Notfallversorgung haben. Kernbaustein des Gesetzesentwurfes ist die Über-

tragung des Sicherstellungsauftrages von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Länder. Diese hätten in der Zukunft die Aufgabe, die Notfallversorgung durch den Ausweis sog. Integrierter Notfallzentren (INZ) im Krankenhausplan zu bestimmen. Ob und in welchem Umfang klein(er)e Krankenhäuser an diesem Auftrag beteiligt werden, ist bislang aufgrund fehlender Detailregelungen nicht erkennbar. Das Thema wird den VEKP weiter befassen.

### **Änderungen der Landeskrankenhausgesetze**

Auf Landesebene standen Neuregelungen der Landeskrankenhausgesetze im Mittelpunkt der gesetzgeberischen Aktivitäten. Hier ging es insbesondere

um die rechtliche Absicherung sowie die Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen der Krankenhausplanung durch die Länder.

### 3. Fachkräftesicherung

Die Frage der Fachkräftesicherung entwickelte sich erwartungsgemäß zu einem zentralen Thema in der Arbeit des Verbandes und seiner Mitglieder und wurde in einer Vielzahl von Gremien auf Landes- und Bundesebene bera-

ten. Für den VEKP galt es, die Diskussionen im Auge zu behalten und um eigene Positionsbeschreibungen zu bereichern. Das Thema wurde u. a. von folgenden Gremien und Initiativen diskutiert:

- ▶ Konziertierte Aktion Pflege unter Beteiligung von drei Bundesministerien
- ▶ Berliner Pakt für die Pflege der Senatsgesundheitsverwaltung
- ▶ Volksentscheid für Gesunde Krankenhäuser in Berlin
- ▶ Leiharbeit in der Pflege (SenGPG)
- ▶ Stärkung der landärztlichen Versorgung in Brandenburg

Der VEKP unterstützt alle Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, die Personalsituation in den Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Der Pflegeberuf ist ein attraktiver Ausbildungsberuf mit steigenden Ausbildungszahlen. Der VEKP setzt sich dafür ein, die Ausbildungszahlen weiter zu steigern. Aktuell befinden sich rund 700 Menschen in der Pflegeausbildung diakonischer Krankenhäuser. Hinzu kommen rund 300 Auszubildende in weiteren Gesundheitsberufen. Mit dem Pakt für die Pflege strebt der Berliner Senat eine deutliche Steigerung der Ausbildungskapazitäten in Berlin an. Der VEKP begrüßte diese Aktivität. Er forderte jedoch zugleich, dass für alle Krankenhäuser gleiche Bedingungen zur Erweiterung der Ausbildungskapazitäten geschaffen werden. Die aktuelle Landespolitik mit der Sonderförderung eines Ausbildungscampus von Vivantes und Charité ist für die diakonischen Träger nicht akzeptabel. Hier müssen

Lösungen erarbeitet werden, die eine mindestens gleichrangige Einbindung diakonischer Träger in die Erhöhung der Ausbildungszahlen gewährleisten.

Anfang 2018 startete eine gewerkschaftlich unterstützte Initiative einen „Volksentscheid für Gesunde Krankenhäuser“. Die Initiative zielte auf ein „Gesetz zur Verbesserung der Patient\*innensicherheit im Krankenhaus“. Politisch waren diese Forderungen nachvollziehbar. Der VEKP wies allerdings bereits sehr früh darauf hin, dass das Volksbegehren aus verfassungsrechtlichen Gründen unzulässig sei. Diese Beurteilung wurde im Juli 2019 von der Senatskanzlei bestätigt.

Alle Beteiligten sind sich einig, dass die Wertschätzung der Arbeit in den Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen auch in guten Arbeitsbedingungen und einer angemessenen Vergütung zum Ausdruck kommt. Das DWBO bietet mit seinen Mitgliedern

mit den AVR DWBO solche Bedingungen und kann sich an den Wettbewerbern messen lassen. Bereits Mitte 2018 verständigten sich die Partner der AK DWBO auf eine Anhebung der Einkommen im Zeitraum 2019-2021 um 8,1 %. Gleichzeitig führten Veränderungen im Zulagensystem zu einer deutlichen Erhöhung der Zulagen für Nacht-, Sonntags- und Feiertagsarbeit. Damit werden zu unattraktiven Zeiten zumindest attraktive Arbeitsbedingungen geboten.

Der VEKP verwies bei seinen Darstellungen zur Attraktivität des Arbeitsplatzes in stationären Pflegeeinrichtungen stets auch auf das Berliner Projekt zur ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, da es nicht nur die Versorgungsqualität für die Bewohner\*innen, sondern auch die Arbeitsbedingungen für die Pflegenden verbessert. Dies geschieht durch die Sicherheit der Pflegenden einen ärztlichen Ansprechpartner in Krisensituationen an ihrer Seite zu haben. Auch deshalb arbeitet der VEKP weiter darauf hin, dieses Projekt auszuweiten.

Aus dem Mitgliedsbereich wurde im Berichtsjahr über die Zunahme von Zeitarbeit in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen berichtet. Den Mitgliedern wäre in der aktuellen Diskussion zum Fachkräftemangel vermutlich schon sehr geholfen, wenn es gelänge, das Thema Personalleasing in der Pflege erfolgreich anzugehen. Damit verbunden sind Herausforderungen an die Gestaltung der Prozesse sowie erhebliche zusätzliche finanzielle Belastungen für die Mitgliedseinrichtungen. Es zeigt sich jedoch, dass das Thema aufgrund der bundesrechtlichen Regelungen nur schwer in den einzelnen Ländern gestaltet werden kann.

Dankbar aufgenommen und unterstützt hat der VEKP eine Initiative des Landes Brandenburg zur Stärkung der landärztlichen Versorgung im Juli 2019. Bereits seit vielen Jahren fördern die diakonischen Krankenhäuser die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses durch ihre Einbindung in die Medizinische Hochschule Brandenburg und die Ausreichung von Stipendien an Studierende.



## 4. Übergreifende Gremienarbeit

### 4.1 Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg

Der VEKP wirkte im Handlungsfeld 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ des Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg mit. Das Cluster verfolgt das Ziel, die Innovationskraft der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg aufzuzeigen und die Gesundheitswirtschaft zu fördern. Es wird von den Ländern Berlin und Brandenburg getragen und unterstützt. Die Aufgabe dieses Handlungsfeldes sollte sein, die Akteure in der gesundheitlichen Versorgung zu vernetzen und Innovationen, insbesondere in der sektorübergreifenden Versorgung, sowohl für Berliner, als auch für Brandenburger Patient\*innen nutz-

bar zu machen. Im Berichtszeitraum fanden zwei Handlungsfeldworkshops statt, die sich im Kern mit der Notfallversorgung, sektorübergreifenden Projekten in der Region, der Evaluation des Innovationsfonds und der Bundesländer AG sektorenübergreifende Versorgung befassten.

Nach der Zukunftswerkstatt im November 2018, die sich mit dem Thema „Notfallversorgung 2.0“ beschäftigte, ist für den 30. Oktober 2019 eine weitere Zukunftswerkstatt mit dem Thema „Transsektorale Versorgung in der Herzmedizin- von der Prävention bis zur Rehabilitation“ geplant.

### 4.2 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.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Arbeit im Berichtszeitraum lagen im Bereich der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg, einer im Rahmen des Innovationsfonds herausgegebenen Versorgungsforschungsstudie sowie in der Erarbeitung von Versorgungs-

karten als thematische Übersichtskarten zur Erreichbarkeit der verschiedenen medizinischen Standorte im Land Brandenburg. Aus den Karten wird deutlich, dass die Krankenhäuser in Brandenburg ein unverzichtbarer Pfeiler im stationären und zunehmend auch im ambulanten Sektor sind.

Auch das gemeinsame Landesgremium Berlin setzte seine Arbeit fort und beriet u.a. über die bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Behinderung im Berliner Gesundheitswesen sowie die Strukturierung der Notfallversorgung im Land Berlin.

### 4.3 Landespflegeausschuss (LPA)

Zur Beratung von Fragen der Pflegeversicherung ist in jedem Bundesland ein Landespflegeausschuss zu bilden. In den Landespflegeausschüssen sind sämtliche an der Pflege beteiligten Institutionen vertreten. Für die Berliner Krankenhausgesellschaft nimmt der Geschäftsführer des VEKP die Vertretung wahr. Im Berichtszeitraum fanden drei turnusmäßige Sitzungen sowie eine Sonderveranstaltung zum Thema „Zusammenwirken von Krankenhaus und Nachsorgern – ein optimiertes Entlassmanagement“ statt. Aus Krankenhaussicht war es erforderlich gegenüber den nachsorgenden

Einrichtungen deutlich zu machen, dass mit der aktuellen Gesetzgebung neue, strengere Anforderungen an ein Entlassmanagement gestellt werden. Diese Regelungen sind in alle Überlegungen zur (Neu-)Strukturierung eines Entlassmanagements einzubeziehen.

Der Vorsitz des LPA Berlin lag bis Dezember 2019 beim DWBO und war bis Oktober 2019 vakant. Im Übergangszeitraum wurde die Leitung der Sitzungen durch den Stellvertreter wahrgenommen. Im Oktober 2019 wählte der LPA die Direktorin des DWBO zu seiner Vorsitzenden.

## 5. Vergütung von Krankenhausleistungen

### 5.1 Landesbasisfallwerte Berlin und Brandenburg

Nach § 10 KHEntgG vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen jährlich einen Landesbasisfallwert. Seit dem Landesbasisfallwert 2017 sind durch die Neuregelungen des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) gestiegene Leistungszahlen in den Verhandlungen nicht mehr absenkend zu berücksichtigen. Somit waren die Verhandlungen für 2019 erneut geprägt von der Frage, welche Personal- und Sachkostenentwicklungen für das Jahr 2019 plausibel dargelegt werden konnten und damit eine Überschreitung der unteren Bundesbasisfallwertkorridorgrenze i. H. v. 3.508,81 € ermöglichen. Der VEKP war in den Verhandlungskommissionen beider Landeskrankenhausgesellschaften vertreten.

Für beide Bundesländer konnte ein Landesbasisfallwert oberhalb der un-

teren Basisfallwertkorridorgrenze vereinbart werden. Der Landesbasisfallwert 2019 im Land Berlin beträgt 3.532,50 €, im Land Brandenburg 3.530 €. Die Landesbasisfallwerte 2019 berücksichtigten in beiden Bundesländern keine Ausgleiche, in Brandenburg einzig Berichtigungen bei Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 4 KHEntgG. Für die in den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2019 als Ausgangsbasis zugrundeliegenden Casemixpunkte wurde in beiden Bundesländern eine Korridorlösung rund um die für 2019 verständigten Leistungsvolumen vereinbart. Beide Landesbasisfallwerte wurden zum 1. Januar 2019 genehmigt.

