

A large yellow triangle is positioned on the left side of the page, pointing downwards.

Geschäftsbericht 2025

des Verbandes
Evangelischer Krankenhäuser
in Berlin-Brandenburg (VEK)

Vorwort

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist „durch“. Im Dezember 2024 erfolgte die Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt. Doch sind damit die Rahmenbedingungen für die zukünftigen Strukturen der Leistungserbringung in unseren Krankenhäusern geschaffen? Nein. Die Entwicklung der Rahmenbedingungen des Krankenhauswesens ist weiter unklar. Aber: Wir haben eine erste Basis, um die Krankenhausreform zu gestalten. Wir sehen das KHVVG kritisch und sind dankbar, dass mit dem Wechsel der Bundesregierung erste Ansätze für eine praxisorientierte Anpassung in die Diskussion eingezogen sind. Hierzu bringen wir uns aktiv in die fachliche und politische Diskussion in den Ländern ein.

Die Krankenhausbedarfsplanung hat im Geschäftsjahr trotz unklarer rechtlicher Rahmenbedingungen an Fahrt aufgenommen. Mit der Krankenhausreform ist der Aspekt der Zentralisierung von Leistungen weiter in den Fokus der Diskussion gerückt. Wir setzen uns dafür ein, dass sich über Jahrzehnte etablierte und qualitativ hochwertige Leistungsbereiche bei unseren Krankenhäusern erhalten bleiben. Gerade im Flächenland Brandenburg sind vernetzte Konzepte zur Versorgungssicherung gefordert. Diakonische Krankenhäuser haben frühzeitig eigeninitiativ Konzepte für eine „aufsuchende“ Medizin, telemedizinische Ansätze und Ansätze zur Vernetzung mit der ambulanten Versorgung vorgelegt, die auf inhaltliche Zustimmung gestoßen sind. Damit zeigen sie innovative und zukunftsorientierte Lösungen auf. Die Umsetzung scheitert bisher oft am fehlenden rechtlichen Rahmen.

Wir setzen uns für gleiche Bedingungen aller Krankenhausträger ein. Freigemeinnützige Unternehmen geraten zunehmend unter Druck. Ihr Fortbestand ist gefährdet, solange sie gegenüber öffentlichen Trägern finanziell benachteiligt bleiben. Diese strukturelle Benachteiligung durch staatliche Verlustausgleiche wird durch die Krankenhausreform nicht behoben. Wir unterstützen daher alle Mitglieder in ihrem rechtlichen Vorgehen gegen wettbewerbsbenachteiligende staatliche Subventionierungen öffentlicher Krankenhäuser. Das rechtliche Vorgehen richtet sich dabei ausdrücklich nicht gegen die Arbeit in öffentlichen Krankenhäusern, sondern gegen eine dritte Säule der Krankenhausfinanzierung, die da heißt: kommunale Subventionsfinanzierung. Wir brauchen einen fairen Wettbewerb. Das dient nicht nur den freigemeinnützigen Krankenhäusern, sondern dem Gemeinwohl.

Herzlichen Dank allen Mitgliedern für die engagierte Arbeit, die vielen Ideen und die enge Zusammenarbeit. Wir bleiben dabei und unterstützen Sie weiterhin mit „einfach machen“.

Roy J. Noack

Vorstandsvorsitzender

Detlef Albrecht

Geschäftsführer

Inhaltsverzeichnis

1.	Organisation des VEK.....	7
1.1	Mitglieder und Mitgliederversammlung.....	7
1.2	Vorstand	7
1.3	Geschäftsführung und Geschäftsstelle	7
1.4	Vertretung der Geschäftsstelle in Gremien und Institutionen	8
1.4.1	Vertretung in Gremien Berlin.....	8
1.4.2	Vertretung in Gremien Brandenburg.....	8
1.4.3	Weitere Gremien.....	8
1.5	Gremien innerhalb des DWBO e.V.	8
1.6	Ständige interne Beratungsgremien des VEK.....	9
2.	Innerverbandliche Entwicklungen	9
3.	Rahmenbedingungen der Arbeit und Entwicklungen	9
3.1	Krankenhausreform.....	9
3.2	Klageverfahren gegen das Land Berlin.....	10
3.3	Sektorübergreifende Versorgungsstrukturen	12
4.	Übergreifende Gremienarbeit.....	14
5.	Vergütung von Krankenhausleistungen.....	14
5.1	Landesbasisfallwerte Berlin und Brandenburg.....	14
5.2	Budget- und Entgeltverhandlungen 2022 bis 2024 nach KHEntgG und BPfIV	15
5.3	Finanzierung der Gesundheitsberufe im Krankenhaus.....	19
5.4	Pflegepersonaluntergrenzen	21
6.	Datenprojekte des VEK	22
6.1	Trägerverbandsübergreifende AG „Sonstige Entgelte“	22
6.2	Trägerverbandsübergreifende AG „PEPP“	22
7.	Entwicklung der diakonischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg in den Jahren 2020 bis 2024	23
8.	Krankenhausplanung Berlin und Brandenburg	26
9.	Krankenhausinvestitionsfinanzierung Berlin und Brandenburg.....	27
10.	Rechts- und Vertragsangelegenheiten.....	28
10.1	Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes (MD)	28
10.2	Entlassmanagement	30
10.3	Digitalisierung im Krankenhaus.....	30
10.4	AG „IT-Sicherheit“ christlicher Krankenhäuser	30
11.	Klimaschutz im Krankenhaus	31
12.	Förderung komplementärer Strukturen und weitere Themen	31
12.1	Hospizarbeit	31

12.2	Deutschlandstipendium	32
12.3	Dienstgeberversband (dgv).....	32
	Anhänge:	32
	Geschäftsordnung.....	32
	Mitgliedseinrichtungen	42

1. Organisation des VEK

1.1 Mitglieder und Mitgliederversammlung

- Ev. Elisabeth Klinik Krankenhausbetriebs gGmbH
- Ev. Geriatriezentrum Berlin gGmbH
- Wichernkrankenhaus gGmbH
- Ev. Krankenhaus Hubertus Krankenhausbetriebs gGmbH
- Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
- Ev. Krankenhaus Luckau gGmbH
- Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow gGmbH
- Ev. Lungenklinik Berlin Krankenhausbetriebs gGmbH
- Ev. Waldkrankenhaus Spandau Krankenhausbetriebs gGmbH
- Friedrich von Bodelschwingh-Klinik gGmbH
- Immanuel-Krankenhaus GmbH
- Johanniter GmbH, Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen
- Alexianer Evangelisches Zentrum für Altersmedizin GmbH
- Krankenhaus Bernau GmbH
- Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH
- Lutherstift gGmbH
- Martin-Luther-Krankenhausbetrieb GmbH
- Naëmi-Wilke-Stift Guben/
Diakoniekrankenhaus Naëmi Wilke Guben gGmbH (ab 01.05.2025)
- Oberlinklinik gGmbH
- Theodor-Wenzel-Werk e.V.
- Verein Krankenhaus Waldfriede e.V.
- Epilepsieklinik Tabor

1.2 Vorstand

- Detlef Albrecht (Geschäftsführer)
- Dr. Karsten Bittigau
- Bernd Jakobs
- Michael Mielke
- Andreas Mörsberger
- Andreas Mogwitz
- Roy J. Noack (Vorsitzender)
- Mirko Rücker

1.3 Geschäftsführung und Geschäftsstelle

- Detlef Albrecht (Geschäftsführer)
- Anna Chanbekowa (Referat Rechts- und Vertragsangelegenheiten)
- Andreas Tietze (Referat Budget- und Entgeltangelegenheiten, Statistik)
- Maja Nowak (Sekretariat/Sachbearbeitung)
- Beate Wegner (Sekretariat/Sachbearbeitung)