Eine zusammenfassende Darstellung der für die Abrechnung im jeweiligen Jahr maßgeblichen Landesbasisfallwerte Berlin und Brandenburg für die Jahre 2017 bis 2019 ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

#### Landesbasisfallwerte

	2017	2018	2019
Berlin	3.350,91 €	3.449,91 €	3.532,50 €
Brandenburg	3.347,67 €	3.444,50 €	3.530 €

## 5.2 Budget- und Entgeltverhandlungen 2017 bis 2019

Auch im aktuellen Berichtszeitraum fanden die Budget- und Entgeltverhandlungen zumeist spät innerhalb oder gar erst nach Ablauf des zu vereinbarenden Budgetjahres statt. Im Ergebnis liegen für das Budgetjahr 2018 noch nicht alle genehmigten Vereinbarungen vor. Über die Budgets des Jahres 2017 konnte für über 75 % der Mitgliedskrankenhäuser eine Einigung mit den Krankenkassen erzielt werden.

Rund 1/3 der Mitgliedskrankenhäuser verfügt über eine genehmigte Budget-

vereinbarung oder eine Einigung mit den Krankenkassen für das Jahr 2018. Für das Jahr 2019 wurden im Mitgliederbereich zum Zeitpunkt der Berichterstellung erst zwei Verhandlungen geführt.

Der VEKP unterstützte seine Mitglieder bei der Vorbereitung der Budget- und Entgeltverhandlungen und zeigte verschiedene Strategien für die Verhandlungen auf.

### **Budgetverhandlung (Mengen und Preise; KHEntG-Bereich)**

Der Ablauf und die Schwerpunkte der Budgetverhandlungen sind gegenüber den Vorjahren nahezu unverändert: Leistungsmenge (Casemix), eventuelle Fixkostendegressionsabschläge bzw. weitergeltende Mehrleistungsabschläge, vereinzelt das Pflegestellenförderprogramm, sowie – je nach Bedeutung im einzelnen Krankenhaus – hausindividuell zu vereinbarende Entgelte/Tagesklinikentgelte. Ein wesentlicher, für 2019 erstmals zu vereinbarenden Tatbestand ist die Einstufung in eine Notfallstufe bzw. deren Umsetzung nach dem Notfallstufenkonzept des G-BA.

Aufgrund der zumeist erst spät unterjährig oder bereits nach Ablauf des zu vereinbarenden Zeitraums geführten Budgetverhandlungen beschränken sich die Leistungsmengenprognosen in der Regel auf eine Abschätzung er-

warteter Folgen von MDK-Prüfungen im Rahmen eines bereits erbrachten Ist-Leistungsgeschehens. Die von den Kassen initiierten Klagen zu den geriatrischen und neurologischen Komplexleistungen (siehe Kapitel 11.1) behinderten die Verhandlungen massiv. Der von den Kassen geforderte, und bislang vielfach zur Kompromissfindung eingesetzte Mindererlösausgleichsverzicht für die E1-Leistungsmenge konnte angesichts der Klagesituation von den Krankenhäusern nicht mehr mitgetragen werden. Dies führte in der Mehrzahl der Verhandlungen zu einer Vertagung.

Die in der Vergangenheit vielfach schwierigen Verhandlungen über die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags für die Vereinbarung zusätzlicher mit Fallpauschalen bewerteter Leistungen (E1-Bereich) wurden mit

den gesetzlichen Änderungen zum § 4 Abs. 2a KHEntgG (in der Fassung des PpSG) durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz deutlich entschärft. Das PpSG schreibt den Regel-FDA ab 2019 auf 35 % fest.

Die Vereinbarung von NUB-Entgelten und einzelner Leistungen aus dem durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalenkatalog stellten die Kostenträger vielfach mit Verweis auf eine mangelnde Studienlage sowie das in § 12 SGB V normierte Gebot der Wirtschaftlich-

keit und entsprechende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) in Frage. Im Ergebnis konnte dennoch vielfach eine Vereinbarungslösung mit den Krankenkassen erzielt werden.

Die Vereinbarung des Pflegezuschlags nach § 8 Abs. 10 KHEntgG erfolgte in allen Verhandlungen ohne Streit.

Die Regelungen zu Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG blieben im Land Berlin zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen strittig.

### **Verhandlungen nach den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)**

Mit dem Budgetjahr 2016 stiegen alle Mitgliedskrankenhäuser in das neue Psychiatrie-Entgeltsystem um. Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG verhandeln weiterhin nach der BPfIV in der bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Fassung. Für die Budgetjahre 2017 bis 2019 liegen in der Mehrzahl noch keine Einigungen/Vereinbarungen für den BPfIV-Bereich in den Mitgliedskrankenhäusern vor.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütungen für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde das Finanzierungssystem für psychiatrische und psychosomatische Fachabteilungen/Fachkrankenhäuser wieder zu einem Budgetsystem. Insofern bleibt es auch künftig bei einem zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene für das jeweilige Krankenhaus zu ver-

einbarenden und durch den Veränderungswert gedeckelten Budget. Dies veranlasste den Verband, seine Mitglieder auch weiterhin 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.

Die erstmals mit dem Budgetjahr 2017 gegebene Möglichkeit zur Nachverhandlung von nicht besetzten Stellen nach der Psych-PV gemäß § 18 Abs. 3 BPfIV auf der Basis des Psych-PV-Nachweises für das Jahr 2016 stieß in den Verhandlungen, sofern dieser Tatbestand von den Krankenhäusern eingebracht wurde, auf massiven Widerstand bei den Kostenträgern. Im Ergebnis konnte dennoch bislang in al-

len Verhandlungen der Jahre 2017 und 2018 ein Konsens über das Budget gefunden werden. Für das Budgetjahr

2019 wurde bislang keine Verhandlung geführt.

### **Ausblick und Bewertung der weiteren Entwicklung der Budgetrunden 2017 – 2019**

Auch die aktuellen Budgetverhandlungen belegen die große Herausforderung für die Krankenhäuser, möglichst „passgenaue“ Leistungsmengen zu vereinbaren. Die Verhandlungen finden meist retrospektiv statt. Damit minimiert sich für beide Seiten das Risiko von Fehlschätzungen. Neben den zentralen Eckpunkten der Budget- und Entgeltverhandlungen (Leistungsmengen und Entgelthöhen bzw. Budgethöhe in der Psychiatrie) ist die strategische Bedeutung weiterer Verhandlungstatbestände sowie sonstiger Rahmenbedingungen der Budgetvereinbarung gewachsen. Im Zuge der Budget- und Entgeltverhandlungen werden diese Aspekte von der Verbandsgeschäftsstelle in eine verbandliche Bewertung von Verhandlungs- bzw. Vereinbarungsangeboten

einbezogen und Handlungsoptionen aufgezeigt.

Für die Verhandlungen nach der BPfIV werden darüber hinaus die Daten des leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs nach § 4 BPfIV in die zukünftigen Verhandlungen einfließen. Es bleibt abzuwarten, wie groß die Bedeutung dieses Krankenhausvergleichs sein wird.

Zur Unterstützung der Krankenhäuser bei der Vorbereitung und Durchführung der Budget- und Entgeltverhandlungen stellt der VEKP den Krankenhäusern im Rahmen der Trägerverbandsübergreifenden AG „Sonstige Entgelte“ einen umfangreichen Datenpool zur Verfügung. Bei Bedarf werden darüber hinaus hausindividuelle Auswertungen erstellt.

## 5.3 Finanzierung der Gesundheitsberufe im Krankenhaus

Die Verhandlungen für die im KHG genannten Gesundheitsberufe im Krankenhaus für die Budgetjahre 2017 bis 2019 verliefen im Wesentlichen unverändert gegenüber den Vorjahren. Die ab 2019 vollständig zu finanzierenden Ausbildungsvergütungen für Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr konnten mit den Krankenkassen problemlos vereinbart werden. Für die Ausbildung

in der Gesundheits- und Krankenpflege ist beiden Vertragsparteien bewusst, dass die hierfür vereinbarten Werte, sowohl für die Kosten je Ausbildungsplatz, als auch für die Praxisanleitung, angesichts des Starts der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2020 nicht mehr einen solch hohen Stellenwert einnehmen, wie das in den Vorjahren vielfach der Fall war.

### **Generalistische Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz**

Für die in 2020 beginnende generalistische Pflegeausbildung waren in beiden Bundesländern Pauschalen für die Pflegeschulen und für die Träger der praktischen Ausbildung zu vereinbaren. Vertragsparteien für diese Verhandlungen sind die Kranken- und Pflegekassen, das jeweilige Land sowie die Interessenvertretungen der Pflegeschulen, die in beiden Bundesländern von einem Pflegeschulverbund und den Landeskrankenhausgesellschaften gebildet wurden. Für die Träger der praktischen Ausbildung treten an die Stelle der Interessenvertretungen der Pflegeschulen die Vereinigung der Träger der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die jeweilige Landeskrankenhausgesellschaft als Vertragsparteien in den Verhandlungen. Insofern mussten für beide Bundesländer jeweils zwei Pauschalen unter je vier Vertragsparteien verhandelt werden. Nach den Vorgaben des Pflegeberufegesetzes gelten beide Pauschalen regelhaft für zwei Jahre, somit für 2020 und 2021.

Der VEKP war für beide Pauschalen eng in die Verhandlungsvorbereitung und -führung eingebunden.

In beiden Bundesländern gab es zu der Pauschale für die Träger der praktischen Ausbildung eine gemeinsam mit den Vertreter\*innen der Pflegeeinrichtungen in diversen Abstimmungsterminen zwischen den Mitgliedern der Verhandlungskommission erarbeitete Forderung. Für die Forderungen zu den Pauschalen der Pflegeschulen erfolgte eine enge Abstimmung zwischen den Landeskrankenhausgesellschaften und dem Pflegeschulbund. Die jeweiligen Forderungen unterschieden sich hierdurch nur gering.

Für beide Bundesländer waren zunächst mindestens drei Verhandlungstermine je Pauschale angesetzt. In diesen Terminen konnte keine Einigung zwischen allen vier Vertragsparteien erzielt werden, so dass sich die Verhandlungen über den ursprünglich als Endtermin vorgesehenen 30. April

2019 hinaus zogen. Im Laufe des Mai konnten in weiteren Verhandlungen in beiden Bundesländern zu beiden Pauschalen Einigungen zwischen allen Vertragsparteien erzielt werden. Im Nachgang zu den Verhandlungen zeigte sich

bei der Abstimmung der Vereinbarungstexte die Schwierigkeit, einen Konsens zwischen vier Parteien zu finden. Auch für die Abstimmung der Vereinbarungstexte waren mehrere Abstimmungsrounds notwendig.

Folgende Pauschalen wurden für die Jahre 2020 und 2021 vereinbart:

	Berlin	Brandenburg
<b>Pflegeschulen</b>	8.865 € Lehrer-Schüler-Schlüssel: 1:20	Differenzierung nach Lehrer-Schüler-Schlüssel bis 1:17,99: 8.800 € 1:18 – 1:18,99: 8.522 € 1:19 – 1:19,99: 8.274 € ab 1:20: 8.050 €
<b>Träger der praktischen Ausbildung</b>	Differenzierung nach Vergütungshöhe der Praxisanleiter < = 45.000 €: 7.946 € < = 50.000 €: 8.516 € < = 55.000 €: 9.086 € < = 60.000 €: 9.656 € > = 60.001 €: 9.998 €	8.400 €

## 5.4 Pflegepersonaluntergrenzen

Als „Anhänger“ zum Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in § 137i SGB V im Jahr 2017 neu eingeführt. Die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene ist nicht im Rahmen der gesetzlichen Zeitvorgaben zustande gekommen, so dass das BMG die entsprechenden Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen über eine entsprechende Verordnung im Oktober

2018 erlassen hat. Für die Bereiche Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie und Intensivmedizin gelten somit seit dem 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen.