1.4 Vertretung der Geschäftsstelle in Gremien und Institutionen

1.4.1 Vertretung in Gremien Berlin

- BKG-Vorstand (Albrecht)
- BKG-Kommission Verträge gem. §§ 112, 115 SGB V (Albrecht, Chanbekowa)
- BKG-Pflegesatzausschuss (Albrecht, Tietze)
- BKG-Fachausschuss Digitalisierung (Chanbekowa)
- Lenkungsausschuss Qualitätssicherung (Albrecht)
- Regionalausschuss Krankenhausplanung (Albrecht)
- Fachausschuss Krankenhausplanung Berlin (Albrecht)
- Arbeitsgruppen des Fachausschusses Krankenhausplanung Berlin (Albrecht)
- Schiedsstelle Berlin nach § 18a KHG (Tietze)
- Schiedsstelle Berlin nach §§ 114 und 115 SGB V (Albrecht)
- Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg (Handlungsfeld „Innovative Versorgung“) (Albrecht)
- Erweiterter Landesausschuss Berlin, § 116b SGB V (Chanbekowa)
- Schiedsstelle nach § 36 PflBG (Tietze)

1.4.2 Vertretung in Gremien Brandenburg

- LKB-Vorstand (Albrecht (stv. Vorsitzender))
- LKB-Planungsausschuss (Albrecht)
- LKB-Finanzierungsausschuss (Albrecht)
- LKB-Arbeitsgruppe Verträge (Chanbekowa)
- Landeskonzferenz für Krankenhausplanung gem. § 13 BbgKHEG (Albrecht)
- AG Planung des MSGIV (Albrecht)
- AK Detailplanung zur Krankenhausplanung (Albrecht)
- BegleitAG zur Krankenhausplanung (Albrecht)
- Arbeitsgruppe stationäre Versorgung der Landeskonzferenz Brandenburg (Albrecht)
- Schiedsstelle Brandenburg nach § 18a KHG (Tietze, Albrecht)
- Erweiterter Landesausschuss für das Land Brandenburg, § 116b SGB V (Chanbekowa)
- 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)

1.5 Gremien innerhalb des DWBO e.V.

- Leitungskonferenz des DWBO (Albrecht)
- Diakonie³-Steuerungsgruppe (Albrecht)
- Interne Meldestelle gem. Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) (Chanbekowa)
- AGG Meldestelle (Chanbekowa)

1.6 Ständige interne Beratungsgremien des VEK

- Geschäftsführungen der Krankenhäuser Berlin
- Geschäftsführungen der Krankenhäuser Brandenburg
- AG „IT-Sicherheit“ (Chanbekowa)

2. Innerverbandliche Entwicklungen

Der VEK wirkte auch im vergangenen Geschäftsjahr in der Leitungskonferenz und in den innerverbandlichen Gremien des DWBO mit. Hervorzuheben ist die Mitwirkung in der Steuerungsgruppe Diakonie³. Diakonie³ ist Bestandteil eines Change-Prozesses zur Förderung der Zusammenarbeit im DWBO. Mit der Übernahme der internen Meldestelle nach dem Hinweisgeberschutzgesetz sowie der AGG-Meldestelle und der Mitwirkung im Wahlvorstand zur Wahl der Mitarbeitervertretung leistete der VEK einen Beitrag zur Unterstützung einer erfolgreichen Zusammenarbeit im DWBO. Der VEK wirkte aktiv an der Erarbeitung einer DWBO-Richtlinie zum Schutz vor sexualisierter Gewalt mit. Mit dieser Richtlinie setzt das DWBO die Rahmenbestimmung der Diakonie Deutschland zum Thema Schutz vor und Aufarbeitung von sexualisierter Gewalt um.

3. Rahmenbedingungen der Arbeit und Entwicklungen

3.1 Krankenhausreform

Am 12. Dezember 2024, zwei Jahre nach den ersten Überlegungen, ist das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) mit Wirkung zum 1. Januar 2025 in Kraft getreten. Die im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wiederholt eingebrachten Änderungsanträge der Länder und der Verbände haben zum überwiegenden Teil keinen Eingang in das Gesetzgebungsverfahren gefunden. Die Länder haben in einem 11-Punkte-Papier Kritikpunkte formuliert, die der VEK unterstützt. Hierzu zählten:

- Fehlende Auswirkungsanalyse, trotz ausdrücklicher Vereinbarung zwischen Bund und Ländern
- Keine Klarheit zur Sicherung einer auskömmlichen Finanzierung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser
- Fehlende Ausgestaltung der Vergütungssystematik
- Unzureichende Berücksichtigung kleiner bedarfsnotwendiger Krankenhäuser
- Versorgungssicherheit gefährdende Anreize zur Fehl- bzw. Minderleistung
- Bürokratieaufbau in hohem Maße
- Praxisuntaugliche Fristen für das Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes
- Zu kurze Zeitspannen für die Krankenhausplanungsbehörden und Kliniken
- Unsichere Voraussetzungen für sektorenübergreifende Einrichtungen
- Fehlende Zustimmungspflichtigkeit des KHVVG im Bundesrat
- Fehlende Finanzverantwortung des Bundes beim Transformationsfonds
- Nichtzulässigkeit von erforderlichen Kooperationen

Mit der Neuwahl der Bundesregierung haben sich die Koalitionsparteien CDU, CSU und SPD darauf verständigt, das KHVVG fortzuentwickeln und praktikabler zu gestalten. Damit soll der eingeschlagene Reformweg gangbarer gemacht werden. Der VEK begrüßte diese Entwicklung. Folgende Maßnahmen wurden als zeitnah umsetzbar angekündigt:

- **Sofort-Transformationskosten**

Die Krankenhäuser sollen mit den Sofort-Transformationskosten in die Lage versetzt werden, die inflationsbedingte Lücke aus den Jahren 2022 und 2023 zu schließen. Hierzu sollen die Krankenhäuser ab 1. November 2025 einen Rechnungszuschlag von 3,45 % für ein Jahr erheben können. Rechtliche Grundlage ist das Haushaltsbegleitgesetz des Bundes. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Geschäftsberichts war das Gesetzgebungsverfahren noch nicht abgeschlossen. Teilweise wurden alternative Modelle in die Diskussion eingebracht, die aus verbandlicher Sicht rechtlich nicht umsetzbar sind. Es bleibt zu hoffen, dass das Gesetzgebungsverfahren ohne Änderungen abgeschlossen werden kann.

- **Ausnahmen und Kooperationen**

Die Länder setzen sich für einen stärkeren Gestaltungsspielraum zur sachgerechten Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen ein. Die ungesteuerte, pauschale Zentralisierung der Versorgung und die damit einhergehende mögliche Schließung oder Herabstufung von Häusern mit regionaler Bedeutung soll verhindert werden. Eine Forderung, die vom VEK ausdrücklich unterstützt wird.

Als VEK haben wir, in Abstimmung mit den Mitgliedern, in vielfältigen Sitzungen, insbesondere zur Krankenhausplanung, auf dringliche Änderungsbedarfe in den Leistungsgruppen aufmerksam gemacht. Die Krankenhausreform kann nur mit praxisorientierten Ansätzen gelingen. „Gesundheit – gemeinsam – gestalten“: Aufgrund der unverändert starren Fristvorgaben, die trotz sonstiger Änderungsankündigungen, weiterhin für die Krankenhausplanung der Länder gelten, sind die Häuser verpflichtet, sich an Voraussetzungen der Leistungsgruppen messen zu lassen, die nach einhelliger Meinung als unrealistisch oder änderungsbedürftig erkannt wurden (z. B. Vollzeitäquivalent, Basislabor). Der VEK unterstützt ausdrücklich diesen Ansatz des Landes Brandenburg und den darauf basierenden Dialog.

3.2 Klageverfahren gegen das Land Berlin

Bereits seit vielen Jahren machen das DWBO, der VEK und die Krankenhäuser darauf aufmerksam, dass die zusätzliche Finanzierung öffentlicher Krankenhäuser aus Steuermitteln zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führt. Trotz vieler Gespräche haben die politisch Verantwortlichen sich nicht veranlasst gesehen, dieses Verfahren zu ändern.

Ein gemeinsam von vielen Krankenhäusern im Land Berlin im Jahr 2022 in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten kam zu dem Ergebnis, dass die zusätzliche Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser gegen das Grundgesetz, EU-Beihilferecht, Krankenhausfinanzierungsrecht und/oder Haushaltsrecht des Landes verstoßen könnte.