Regelungen zum Nachweisverfahren und für eine Sanktionsvereinbarung konnten zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene in weiten Teilen geeint werden. Teile der Sanktionsvereinbarung wurden durch die Bundesschiedsstelle festgesetzt.



Der VEKP informierte seine Mitglieder regelmäßig im Rahmen der Geschäftsführer\*innen-Runden über die Entwicklungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen. Ergänzend fand im November 2018 ein Austausch zu den notwendigen Vorbereitungen auf die Pflegeper-

sonaluntergrenzen im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit Teilnehmer\*innen aus den Mitgliedskrankenhäusern statt. Die Geschäftsstelle bediente auch Anfragen aus dem Mitgliederbereich zu individuellen Vorträgen im Rahmen von Fachtagen der Mitglieder.

## 5.5 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Mit dem PpSG wurde eine weitreichende Veränderung in der Finanzierung von Krankenhausleistungen beschlossen. Ab dem Jahr 2020 werden die Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht mehr über die DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte finanziert, sondern gesondert über ein nach § 6a KHEntgG hausindividuell zu verhandelndes Pflegebudget. Das Pflegebudget stellt im Wesentlichen eine Ist-Kosten-Finanzierung für die dem Pflegebudget zurechenbaren Pflegepersonalkosten dar.

Die Krankenhäuser stehen nunmehr vor der Herausforderung der Abgren-

zung und Zuordnung der Pflegepersonalkosten in die Bestandteile, die weiterhin über das DRG-System finanziert werden, und solche, die künftig über das Pflegebudget finanziert werden. Die notwendige Neukalkulation der hausindividuellen Entgelte wird, neben der Vereinbarung des Pflegebudgets, einen weiteren Schwerpunkt der Budgetverhandlungen für das Jahr 2020 darstellen. Aufgabe des VEKP für den kommenden Berichtszeitraum ist es, den Krankenhäusern die notwendigen Informationen für eine sachgerechte Umsetzung der Regelungen und die Neukalkulation der hausindividuellen Entgelte zur Verfügung zu stellen.

## 6. Datenprojekte des VEKP

Dem VEKP liegen sowohl die anonymisierten Daten der Mitgliedskrankenhäuser nach § 21 KHEntgG, als auch die jeweils aktuellen Qualitätsberichte aller Krankenhäuser bundesweit mit entsprechenden Tools für umfangreiche Auswertungen der jeweiligen Daten vor. Insbesondere zu krankenhau-

planerischen Fragestellungen sowie für die Vorbereitung und Begleitung der Budgetverhandlungen der Mitgliedskrankenhäuser werden auf der Grundlage dieses umfangreichen Datenpools regelhaft Auswertungen und Analysen erstellt.

## 6.1 Trägerverbandsübergreifende AG „Sonstige Entgelte“

Die Ende 2013, u. a. auf Initiative aus dem Mitgliederbereich des VEKP, etablierte und durch die Geschäftsstelle 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 den Herbst 2019 vorgesehen.

Die Arbeitsgruppensitzungen waren geprägt von einem transparenten Austausch zu Fragen der Kalkulation und Vereinbarung hausindividueller Entgelte nach § 6 KHEntgG. Von den Teilnehmenden wurde diese Plattform darüber hinaus zum Austausch über aktuelle Fragestellungen rund um die Budget- und Entgeltverhandlungen genutzt. Auch die Budgetverhandlungen

beeinflusste diese Transparenz positiv. Kurzfristig notwendige Informationen zu den „Rahmenbedingungen“ der vereinbarten Entgelte in anderen Teilnehmerkrankenhäusern konnten eingeholt und die Verhandlungen zu den Entgelten mit den Kostenträgern auf einer sachlicheren Ebene geführt werden.

Die Verbandsgeschäftsstelle stellte den Teilnehmenden zweimal aktualisierte Aufstellungen mit den von den teilnehmenden Krankenhäusern vereinbarten hausindividuellen Entgelten zur Verfügung und beantwortete darüber hinaus verschiedene Einzelanfragen zu Vergleichsentgelten.

Auch der transparente Austausch zu den Eckdaten der vereinbarten Ausbildungsbudgets setzte sich fort. Den an diesem Datenaustausch beteiligten rd. 30 Krankenhäusern konnte die Geschäftsstelle ebenfalls zweimal aktualisierte Übersichten zur Verfügung stellen.

## 6.2 Trägerverbandsübergreifende AG „PEPP“

Die aus der Arbeitsgruppe „Sonstige Entgelte“ hervorgegangene Arbeitsgruppe „PEPP“ wird ebenfalls durch die Geschäftsstelle des VEKP koordiniert und kam im Berichtszeitraum zu bislang zwei Sitzungen zusammen. Eine Fortführung der Arbeitsgruppe ist für den Herbst 2019 vorgesehen.

Neben dem transparenten Austausch über Fragen und Probleme im Zusam-

menhang mit der bis 2017 optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems wurde aus dem Teilnehmerkreis heraus ein Austausch zu Eckpunkten der PIA-Vergütungsvereinbarungen ange-regt. Die Geschäftsstelle fasste die ihr von den Teilnehmenden zur Verfügung gestellten Auszüge aus den PIA-Vergütungsvereinbarungen zusammen und stellte eine entsprechende Auswertung zur Verfügung.

In den Arbeitsgruppensitzungen im Berichtszeitraum stand der Austausch zu Fragen rund um den Psych-PV-Nachweis, die Nachverhandlungsmöglichkeit von nicht besetzten

Psych-PV-Stellen sowie das Thema stationsäquivalente Behandlung/Hometreatment im Mittelpunkt der Beratungen.

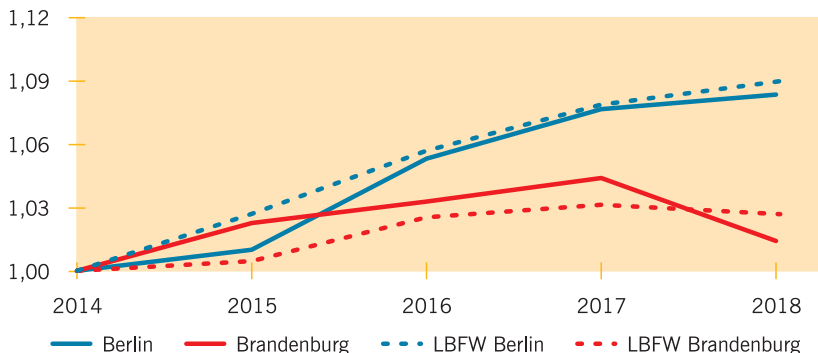
## 7. Entwicklung der diakonischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg in den Jahren 2014 bis 2018

Die dem VEKP vorliegenden anonymisierten Leistungsdaten aller Mitgliedskrankenhäuser nach § 21 KHEntgG enthalten sowohl die Leistungen, die dem KHEntgG unterliegen als auch die der BpFIV 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.

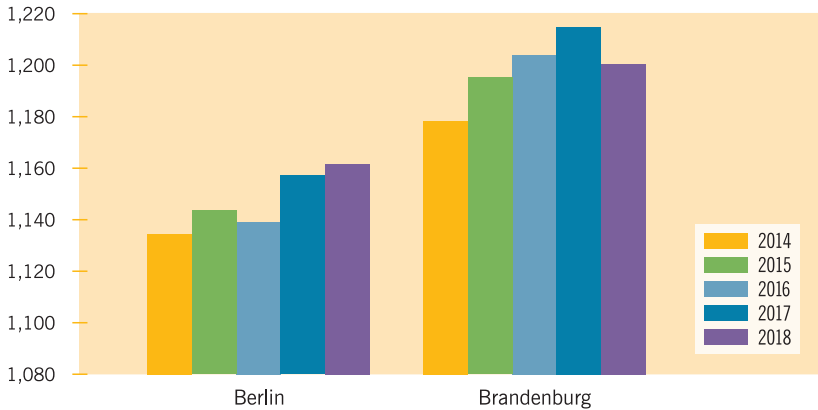
Die für den KHEntgG-Bereich relevanten Kennzahlen „Casemix“ und „Casemix-Index“ haben sich in den vergangenen Jahren insgesamt positiv entwickelt. Beim Casemix ist in beiden Bundesländern

eine im Wesentlichen zur jeweiligen Landesentwicklung auf der Grundlage der in den Landesbasisfallwerten berücksichtigten Leistungsmengen gleichlaufende Tendenz zu verzeichnen. Sowohl der in den Brandenburger Mitgliedskrankenhäusern im Jahr 2018 zu verzeichnende Casemixrückgang als auch der reduzierte CMI sind u. a. auf die in der DRG-Systementwicklung für 2018 vorgenommenen geringeren Bewertungen von orthopädischen und herzchirurgischen Leistungen im Bereich der Herzklappeneingriffe zurückzuführen und führen aufgrund der überdurchschnittlichen Bedeutung im Mitgliederbereich zu dem Zurückfallen gegenüber der Casemix-Entwicklung im Land.

### Entwicklung des effektiven Casemix



## Entwicklung des effektiven CMI



Die nachfolgenden Tabellen geben eine detaillierte Übersicht über die Kennzahlen „vollstationäre Fallzahl“, „Verweildauer“ sowie „Alter der behandelten Patient\*innen“. In die Darstellung sind alle vollstationären Fälle der evangelischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg der Jahre 2014 bis 2018

eingeflossen (Ist-Leistungen). Zur besseren Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Entgeltbereichen sowie in der Zeitreihenbetrachtung wurden Regelungen der PEPPV (z. B. Berechnungstage vs. Verweildauer) nicht berücksichtigt.

		VEKP Gesamt		
		KHEntgG	BPfIV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2014	165.417	10.557	175.974
	2015	166.275	10.315	176.590
	2016	170.929	10.553	181.482
	2017	171.153	10.447	181.600
	2018	170.375	9.544	179.919
Verweildauer	2014	7,73	22,81	8,63
	2015	7,76	24,00	8,71
	2016	7,65	23,84	8,60
	2017	7,64	24,57	8,61
	2018	7,57	26,80	8,59
Alter	2014	58,43	47,55	57,78
	2015	58,83	47,28	58,15
	2016	58,58	47,32	57,92
	2017	58,91	47,31	58,24
	2018	59,02	46,60	58,37

		Berlin		
		KHEntgG	BPfIV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2014	95.675	8.065	103.740
	2015	96.032	8.130	104.162
	2016	100.617	8.431	109.048
	2017	101.155	8.253	109.408
	2018	101.490	7.540	109.030
Verweildauer	2014	7,74	23,40	8,96
	2015	7,75	24,05	9,02
	2016	7,55	23,53	8,78
	2017	7,51	24,81	8,81
	2018	7,42	27,19	8,79
Alter	2014	57,18	46,73	56,37
	2015	57,60	46,75	56,75
	2016	57,30	46,75	56,49
	2017	57,64	46,57	56,81
	2018	57,81	45,68	56,97

		Brandenburg		
		KHEntgG	BPfIV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2014	69.742	2.492	72.234
	2015	70.243	2.185	72.428
	2016	70.312	2.122	72.434
	2017	69.998	2.194	72.192
	2018	68.885	2.004	70.889
Verweildauer	2014	7,71	20,89	8,17
	2015	7,78	23,79	8,27
	2016	7,80	25,10	8,31
	2017	7,83	23,64	8,31
	2018	7,79	25,35	8,29
Alter	2014	60,15	50,18	59,81
	2015	60,52	49,23	60,18
	2016	60,40	49,59	60,08
	2017	60,73	50,07	60,41
	2018	60,82	50,05	60,52

Im Jahr 2018 ist erstmals seit vielen Jahren in der Gesamtbetrachtung ein Fallzahlrückgang von -0,9% zu verzeichnen. Nach einem auch in 2017 nur geringen Fallzahlzuwachs scheint somit zumindest vorerst eine Grenze in der Leistungsentwicklung erreicht. Im

Bereich der BPfIV waren aufgrund der hohen Bettenauslastung bereits in den vergangenen Jahren kaum Fallzahlveränderungen zu verzeichnen. Für 2018 ist der Fallzahlrückgang in diesem Bereich auf eine angestiegene Verweildauer zurückzuführen.

Für beide Bundesländer schlägt sich für den KHEntgG-Bereich der in den evangelischen Krankenhäusern hohe Anteil geriatrischer Versorgung (jeweils rd. 35% der Plankapazitäten der Geriatrie) in deutlich über dem jeweiligen Landesdurchschnitt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2017: 6,5 Tage in Berlin bzw. 6,9 Tage in Brandenburg

im KHEntgG-Bereich) liegenden Verweildauern nieder. Bestätigt wird dies darüber hinaus durch ein ebenfalls gegenüber dem jeweiligen Landesdurchschnitt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2017: 56,0 Jahre in Berlin bzw. 58,8 Jahre in Brandenburg insgesamt) höher liegendes mittleres Alter der behandelten Patient\*innen.

## 8. Krankenhausplanung Berlin und Brandenburg

Prägend für den Berichtszeitraum war der gemeinsame Planungsprozess für die eigenständige Krankenhausplanung in Berlin und Brandenburg. Die Länder haben sich auf eine abgestimmte, gemeinsame Krankenhausplanung geeinigt und sich über den Planungsrahmen in einem Grundlagenpapier „Die Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020 – Hintergründe, Grundzüge und Verfahren“ sowie in einen Regionalausschuss unter Einbezug der Kostenträger und der Leistungserbringer verständigt. Mit dem Krankenhausplan eines Landes wird der Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgung für das jeweilige Land vorgegeben. Die Vielfalt der Träger ist dabei zu beachten. Der VEKP machte in den Gesprächen immer wieder deutlich, dass die unterschiedlichen Rahmenbedingungen des Flächenlandes und des Stadtstaates auch in einem Prozess der länderübergreifenden Krankenhausplanung ihren Niederschlag finden müssen. Dem teilweise von den Kostenträgern vorgetragenen „Mantra“ einer Zentralisierung von Leistungen, verbunden, mindestens

unterschwellig, mit dem Verweis auf zu viele kleine(re) Krankenhäuser in Brandenburg, galt es immer wieder entgegen zu treten. Aus Sicht des VEKP ist der flächendeckende Zugang zur medizinischen Versorgung ein zentrales Qualitätsmerkmal. Krankenhäuser sind und bleiben ein Anker der medizinischen Versorgung. Das wurde auch in den politischen Aussagen der Landesregierung immer wieder betont. Es wird sich im konkreten Planungsprozess, der nach Abschluss der Berichterstattung erfolgen soll, zeigen, wie werthaltig diese Aussagen in der Praxis sind.

Der Regionalausschuss tagte im Berichtszeitraum, unter Beteiligung des VEKP, zweimal; weitere Termine sind für Herbst 2019 angekündigt. Auf diesen Terminen wird es darum gehen, die in den Fachgremien der Länder gefundenen Ergebnisse für den Krankenhausplan 2020 länderübergreifend zu erörtern und an den Zielen des Grundlagenpapiers zu messen.

In beiden Ländern fanden sehr intensive Beratungen zur fachlichen Vorbe-

reitung des Krankenhausplans 2020 statt. Der VEKP war sowohl in dem für das Land Berlin gegründeten Fachausschuss Krankenhausplanung als auch in der BegleitAG des Landes Brandenburg vertreten. Allein in der Zeit Januar bis Juni 2019 fanden neun Sitzungen des Fachausschusses Krankenhausplanung und sieben Sitzungen der BegleitAG statt. Die Umsetzung der Ergebnisse der Beratungen wird in nochmals intensivierten Beratungen im zweiten Halbjahr 2019 stattfinden. Aufgabe des VEKP war es, neben der Begleitung der Sitzungen, eine laufende Information der Mitglieder sicher zu stellen

und, teilweise sehr kurzfristig, eine verbindliche Positionsbestimmung herbeizuführen.

Parallel zu den Aktivitäten fanden im Land Brandenburg zwei Sitzungen der Landeskonferenz statt, an denen auch der VEKP beteiligt war. Der Landeskonferenz gehören neben dem Land auch die Kostenträger und die Landeskrankengesellschaft Brandenburg (LKB) sowie weitere Beteiligte an. Gegenstand der Beratungen waren im Wesentlichen Anträge von Krankenhäusern auf Einzelfortschreibung des Krankenhausplanes.

## 9. Krankenhausinvestitionsfinanzierung Berlin und Brandenburg

Krankenhäuser können im dualen Finanzierungssystem gesetzlich eine Investitionsförderung für bauliche Anlagen und technische Ausstattung, die ihre wirtschaftliche Sicherung gewährleistet, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellt und zur Beibehaltung und Steigerung der Effizienz und Qualität beiträgt, beanspruchen.

In einer Investitionsoffensive haben die Krankenhäuser in Berlin im Rahmen der Diskussionen zum Doppelhaushalt 2020/21 einen Investitionsbedarf von rund 3,5 Mrd € in den Jahren 2020 bis 2030 gegenüber der Politik dokumentiert und geltend gemacht. Daher war der Senatsbeschluss vom Juni 2019, der eine Anhebung

des Programm volumens um 15 Mio € in 2020 auf 175 Mio € und um weitere 25 Mio € in 2021 auf 200 Mio € vorsah, zwar ein Schritt in die richtige Richtung, wurde allerdings allgemein als eher enttäuschend wahrgenommen. Hierzu trug auch die Tatsache bei, dass etwa die Hälfte der Mittel über ein Kreditprogramm finanziert werden soll. Für die Mitgliedskrankenhäuser des VEKP nicht nachvollziehbar war die im Rahmen der Gewährung von Fördermitteln vorgenommene einseitige Begünstigung der öffentlichen Krankenhäuser im Rahmen der Zuführung an das Sondervermögen Infrastruktur „Wachsende Stadt und Nachhaltigkeit“ (SIWANA) für die Schaffung eines öffentlichen Ausbildungscampus. Der VEKP unterstützt

das Ziel der Landesregierung, die Ausbildungskapazitäten für die Pflegeberufe zu steigern. Er wies öffentlich darauf hin, dass die Mitglieder des VEKP eine erhebliche Ausweitung der Ausbildungskapazitäten planen und mahnte an, für alle Krankenhausträger gleiche Bedingungen beim Ausbau der Pflegeausbildungskapazitäten zu schaffen. Die parlamentarischen Beratungen zum Doppelhaushalt 2020/21 werden im September aufgenommen. Der VEKP wird sich mit seinen Forderungen in die Diskussion einbringen.

In diesem Zusammenhang war eine Änderung der Krankenhausförderungsverordnung für die Investitionsfinanzierung der Ausbildungsplätze für mit den Krankenhäusern verbundene Schulen zu begrüßen. Der VEKP hätte sich allerdings gewünscht, dass die Mittel zusätzlich in den Haushalt aufgenommen werden. Dies war leider nicht der Fall. Damit stellt die Erhöhung der Ausbildungspauschale für die Krankenhäuser lediglich eine neue Verteilung der zur Verfügung stehenden knappen Mittel dar.

Für das Land Brandenburg wurde ein jährlicher Investitionsbedarf von 221 Mio € ermittelt. Dem stand eingangs der Diskussionen zum Doppelhaushalt 2019/20 ein Fördervolumen von 80 Mio € gegenüber. Auf Intervention der Krankenhausträger konnte für den Landeshaushalt ein Volumen von 100 Mio € für jedes Jahr erreicht werden. Über die Investitionslücke können auch die Aktivitäten des Landes Bran-

denburg zur Sicherung von Mitteln aus dem Strukturfonds des Bundes nicht hinwegtäuschen.

Vor dem Hintergrund der anhaltend defizitären Investitionsfinanzierung der Länder begrüßt der VEKP die mit dem PpSG vorgesehene Fortführung des Krankenhausstrukturfonds für die Dauer von vier Jahren. Voraussetzung für die Bundesmittel ist, dass die Länder einen eigenen Finanzierungsanteil für die Förderung bereitstellen. Der VEKP ist dankbar, dass dies in Brandenburg bereits erfolgt ist. Für Berlin deuten die Aktivitäten darauf hin, dass auch dort die rechtlichen Voraussetzungen für die Umsetzung des Krankenhausstrukturfonds II geschaffen werden. Damit stehen zusätzliche Fördermittel von ca. 50 Mio € p. a. (Berlin) und 28 Mio € (Brandenburg) für die ausgewiesenen Förderzwecke zur Verfügung. Es ist nun an den Ländern, gemeinsam mit den Krankenhausträgern förderfähige Projekte zu entwickeln und damit die Krankenhausstruktur zu verbessern. Der Aufruf an die Krankenhäuser, förderfähige Projekte einzureichen, ist erfolgt. Die Bewilligung eingereicherter Projekte ist erst für den kommenden Berichtszeitraum zu erwarten.

Die Investitionsfinanzierung wird auch im kommenden Berichtszeitraum einen Schwerpunkt der Arbeit darstellen. Die Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ der Bundesregierung mahnte im Juli 2019 an, mehr Geld für Krankenhausinvestitionen zur Verfü-



gung zu stellen. Für den VEKP gilt es immer wieder auf die Bedeutung seiner Mitgliedskrankenhäuser für die Versorgung und den notwendigen Investitionsbedarf hinzuweisen. Jedes Krankenhaus hat einen Grundbedarf an Investitionen. Die pauschale Verteilung der Fördermittel an alle Krankenhäuser

wirkt im ersten Moment gerecht, ist es aber nicht. Der VEKP fordert für alle Krankenhäuser einen einheitlichen Sockelbetrag der Förderung. Nur die über diesen Betrag hinausgehenden Fördermittel sind nach gesetzlich festgelegten Kriterien zu verteilen.

## 10.

# Notfallversorgung

Das Thema Notfallversorgung im Krankenhaus entwickelte sich zu einem zentralen politischen Thema, dessen Auswirkungen auf die Mitgliedskrankenhäuser derzeit noch nicht absehbar sind.