Mit dem Ziel, eine finanzielle Gleichbehandlung und damit faire Wettbewerbsbedingungen zu erreichen, wurden in den vergangenen Jahren Gespräche mit der zuständigen Senatsverwaltung geführt. Da sich trotz der vielen Gespräche mit den politischen Verantwortlichen die Situation für die nicht-öffentlichen Krankenhäuser in Berlin nicht verbesserte, haben die Beteiligten am 31. August 2023 Klage gegen das Land Berlin eingereicht. 29 Krankenhäuser im Land Berlin haben sich hierzu zu einer Initiative „Ein gesundes Berlin – nicht ohne uns“ zusammengeschlossen. Die Klage richtet sich ausschließlich gegen die Sonderzahlungen des Landes Berlin an Vivantes. Aus Sicht des Klägers wird das Verwaltungsgericht zu prüfen haben, ob das Land Berlin gegen Grundrechte, EU-Beihilferecht, Krankenhausfinanzierungsrecht und/oder Landeshaushaltsrecht verstößt. Im Rahmen der Prüfung der Zuständigkeit hat das VG entschieden, dass nicht der vorgelegte grundrechtsbezogene Ansatz, sondern wettbewerbsrechtliche Regelungen im Mittelpunkt des Verfahrens stehen und hat das Verfahren an das Zivilgericht verwiesen. Die hiergegen eingereichte Beschwerde liegt beim OVG Berlin-Brandenburg. Damit verzögert sich das Verfahren weiter. Parallel zur Klage haben die Beteiligten ein zunächst informelles Beschwerdeverfahren bei der EU-Kommission eingeleitet.

Dem Aktionsbündnis gehören neben allen Mitgliedern des VEK alle freigemeinnützigen und einige private Krankenhausträger an. Diese vertreten 42 % der stationären Krankenhausversorgung in Berlin:

1. Friedrich von Bodelschwingh-Klinik
2. Caritas-Klinik Maria Heimsuchung Berlin Pankow Caritas Gesundheit Berlin
3. Caritas-Klinik Dominikus Berlin-Reinickendorf Caritas Gesundheit Berlin
4. DRK Kliniken Berlin Köpenick
5. DRK Kliniken Berlin Mitte
6. DRK Kliniken Berlin Westend
7. DRK Kliniken Berlin Wiegmann Klinik
8. Wichernkrankenhaus Johannesstift Diakonie
9. Evangelisches Krankenhaus Hubertus, Johannesstift Diakonie
10. Evangelische Lungenklinik, Johannesstift Diakonie
11. Evangelische Waldkrankenhaus Spandau, Johannesstift Diakonie
12. Evangelische Elisabeth Klinik, Johannesstift Diakonie
13. Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Johannesstift Diakonie
14. Martin-Luther-Krankenhaus, Johannesstift Diakonie
15. Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
16. Immanuel Krankenhaus Berlin
17. Jüdisches Krankenhaus Berlin
18. Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
19. Krankenhaus Waldfriede Berlin-Zehlendorf
20. Malteser-Krankenhaus Berlin-Charlottenburg Caritas Gesundheit Berlin
21. Sana Paulinenkrankenhaus
22. Sankt Gertrauden-Krankenhaus

- 23. Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus
- 24. St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof
- 25. Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
- 26. Park-Klinik Weißensee
- 27. Sana Klinikum Lichtenberg
- 28. Schlosspark-Klinik
- 29. Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee

Das Klageverfahren wird inhaltlich und medial durch den VEK und das DWBO auch zukünftig aktiv begleitet. Vorrangig ist und bleibt der politische Dialog. Sollte mit den zuständigen Senatsverwaltungen ein tragfähiger Kompromiss zustande kommen, wäre das die bessere Lösung als eine juristische.

3.3 Sektorübergreifende Versorgungsstrukturen

Die gesetzgeberischen Maßnahmen der letzten Jahre zeigen eine klare Tendenz zur Ambulantisierung und Integration der Versorgungsbereiche. Diese Entwicklungen werden grundsätzlich sowohl von den stationären als auch von ambulanten Versorgern als notwendiger Schritt zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen und auf den Bedarf der Patienten ausgerichteten Behandlung gesehen.

Starre Versorgungsgrenzen erzeugen unverhältnismäßigen Aufwand bei den Leistungserbringern und beeinträchtigen durch komplexe Strukturen zugleich die Niederschwelligkeit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Eine zunehmende sektorenübergreifende Zusammenarbeit und teilweise Ambulantisierung können bei durchdachter Gesamtausrichtung helfen, den Problemen des zunehmenden Fachkräftemangels sowie der alternden Bevölkerung in Zukunft besser zu begegnen.