Die Frage der stationären Notfallversorgung im Rahmen der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bereits im April 2018 verabschiedeten Richtlinie für ein gestuftes Konzept der stationären Notfallversorgung war weiter Gegenstand der Arbeit des VEKP. Die Regelung sieht Abschläge von der Vergütung für Krankenhäuser vor, die die Strukturvoraussetzungen der Richtlinie nicht erfüllen. Der VEKP wies daher etwa gegenüber dem zuständigen Brandenburger Landesministerium frühzeitig darauf hin, dass Abschläge für kleine(re), in der Fläche gelegene Krankenhäuser zu erheblichen Auswirkungen auf die Gesamtversorgung in der Region führen können und forderte das MASGF auf, von Ausnahmeregelungen auch unter diesem Aspekt Gebrauch zu machen. Aus Sicht des VEKP sind auch die Fachkrankenhäuser, z.B. der Geriat-

rie, Teil einer strukturierten Notfallversorgung, die aufgrund ihrer Vorhaltung zwar nicht von einem Zuschlag profitieren können, aber mindestens von den Abschlägen zu befreien sind. Der VEKP trug auch dies öffentlich gegenüber der Landesregierung vor, musste dabei aber realisieren, dass nur eine zögerliche Bereitschaft besteht, sich der Argumentation anzuschließen. Das Thema wird daher weiter zu bearbeiten sein. Die finanztechnische Umsetzung der Notfallstufenvergütungsvereinbarung bildet einen weiteren Baustein der sich ständig ausweitenden Inhalte von Budget- und Entgeltverhandlungen. Auch dies muss in den Beratungen durch den VEKP bewältigt werden.

Ergänzend rückte die zukunftssichere Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung in den Mittelpunkt der Diskussion. Dies galt sowohl für die Aktivitäten auf der Bundes-, als auch auf der Landesebene.

Im Dezember 2018 hatte das BMG Eckpunkte zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Diese Eckpunkte

sind durch einen Diskussionsentwurf des BMG mit erheblicher Tragweite konkretisiert worden. Danach würde der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) für die sprechstundenfreien Zeiten entfallen und auf die Länder übertragen. Diese bezögen die ambulante Notfallversorgung durch die Zuweisung eines Versorgungsauftrages als Integriertes Notfallzentrum (INZ) in die Krankenhausplanung ein. Die Vergütung erfolgte unmittelbar über die Krankenkassen. Die Einrichtung und der Betrieb eines INZ geschähen durch das Krankenhaus und die KV gemeinsam. Dieser Teil der Regelung ist aus Sicht des VEKP noch unklar und damit rechtsunsicher geregelt. Mit dem Gesetzentwurf bahnt sich eine intensive politische Debatte über die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung an, die sich nicht nur auf die ambulante Versorgung auswirken wird. Die Diskussion wird nach Abschluss der Sommerpause 2019 beginnen und den VEKP fordern.

Auf Landesebene wurden die Beratungen zur Neugestaltung der Notfallversorgung auf der Basis der aktuellen Rechtslage in den Landesgremien nach § 90a SGB V vorangebracht. In Berlin haben sich die Beteiligten darauf verständigt, die Vernetzung der Leitstellen 112 und 116 117 zu befördern. Die Krankenhäuser erklärten sich bereit, an einer Plakatkampagne zur Steigerung des Bekanntheitsgrades der Notfallversorgung außerhalb des Krankenhauses aktiv teilzunehmen.

Ziel ist die Aufklärung der Bevölkerung über die Zugänge zu einer adäquaten Notfallversorgung, die über die Rettungsstellen hinaus durch niedergelassene Ärzte zu erfolgen hat.

Parallel war das Thema Einrichtung von „KV-Notdienstpraxen“ an den Krankenhäusern ein ständiger Beratungspunkt. Hier waren insbesondere die Anzahl der einzurichtenden Notdienstpraxen und deren Intensität an der Beteiligung bei der Notfallversorgung Gegenstand unterschiedlicher Einschätzungen. In Berlin forderte die BKG immer wieder eine bezirkliche Orientierung hinsichtlich des Bedarfes und der Verteilung der Notdienstpraxen. Die Diskussionen zeigten, dass dies von der KV nicht geleistet wird, möglicherweise auch nicht geleistet werden kann.

In den Berichtszeitraum fiel auch die Klärung der Rechtsfrage nach der Begründungspflicht des Krankenhauses bei einer ambulanten Notfallbehandlung. Das Bundessozialgericht (BSG) entschied im Revisionsverfahren zu Gunsten des gegen eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) klagenden Krankenhauses, dass das Krankenhaus im gerichtlichen Verfahren nicht mit weiterem Vortrag zur Notwendigkeit der ambulanten Notfallbehandlung in der Krankenhausambulanz ausgeschlossen sei (BSG, Urteil vom 26. Juni 2019 – B 6 KA 68/17 R). Die KV hatte die Vergütung des Krankenhauses insbesondere hinsichtlich der Labor- und Röntgenleistungen gekürzt, wenn die

Notfallbehandlung während der normalen Sprechzeiten der Vertragsärzte erbracht wurde und die Notwendigkeit der Behandlung nicht gesondert begründet worden ist. Nach Ansicht des BSG war die Begründungspflicht zu unbestimmt und schränkte den An-

spruch des Krankenhauses auf effektiven Rechtsschutz ein. Deshalb müsse das Krankenhaus im wieder eröffneten Berufungsverfahren Gelegenheit zur Darlegung erhalten, warum die gestrichenen Leistungen in Notfällen erbracht werden durften.

## 11. Rechts- und Vertragsangelegenheiten

### 11.1 Klagewelle Komplexpauschalen

Ende 2018 ist es aufgrund einer gesetzlichen Änderung zur Verkürzung der Verjährungsfristen für Rückforderungen der Krankenkassen von bisher vier auf nunmehr zwei Jahre zu einer einzigartigen Klagewelle gegen die Krankenhäuser gekommen. Betroffen waren die Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles sowie die geriatrische-frührehabilitative Komplexbehandlung für vergangene Zeiten. Das Klagevolumen war insbesondere für Fachkrankenhäuser als existenzgefährdend zu bezeichnen. Im Dezember 2018 haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband den Versuch unternommen, im Wege einer Empfehlung zum Verfahren der

Rücknahme der Klagen zu einer Befriedigung beizutragen. Es ist festzustellen, dass nicht alle Beteiligten in der Lage oder bereit sind, sich der Empfehlung, die auch eine Regelung zur Tragung der außergerichtlichen Kosten beinhaltet, anzuschließen. Teilweise bestehen rechtliche Vorbehalte auf Seiten der Krankenkassen, teilweise sind außergerichtliche Kosten in einem Volumen entstanden, die es den Krankenhäusern kaum ermöglichen, sich der Empfehlung anzuschließen. So bleibt zum Zeitpunkt der Berichterstellung festzustellen, dass nicht nur im Berichtszeitraum, sondern erkennbar darüber hinaus, ein erheblicher Beratungsbedarf der Mitgliedskrankenhäuser besteht.

### 11.2 Entlassmanagement

DVom VEKP initiierte und moderierte Netzwerktreffen der in den Berliner und Brandenburger Mitgliedskrankenhäusern zuständigen Projekt- bzw. Organisationsverantwortlichen fanden im Berichtszeitraum mehrmals statt. Hervorzuheben ist dabei die Zusammenkunft in einer Brandenburger Mit-

gliedseinrichtung, bei der „vor Ort“ Best-Practice Beispiele der einladenden Einrichtung vorgestellt wurden. Auch tauschen sich die „Netzwerker“ regelmäßig über Umsetzungsprobleme und entsprechende Lösungsansätze aus und lassen sich Unterlagen aus Fort- und Weiterbildungen zum Entlas-

sungsmanagement wechselseitig zu kommen.

Nachdem sich die Vereinbarungspartner des Rahmenvertrages Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V Ende 2018 auf eine zweite Änderungsvereinbarung verständigen konnten, wurden deren Inhalte zum Anlass von Anfragen und Diskussionen auf Zusammenkünften der „Netzwerker“: Für die Beantragung einer Anschlussrehabilitation wird es bundeseinheitliche, spätestens ab 1. Januar 2020 zu verwendende, Vordrucke geben. Für die unmittelbar im Zusammenhang mit einer Krankenhausentlassung erforderliche Versorgung mit Hilfsmitteln, kann die Verordnung künftig auch vor dem Entlasstag erfolgen. Von der DKG wurde in das Stimmnahmeverfahren zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) mit der dort vorgesehenen Anpassung des Betäubungsmittelgesetzes mit Dringlichkeit eingebracht, dass die betäubungsmit-

telrechtlichen Regelungen zur Abgabe von Betäubungsmitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus im Interesse der Sicherstellung der nahtlosen Versorgung der Patienten korrigiert werden sollten. Die Problemanzeigen bei den Netzwerktreffen machten deutlich, dass ohne eine entsprechende Modifizierung des Betäubungsmittelgesetzes für viele Patienten die enormen Probleme bei der Sicherstellung der Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus bestehen blieben. Die „Netzwerker“ wiesen darauf hin, dass durch unnötige Botengänge, Kurierfahrten und Bestellvorgänge personelle und finanzielle Ressourcen gebunden werden, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Versorgung der Schmerz- und Palliativpatienten sowie ADHS-kranken Kindern nach der Entlassung aus dem Krankenhaus führten. Die Problemanzeigen sind über den Verband und die Landeskrankenhausesellschaften der Bundesebene kommuniziert worden und so Bestandteil von Stellungnahmen zu aktuellen Gesetzvorhaben geworden.

### 11.3 Datenschutz im Krankenhaus

Die innerverbandliche Plattform zum permanenten Erfahrungsaustausch der für die Datenverarbeitung und ihren Schutz Verantwortlichen setzte ihre Arbeit im Berichtszeitraum auf weiteren Zusammenkünften bzw. über einen Informationsaustausch per Email fort. Dabei diskutierten die Teilnehmer\*innen schwerpunktmäßig folgende Themen:

„Auskunftsrechte von Patienten im Krankenhausbereich zwecks Überprüfung der rechtmäßigen Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten (Artikel 15 DS-GVO/§ 19 DSGVO-EKD), „Recht auf Einsichtnahme versus Recht auf Auskunft?“, „Abwehr von Cyberattacken“, „Rahmenbedingungen und Umsetzungsstände der IT-Sicherheit im Gesundheitswesen/Vor-

bereitung auf KRITIS-Vorgaben“, „Erste Erfahrungen und Best Practice-Lösungen zur DS-GVO/zum DSG-EKD im Krankenhaus“, „Akzeptanz und Compliance der DS-GVO/des DSG-EKD im Krankenhausalltag“, „Umgang mit Patientendaten vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt“, „Einsatz von Messenger-Diensten“, „Meldung von Datenpannen“, „Durchführung von Datenschutz-Folgenabschätzungen“, „Datenschutzerklärungen auf Krankenhaus-Homepage“, „Nutzung privater Smartphones und Tablets für

dienstliche Zwecke“, „Datenübermittlungen zwischen Hausärzten/sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandlern und Krankenhäusern“, „Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Auftrag“, „Umsetzung der Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich (§§ 12 ff. DS-GVO/§§ 16 ff. DSG-EKD)“, „DSG-EKD-E-Learning Angebot im Datenschutzrecht“, „Datenschutz und Diskussion zur Telematik-Infrastruktur (TI)/Verknüpfung von TI via Konnektoren und Sicherheit von Internetverbindungen“.

## 11.4 Rechtsprechung

### Konfessionszugehörigkeit als Einstellungsvoraussetzung

Eine konfessionslose Bewerberin hatte sich erfolglos auf eine Referentenstelle beworben und auf Entschädigung geklagt, weil sie eine Diskriminierung aus religiösen Gründen annahm. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) sprach ihr nach entsprechender Vorabentscheidung des EuGH zur Auslegung der europäischen Gleichbehandlungsrichtlinie im Oktober 2018 eine Entschädigung zu. Das betroffene Evangelische Werk für Diakonie und Entwicklung (EWDE) erhob wegen des Eingriffs in das kirchliche Selbstbestimmungsrecht – nach Erschöpfung des ordentlichen Rechtswegs – Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil. In einer Stellungnahme betonte die Diakonie Deutschland den Schutz der Religionsfreiheit und des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts durch das Grundgesetz. Diese Stellung der Kirchen sei auch europarechtlich vor Beeinträchtigung geschützt. Dazu

gehöre auch die Freiheit, sich nach eigenen Werten zu organisieren und Mitarbeitende auszuwählen. Dieses Recht habe der EuGH in voller Kenntnis der deutschen Rechtslage nicht angemessen beachtet und außerhalb seines Mandats gehandelt. Der Konflikt zur bisherigen gegenläufigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) müsse geklärt werden. Misslich sei allerdings, dass die Klärung durch das BVerfG seine Zeit dauern wird (mit einem Beschluss des BVerfG ist nicht vor 2022 zu rechnen) und diakonische Einrichtungen in der Zwischenzeit mit der Rechtsprechung des BAG umgehen müssen, da eine Verfassungsbeschwerde als außerordentlicher Rechtsbehelf den Eintritt der Rechtskraft des BAG-Urteils nicht hindere. Der VEKP wird seine Mitglieder über die weitere Entwicklung auf dem Laufenden halten.

## **Sozialversicherungspflicht von Honorärärzten in Krankenhäusern und Honorarpflegekräften in stationären Pflegeeinrichtungen**

Nach vielen Jahren der Rechtsunsicherheit, ob Honorärärzte in Krankenhäusern und Honorarpflegekräfte in Pflegeheimen zulässig sind, entschied das Bundessozialgericht (BSG) am 4. Juni 2019 zum Versicherungs- und Beitragsrecht der Honorärärzte (Az.: B 12 R 11/18 R und weitere) und dem der Honorarpflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen (Az.: B 12 R 6/18 R als Leitfall) eindeutig gegen den Einsatz von Honorarkräften. Das BSG kam zu dem Ergebnis, dass sowohl die als „klassische“ Honorarvertretungsärzte in den Krankenhäusern tätigen Ärzte als auch die im Tag-, Nacht- oder

Wochenenddienst tätigen Pflegefachkräfte nicht selbstständig tätig seien, sondern als Beschäftigte der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Unsere Mitgliedseinrichtungen hatten insbesondere nach Überprüfung durch die Rentenversicherung und auf verbandlichen Rat hin bereits in den letzten Jahren von einer Beschäftigung von Honorarkräften Abstand genommen und stattdessen auf alternative Möglichkeiten wie Zeitarbeitsunternehmen oder befristete Anstellungen zurückgegriffen. Dies setzte jedoch voraus, dass die Ärzte und Pflegekräfte ein derartiges System auch nutzen wollten.

## **Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von Krankenhausabrechnungen**

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) nahm die Verfassungsbeschwerde gegen die Rechtsprechung des BSG zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von Krankenhausabrechnungen nicht zur Entscheidung an (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. November 2018, Az.: 1 BvR 318/17, 1 BvR 1474/17; 1 BvR 2207/17), da es die verfassungsrechtlichen Grenzen der richterlichen Rechtsfortbildung nicht verletzt sah. Die vom BSG zur Begründung seiner Rechtsprechung herangezogenen Wertungen seien vor dem Hintergrund des Wortlautes der §§ 275 Abs. 1 und Abs. 1c SGB V sowie der diesbezüglichen Gesetzesmaterialien nicht unvertretbar und widersprüchlich auch nicht dem Willen des Gesetzgebers. Seit dieser Entscheidung des

BVerfG herrscht für die Prüfung der Fälle aus der Zeit zwischen dem 1. Juli 2014 und dem 31. Dezember 2015 zumindest im Grundsatz Klarheit. Umstritten und höchstrichterlich ungeklärt ist die Rechtslage bislang noch in den Fällen vor dem Urteil des BSG vom 1. Juli 2014 (B 1 KR 29/13), mit dem der erste Senat erstmals das einem eigenen Prüferegime unterliegende Prüfinstitut der sachlich-rechnerischen Richtigkeit aufrief. Dies könnte sich in absehbarer Zeit ändern. Denn vom LSG NRW (bejaht Rückzahlungsanspruch der Krankenkasse) und dem LSG Baden-Württemberg (entschied zu Gunsten des Krankenhauses) wurde in zwei aktuellen Entscheidungen die Revision zum BSG zugelassen und gegen das Urteil des LSG NRW auch bereits eingelegt (BSG, Az.: B 1 KR 15/19 R).

## Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus

„Das Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ besteht seit mehr als 20 Jahren und stößt als Versorgungsform in stationären Pflegeeinrichtungen in der Gesundheitslandschaft auf großes Interesse. Die Attraktivität spiegelt sich auch in einer fortgesetzten öffentlichen Berichterstattung über das Projekt. Das Projekt ist in der Lage Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern im Interesse der Versorgung der Bewohner\*innen zu schließen.

Es schafft eine Versorgungsstruktur für Menschen, für die neben einer pflegerischen Versorgung auch eine ärztlich-therapeutische Grundversorgung in besonderem Maße erforderlich ist. Im Projekt sind angestellte bzw. niedergelassene Ärzt\*innen mit verbindlichen Kooperationsvereinbarungen sowie Pflegekräfte und Therapeut\*innen miteinander vernetzt und stimmen die einzelnen Schritte des Betreuungs- und Behandlungsprozesses miteinander ab.

Das Projekt ist durch folgende Kernelemente gekennzeichnet:

- ▶ ärztliche Grundversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen durch angestellte oder kooperierende Ärzt\*innen,
- ▶ wöchentliche Regelvisite (24/7),
- ▶ Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Therapeut\*innen auch im Wege der Anstellung,

- ▶ verbindliche Teilnahme an Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team,
- ▶ verpflichtende Kosten- und Qualitätsaudits sowie
- ▶ Angebot an multiprofessionellen Fortbildungsveranstaltungen mindestens zweimal im Jahr gemeinsam für alle Projekteinrichtungen.

Die Teilnahme am Projekt erfolgt mit angestellten oder kooperierenden Ärzt\*innen. Soweit Ärzt\*innen in den Einrichtungen angestellt werden, bedarf es einer Institutsermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Diese konnte für die betroffenen Mitgliedseinrichtungen mit Unterstützung des VEKP erneut erlangt werden.

Es wird durch einen Lenkungsausschuss, bestehend aus den teilnehmenden Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV Berlin), dem Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen (VPK BB) und der BKG gesteuert. Der Vorsitz des Lenkungsgremiums lag im Berichtszeitraum beim Geschäftsführer des VEKP. Am „Berliner Projekt“ nehmen rund 1.700 Versicherte in 28 vollstationären Pflegeeinrichtungen teil. Eine Erweiterung des Projektes auf weitere Kostenträger und Pflegeeinrichtungen ist regelmäßiger Gegenstand der Beratungen im Lenkungsausschuss.

Die Vergütung innerhalb des Berliner Projektes erfolgt im Wege von Pau-

schalen sowohl für die ärztlichen als auch für die medizinisch-therapeutischen Leistungen. Die Projektpartner KV Berlin, VPK BB und BKG, AOK Nordost, IKK BB, Siemens BK, Bahn BKK stimmen sich hierzu in einem freiwilligen Verfahren ab.

Nach einer Anpassung der Pauschale für die Vergütung von Heilmitteln bei der Versorgung Pflegebedürftiger konnte die Finanzierungsfrage zu der palliativmedizinischen Versorgung im Rahmen der gesundheitlichen Beratung von Bewohner\*innen bei der

Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase mit einer Ergänzungsvereinbarung geklärt werden. Auf Basis dieser Ergänzungsvereinbarung können Einrichtungen mit angestellten Ärzt\*innen ab 1. Juli 2019 mit den Kostenträgern abrechnen.

Besonderen Wert legte der Lenkungsausschuss auf die Fortführung einer regelmäßigen Fortbildung und Schulung der in das Projekt eingebundenen Mitarbeiter\*innen. Folgende berufsgruppenübergreifenden Fachveranstaltungen wurden/werden durchgeführt:

November 2018: Palliative Versorgung und Sterbebegleitung,

Mai 2019: Aspekte der bedürfnisorientierten Versorgung von demenziell erkrankten Menschen,

November 2019: Spezielle Herausforderungen in Pflegeeinrichtungen.

Alle Projekteinrichtungen unterwerfen sich einem freiwilligen Verfahren der Qualitätssicherung. Durch die Einführung eines indikatorengestützten Qualitätsmanagements sowie die neue externe Qualitätsprüfung für stationäre Pflegeeinrichtungen ab 1. Oktober 2019 ist eine Anpassung auch des

ergänzenden Verfahrens der Qualitätssicherung in den Projekteinrichtungen erforderlich. Der Lenkungsausschuss beschloss ein den neuen Bedingungen entsprechendes Instrument zur verpflichtenden Qualitätsdatenerfassung ab dem Jahr 2020 zu entwickeln.

### 13. **Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI vollstationäre Pflege 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.

Bereits in den Jahren 2016 und 2017 haben die Vertragsparteien auf Landesebene in zwei Ergänzungsvereinbarungen zentrale Veränderungen am Rahmenvertrag gem. § 75 SGB XI im Land Berlin vorgenommen. Diese betrafen zum einen die Umsetzung der



mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vollzogenen Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch die Einführung pflegegradbezogener Personalrichtwerte, zum anderen die Versorgung von Pflegebedürftigen mit einem besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege.

Die auf Bundesebene in der Vergangenheit erlassenen Pflegestärkungsgesetze

machen es erforderlich, weitere Anpassungen des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI vorzunehmen. Die sehr unterschiedlichen Vorstellungen der Vertragsparteien zum Inhalt des Rahmenvertrages wurden im Berichtszeitraum in einer Vielzahl von Verhandlungsrunden miteinander ausgetauscht, konnten jedoch bislang nicht zu einem Ergebnis geführt werden. Die Verhandlungen werden im kommenden Berichtszeitraum fortzusetzen sein.

## 14.

## Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Mitgliedspflegeeinrichtungen erfüllten bei den jährlichen **Qualitätsprüfungen** nach § 114 ff. SGB XI die Leistungs- und Qualitätsanforderungen und erhielten durchweg sehr gute Bewertungen. Die Prüfungen wurden teilweise verbandsseitig begleitet und durch vorbereitende Gespräche bzw. bei Nachbereitungen zu Maßnahmenplänen unterstützt.

Neben der Umsetzung der bestehenden Verfahren zur Qualitätssicherung war das Berichtsjahr durch eine Vielzahl von gesetzlichen und untergesetzlichen Neuregelungen zur Erfassung und Darstellung der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen gekennzeichnet. Die Information und Strukturierung der Diskussionen auf den verschiedenen Ebenen der Selbstverwaltung und der Gesetzgebung zählte zu den Angeboten des VEKP für seine Mitgliedspflegeeinrichtungen.

Im Berichtszeitraum wurden die neuen **Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)** verabschiedet, die ab 1. November 2019 in Kraft treten. Die QPR werden die bisherigen Richtlinien ablösen und das Prüfverfahren verändern. Im Frühjahr 2020 sollen erste Ergebnisse veröffentlicht werden. Aufgabe des VEKP war es, die Einrichtungen auf die Neuregelungen und die damit verbundene inhaltliche Verschiebung der Prüfverfahren vorzubereiten. Insbesondere die dem neuen Prüfansatz zu Grunde liegende intensive Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wird die Verfahren neu gestalten. Der VEKP hat den Mitgliedern für September/Oktober 2019 ein Schulungsangebot zu den neuen QPR unterbreitet.

Beginnend im September 2018 hat die **Heimaufsicht** Anpassungen im Prüf-

katalog vorgenommen. Die damit verbundenen Veränderungen für die Mitgliedseinrichtungen waren Gegenstand der Beratungen und Informationen des VEKP. Gegenstand der Beratungen war auch die Frage der Berücksichtigung zusätzlichen Personals nach dem PpSG bei der Überprüfung der Fachkraftquote in den Pflegeeinrichtungen. Hier konnte durch eine Abstimmung mit der Heimaufsicht Rechtssicherheit geschaffen werden. In den Beratungen wurde immer wieder deutlich gemacht, dass die Vorgaben der Wohnteilhaber-Personalverordnung zwingender Bestandteil der Leistungserbringung und Gegenstand von Prüfungen der Heimaufsicht sind.

Zum 1. November 2019 wird die **Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVS)** für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Kraft treten. Diese löst die Pflege-Transparenzvereinbarung ab und führt ein Punktesystem für die Darstellung der Pflegequalität ein. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen auf Basis der QDVS verständlich, im Internet und in anderer geeigneter Form, zur Verfügung zu stellen.

In den Richtlinien sind die **Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflegequalität** nach § 113 SGB XI zu berücksichtigen. Diese dienen der Sicherstellung der Pflege- und Betreuungsqualität in den Pflegeeinrichtungen und sind für die stationären Pflegeeinrichtungen am 1. März 2019 in Kraft getreten. Voll-

stationäre Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet zwischen dem 1. Oktober 2019 und 30. Juni 2020 und ab dem 1. Juli 2020 halbjährlich indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung von Ergebnisqualität zu erheben (**Indikatoren-gestützte Qualitätsberichterstattung**). Für die Pflegeeinrichtung bedeutet dies, die laufenden Prozesse in den Einrichtungen an die neue gesetzliche Lage anzupassen. Der Abschlussbericht zur „Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege“ empfiehlt eine zweitägige Schulung, um die Pflegekräfte, die die zukünftige Ergebniserfassung vornehmen, mit dem neuen Instrumentarium und den methodischen Vorgaben vertraut zu machen. Der VEKP führte auf Beschluss des Vorstandes drei zweitägige Veranstaltungen durch. Unterstützt durch eine auf Bundesebene zertifizierte Multiplikatorin wurden die Mitglieder zu den Veranstaltungen „Einführung des indikatoren-gestützten Verfahrens zur Qualitätsprüfung und -darstellung für Multiplikator\*innen in stationären Pflegeeinrichtungen“ eingeladen. Die Einführung des neuen Verfahrens wird auch im kommenden Berichtszeitraum in die Beratungen aufgenommen.

Neben der inhaltlichen Begleitung des Verfahrens galt es auch die damit zusammenhängenden Neuerungen in den Verfahren im Auge zu behalten. Hierzu zählt z.B. die Registrierung der Pflegeeinrichtungen bei der „Unabhängigen Datenauswertungsstelle

nach § 113 Abs. 1b SGB XI“ für die Datenannahme auf Bundesebene zum 30. September 2019. Der VEKP ist den Mitgliedseinrichtungen dankbar für die enge Zusammenarbeit, die

dazu führte, dass eine Mitgliedspflegeeinrichtung des Verbandes als einzige Berliner Pflegeeinrichtung in den Testbetrieb zur Datenübermittlung einbezogen werden konnte.

15.

## Vergütungsregelungen für stationäre Pflegeeinrichtungen 2020–2021

Im Mai 2019 wurden die Verhandlungen über ein abgestimmtes Verfahren zu Vergütungsregelungen der Jahre 2020/21 aufgenommen. Ziel war es, den interessierten Pflegeeinrichtungen rechtzeitig für die Jahre 2020/21 die Möglichkeit einer vereinfachten Form der Pflegesatzverhandlung zu eröffnen. Hausindividuelle Verhandlungen bleiben unberührt. Eine besondere Herausforderung lag dabei in der Tatsache, dass die gesetzlichen Rahmenbe-

dingungen und die damit verbundenen Strukturanforderungen an die Pflegeeinrichtungen nicht sicher prognostizierbar waren. Unter diesen Voraussetzungen wurden für die Jahre 2020 und 2021 zwei Varianten der pauschalen Fortschreibung verhandelt, die der nachfolgenden Tabelle entnommen werden können. Die Gesamtsteigerung ergibt sich aus einer Gewichtung der Personalkosten von 80 % und der Sachkosten von 20 %.

	Variante 1		Variante 2	
	2020	2021	2020	2021
Personalkostensteigerung	3,6 %	3,3 %	4,84 %	2,06 %
Sachkostensteigerung	2,1 %	2,0 %	2,1 %	2,0 %
Gesamtsteigerung	3,3 %	3,04 %	4,29 %	2,05 %

Wie in den vergangenen Jahren konnte auch für den Zeitraum 2020/21 vereinbart werden, dass das Basisentgelt entweder nur für 2020 oder für beide Vereinbarungsjahre vereinbart werden kann. Für die Fortschreibung der Verträge für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI

wird der Durchschnitt der Gesamtsteigerung der Jahre 2020 und 2021 in Höhe von 3,17% angewendet.

Das PpSG führte zur Stärkung der Pflegekräfte vier Fördermöglichkeiten für stationäre Pflegeeinrichtungen ein. Hierzu zählen die

- Finanzierung von Vergütungszuschlägen für zusätzliche Pflegestellen nach § 8 Absatz 6 SGB XI,

- ▶ Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 8 Absatz 7 SGB XI,
- ▶ Förderung von Digitalisierung nach § 8 Absatz 8 SGB XI sowie
- ▶ einmalige Förderung von Schulungen zum neuen indikatorengestützten Qualitätsmanagement nach § 114 Abs. 3 SGB XI.

Zu allen Programmen galt es, die Pflegeeinrichtungen zeitnah über die Inhalte und das Verfahren der Förderung zu informieren und Verfahrenshemmnisse im Kontakt mit den Kostenträgern zu beseitigen, damit eine sachgerechte Umsetzung gewährleistet ist. Pflegebedürftige in stationären Pflege-

einrichtungen können einen Anspruch auf zusätzliche Aktivierung und Betreuung nach § 43b SGB XI haben. Der Vergütungszuschlag der Pflegeeinrichtung ist von der Pflegekasse zu tragen. Zur Umsetzung des Pflegezuschlages wurde ein „verwaltungsarmes“ Verfahren mit den Pflegekassen abgestimmt.

## 16. Beratung stationärer Pflegeeinrichtungen

Auch im vergangenen Berichtszeitraum fand ein intensiver Austausch mit den Pflegeeinrichtungen im Rahmen

der institutionalisierten Gremien statt. Als Gremien wurden

- ▶ die Heimleitungen und Geschäftsführungen der stationären Pflegeeinrichtungen,
- ▶ das Bündnis für Qualität und
- ▶ das Netzwerk Pflegedokumentation und Indikatoren

zu regelmäßigen Sitzungen eingeladen. In die Beratungen wurden alle aktuellen Themen zum rechtlichen Rahmen, zur Finanzierung und zur Qualitätssicherung aufgenommen.

Hierzu zählten z. B. die gesundheitliche **Versorgungsplanung** für die letzte Lebensphase gemäß § 132 g SGB V. Zu den internen Zielen der Mitgliedspflegeeinrichtungen des VEKP zählt seit langem die Verbesserung der Angebots- und Leistungsübersichten für Menschen in der letzten Lebensphase. Ende 2017 legte der Spitzenverband

Bund der Krankenkassen die mit den Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf Bundesebene vereinbarten „Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 1 und 2 SGB V“ vor, die am 7. Februar 2018 in Kraft getreten sind. Seither gibt es bei Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung zu § 132g SGB V eine Finanzierung neuer Strukturen der Beratung – und zwar im Umfang von einer Fachkraft auf 400 Menschen in der vollstationären Pflegeeinrichtung zzgl. einer Sachkosten-

pauschale. Die Regelungen zur Umsetzung auf Landesebene konnten Ende 2018 konsentiert und Anfang 2019 unterzeichnet werden. Dem pauschalen Vergütungsverfahren liegen Bruttoperpersonalkosten von 54.675,33 € zzgl. einer Pauschale für die Sachkosten sowie die Overhead- und Regiekosten zu Grunde. Aus dem Bereich des VEKP haben Pflegeeinrichtungen die bestehenden Verfahren der Beratung der Bewohner\*innen angepasst und bei Bedarf Anträge auf eine Vereinbarung mit den Kostenträgern gestellt.

Das Thema **Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen** in Mitgliedseinrichtungen war auch im vergangenen Berichtszeitraum Gegenstand der Seminare und Veranstaltungen des VEKP.

Im Berichtszeitraum wurde die Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen **Bemes-**

**sung des Personalbedarfs** in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben auf Bundesebene (§ 113c SGB XI) fortgeführt. In dieses Projekt konnte mit Unterstützung des Verbandes eine Mitgliedspflgeeinrichtung eingebunden werden.

Die AOK Nordost setzte die Verbände der Leistungserbringer darüber in Kenntnis gesetzt, dass aufgrund der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) das Verfahren der **Mitteilung des Pflegegrades** unmittelbar an die Pflegeeinrichtungen geändert werden müsste. Anstelle einer direkten Information der Pflegeeinrichtung wird seit Februar 2019 nur noch eine Kopie der Einstufung des Pflegegrades an die Bewohner\*innen zur Weiterleitung an die Pflegeeinrichtung übermittelt. Das führte zu erheblichem Aufwand bei den Pflegeeinrichtungen. Ziel der Aktivitäten des Verbandes war es, diese Verfahrensumstellung rückgängig zu machen.

## 17.

### Seminare

Auf jährlichen Treffen von Mitgliedspflgeeinrichtungen und -krankenhäusern in der AG Seminare werden die Themen für die Seminarprogramme gemeinsam mit den Fortbildungsbefauftragten der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser entwickelt und

abgestimmt. Der VEKP hat unter dem Motto „Herausforderungen und Aufgaben pflegerisch-diakonischer Arbeit“ in seinem Jahresprogramm von September 2018 bis Juli 2019 folgende Seminare durchgeführt:

- ▶ „Pflegebedürftigkeitsbegriff – wirklich neu?
- ▶ „Ich bin allein, keiner mag mich!“
- ▶ Leben bis zum Schluss – Sterben in Würde
- ▶ Freiheitsentziehende Maßnahmen – bleibende Herausforderung für professionell Pflegende

- ▶ „Nur gearbeitet – und nichts geschafft!“
- ▶ Gesundheitsrisiken als multifaktorielles Geschehen – wie erkennen, wie beschreiben, wie begründen?
- ▶ „Ich weiß genau was gut ist – für meine Mutter!“

Zusätzlich hat der VEKP zur Einführung des indikatorengestützten Verfahrens zur Qualitätsprüfung und –darstellung für Multiplikator\*innen in stationären Pflegeeinrichtungen drei Zweitagesveranstaltungen angeboten, die von allen Mitgliedseinrichtungen wahrgenommen wurden.

Alle vom Verband angebotenen Seminare sind über die „RbP-Registrierung beruflich Pflegender GmbH“ zertifiziert worden und ermöglichten

den Teilnehmenden den Erwerb von Fortbildungspunkten.

Über das fachliche Angebot hinaus nutzten die Teilnehmenden aus den Mitgliedseinrichtungen in den Seminaren den Raum für kollegialen Erfahrungsaustausch. Die Seminare bleiben somit ein wichtiger Bestandteil des verbandlichen Netzwerkes und Teil der Qualifizierung und Wertevermittlung in den Mitgliedspflegeeinrichtungen und -krankenhäusern.

Zusätzlich angebotene Seminare im September und Oktober 2019:

- ▶ „Qualitätsprüfungs-Richtlinien vollstationär (QPR) Qualitätsdarstellungsvereinbarung stationär (DAS),
- ▶ „Hilfe Kommunikation“ – Strukturierter Fachdialog – Coaching.

Beide Seminare werden zweifach angeboten.

Im Zeitraum 2018/2019 war folgende Inanspruchnahme des Seminarangebotes zu verzeichnen:

Veranstaltungsart	Anzahl Seminare	Teilnehmende	Anzahl der Mitgliedseinrichtungen
Seminare	14	151	21

Stand: 17. September 2019

Zunehmend kurzfristig erlassene gesetzliche und untergesetzliche Regelungen machen es erforderlich, dass der VEKP, abweichend von seinem

bisherigen Seminarangebot, zeitlich flexibel auf die Bedarfe der Pflegeeinrichtungen mit Seminaren und Schulungen reagiert. Für das Seminarjahr

2019/20 wird das langfristig im Voraus festgelegte Angebot zugunsten kurzfristig aufzunehmender Themen

reduziert. In der Planung sind folgende Themenbereiche:

- ▶ Klärung von Rechtsfragen in der Pflegepraxis,
- ▶ Pflegefachlichkeit (z. B. Umgang mit Gewalt, Umgang mit Demenz, Sterbegleitung).

Bei Bedarf organisiert der Verband weitere Zusatztermine, auch als Inhouse-Veranstaltungen.

## 18.

# Öffentlichkeitsarbeit

### 18.1

## Internetauftritt VEKP

Seit dem Jahr 2017 verweist der VEKP kontinuierlich darauf, dass die Krankenhaushygiene eine herausgehobene Rolle bei der öffentlichkeitswirksamen Darstellung der Mitgliedskrankenhäuser spielt. So können auf der Internetseite des Verbandes unter [www.diakonie-portal.de/](http://www.diakonie-portal.de/)

arbeitsbereiche/krankenhäuser/hygiene-transparent die Bemühungen der Berliner und Brandenburger Mitgliedskrankenhäuser um Vermeidung von Krankenhausinfektionen dargestellt werden. Im Berichtszeitraum waren dies folgende Beiträge:

23. Mai 2019: „Aktionstag Saubere Hände“ im Evangelischen Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow  
HANDHYGIENE wird GROSS geschrieben – Hygiene transparent: Initiativen diakonischer Krankenhäuser #22
23. Mai 2019: „Sichere Chirurgie“ – Wie können Risiken erkannt und Komplikationen vermieden werden? Prophylaxe von Krankenhausinfektionen im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau – Hygiene transparent: Initiativen diakonischer Krankenhäuser #23

## 18.2 Internetauftritt VEKP – Öffentliche Stellungnahmen

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

10. April 2019: Willkommen zu den öffentlichen Veranstaltungen 2019 in den Mitgliedseinrichtungen des VEKP.
22. Mai 2019: Starke Interessenvertretung kirchlich-diakonischer Krankenhausarbeit im Land Brandenburg. Wahl und Konstituierung eines neuen Vorstandes auf der 30. Mitgliederversammlung der Landeskrankengesellschaft Brandenburg.
5. Juni 2019: Diakonische Krankenhäuser weisen Vorwürfe von rbb24 zurück. Der VEKP und das DWBO äußern sich zu dem rbb-Beitrag „Diese 18 Kliniken führen schwere Operationen zu selten durch“.
15. Juli 2019: Kronenkreuz-Verleihung im Haus Rüsternallee Frau Simone Steffen, langjährige Einrichtungsleiterin der Pflegeeinrichtung Haus Rüsternallee, die dem Berliner Projekt-Pflege mit dem Plus angehört, wird anlässlich ihrer Verabschiedung in den Ruhestand für ihre Verdienste um die Altenpflege in der Diakonie ausgezeichnet.
16. Juli 2019: Wider die Kannibalisierung im deutschen Gesundheitswesen! Der VEKP nimmt Stellung zu einer von der Bertelsmann-Stiftung beauftragten Studie, die zu dem Ergebnis kommt, dass eine Halbierung der Zahl der Krankenhäuser in Deutschland die Versorgung der Patientinnen/Patienten verbessern könnte.
16. Oktober 2019: Investitionsoffensive Krankenhäuser-Kundgebung am 23. Oktober 2019  
Der VEKP und seine Mitglieder unterstützen einen dringenden Appell eines breiten Bündnisses gesellschaftlicher Kräfte, den Krankenhäusern im Land Berlin mehr Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen.



### 18.3 Internetauftritt VEKP – Öffentliche Veranstaltungen Mitglieder

Wie in den Vorjahren legten die Mitgliedseinrichtungen des VEKP in Berlin und Brandenburg auch in 2019 eine umfangreiche, 180 Veranstaltungen umfassende, Darstellung unter dem eingeführten Motto „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ auf. Beginnend am 16. April 2019 in Berlin mit einem Geburtsinformationsabend im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau, am gleichen Tag in Brandenburg mit einer Gesprächsrunde im Brandenburgischen Brustzentrum des Evangelischen Krankenhauses Ludwigsfelde-Teltow stellten sich Mit-

gliedskrankenhäuser und -pflegeeinrichtungen des VEKP erneut einer interessierten Öffentlichkeit. Der VEKP fasste die von seinen Mitgliedern angekündigten Veranstaltungen in Broschürenform zusammen und machte dies über eine Presseerklärung am 10. April 2019, direkte Anschreiben seiner Partner in den Berliner und Brandenburger Senatsverwaltungen bzw. Ministerien und bei den Kranken- und Pflegekassenverbänden bekannt. Zusätzlich wandte sich der VEKP über monatliche Meldungen im Newsletter des DWBO an dessen breiten Adressatenkreis:

- 5. November 2018: Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat Dezember 2018.
- 26./29. April 2019: Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat Mai 2019.
- 20. Mai 2019: Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat Juni 2019.
- 11. Juni 2019: Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat Juli 2019.
- 11. Juli 2019: Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat August 2019.
- 12. August 2019: Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat September 2019.
- 11. September 2019: Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat Oktober 2019.
- 15. Oktober 2019: Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat November 2019.

## 19. Förderung komplementärer Strukturen und weitere Themen

### 19.1 Hospizarbeit

Um die ständig steigende 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.

### 19.2 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 Ko-Finanzierung im Rahmen des vom Bundesministe-

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

### 19.3 Dienstgeberverband (dgv)

Der VEKP hat auch im Berichtszeitraum seine Unterstützung der Arbeit des dgv durch die Bereitstellung von Finanzmitteln zum Ausdruck gebracht. Ziel ist es, diesen bei der Weiterentwicklung des diakonischen Arbeitsrechts zu stärken und handlungsfähig zu halten. Eine inhaltliche Begleitung der Arbeit des dgv findet regelhaft über den Vorsitzenden, der zugleich auch geschäftsführendes Vorstandsmitglied im dgv ist, statt. Die im Rahmen des

Pflegestärkungsgesetzes eingeführte Regelung über ein Pflegebudget in den Krankenhäusern ab 2020, das eine vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten für die Pflege am Bett beinhaltet, führte zu Überlegungen im VEKP zu einer Weiterentwicklung der AVR DWBO für den Bereich der Pflege im Krankenhaus. Die Überlegungen wurden in die Beratungen des dgv eingebracht und werden dort zu bewerten sein.

## 19.4 Kinderschutz im Krankenhaus

Bereits mit der Unterzeichnung der Vereinbarung zwischen der DKG und dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) im Jahr 2016 hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft stellvertretend für alle Krankenhäuser verpflichtet, Maßnahmen zum Schutz von Kindern vor sexualisierter Gewalt zu unterstützen. Die Empfehlung umfasst auch die Implementierung von Schutzkonzepten in Kliniken, die Kinder und Jugendliche betreuen. Am 7. Juni 2019 fand eine Fachtagung „Schutzkonzepte und Kinderschutz im Krankenhaus“ statt. Diakonische Krankenhäuser stellen sich der Thematik bereits seit langem und halten Hilfesysteme vor. Die Idee von Schutzkonzepten

umfasst das Erkennen (häuslicher Gewalt) wie auch eine Auseinandersetzung mit den Dingen, die im Krankenhaus geschehen können.

Ergänzend zu diesen Aktivitäten berief das DWBO gemeinsam mit der EKBO eine unabhängige Ansprechpartnerin für Opfer von Missbrauch und sexueller Gewalt. An sie können sich alle Menschen wenden, die Missbrauch, Gewalt oder übergriffiges Verhalten in der Landeskirche, dem DWBO und bei dessen Mitgliedern erlebt haben. Der VEKP beteiligt sich ergänzend an einer fachverbandsübergreifenden Kommission, die Hilfestellung für die Erarbeitung von Schutzkonzepten im DWBO sowie bei den Mitgliedern leisten soll.



Anhang zum Geschäftsbericht 2019

# 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](mailto:Krankenhausverband@DWBO.de)  
Web: [www.vekp.de](http://www.vekp.de)

### **Gestaltung und Herstellung:**

CDS Design GmbH  
Die Corporate Design Spezialisten  
Bundesallee 119  
12161 Berlin

Email: [info@cdsdesign.de](mailto:info@cdsdesign.de)  
Web: [www.cdsdesign.de](http://www.cdsdesign.de)

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier  
(FSC® zertifiziert).





**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](mailto:krankenhausverband@dwbo.de)

Web [www.vekp.de](http://www.vekp.de)