Die praktische Umsetzung blieb jedoch herausfordernd.

Nicht immer gelang eine praxistaugliche gesetzliche Ausgestaltung der vom Gesetzgeber formulierten Ziele und eine durchdachte Gesamtausrichtung im Rahmen der bereits geschaffenen Versorgungsformate. Die Umstellung auf ambulante Prozesse forderte von den Krankenhäusern teilweise hohe Vorleistungen, die nicht durch ausreichende Investitionen refinanziert und gesichert wurden. Zudem zeigte sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem theoretischen Ambulantisierungspotenzial und der Versorgungsrealität.

Der VEK begleitete die Entwicklungen und informierte die Mitgliedskrankenhäuser über die zunehmend komplexer werdenden Versorgungsmodalitäten und die Vorgaben zu den Strukturen und Prozessen.

Zu den wesentlichen Aufgaben der Krankenhäuser im Bereich der Ambulantisierung zählten beispielhaft die:

Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V

Nachdem das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen einer Ersatzvornahme zunächst eine Verordnung festgesetzt hatte, konnten sich die Vertragsparteien des GKV-Spitzenverbands,

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der DKG im Dezember 2024 auf eine neue Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung einigen. Sie regelt die Vergütung zwischen den Akteuren abschließend. Die zuvor bestehenden Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Abrechnungsverfahren wurden durch Umsetzungsvereinbarungen weitestgehend geklärt.

Trotz der kürzlich vorgenommenen Anpassungen bleiben deutliche Kritikpunkte, wie die Benachteiligung der Krankenhäuser gegenüber ambulanten Versorgern, die übermäßige Bürokratie sowie fehlende Investitions- und Abrechnungssicherheit, weiterhin bestehen.

Die DKG appellierte an die Politik, die Regelungen grundlegend zu überarbeiten, um eine praxistaugliche und faire sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen. Insbesondere die Vorgabe von einer Million bisher vollstationär erbrachter Krankenhaufälle, die in 2026 über die Hybrid-DRG vergütet werden sollen, basiert auf einem überhöht kalkulierten Ambulantisierungspotenzial, das die Gegebenheiten vor Ort nicht widerspiegelt.

Ambulantes Operieren gemäß § 115b SGB V

Ende 2023 kamen die Vertragsparteien der DKG, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands dem gesetzlichen Auftrag des MDK-Reformgesetzes nach und einigten sich auf den Vertrag zur Durchführung ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen gemäß § 115b SGB V.

Ziel war es, die erkannten Ambulantisierungsmöglichkeiten im Krankenhaus zu benennen und für die im AOP-Katalog aufgelisteten Eingriffe umzusetzen. Der ursprüngliche Katalog umfasste 171 neue OPS-Kodes. Der Katalog wurde zum 1. Januar 2025 aktualisiert und an die neue OPS-Version 2025 angepasst.

Bereits vor Einführung informierte der VEK die Mitgliedskrankenhäuser über die rechtlichen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Leistungsentwicklung.

Übergangspflege gemäß §§ 39e, 132m SGB V

Mit der Einführung der §§ 39e SGB V, 132m SGB V durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Übergangspflege geschaffen. Die auf Landesebene zwischen den Kostenträgern und den Landeskrankenhausesellschaften geschlossenen Vereinbarungen regeln Einzelheiten der Vergütung und Leistungserbringung.

Durch das KHVVG wurden die Regelungen des § 39e SGB V inhaltlich überarbeitet, um Versorgungslücken nach stationären Aufenthalten auch entsprechend der neuen Systematik der Krankenhausreform schließen zu können.

Mit Wirkung zum Januar 2025 wurde die Vergütung mit den entsprechenden Tagessätzen um die Veränderungsrate in Höhe von 4,41 % in der Vereinbarung für Berlin und Brandenburg fortgeschrieben.

Ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses besteht weiterhin für bis zu 10 Tage im Anschluss an eine abgeschlossene stationäre Krankenhausbehandlung, bei Erbringung von Pflegeleistungen durch das Krankenhaus.

Tagesstationäre Behandlung gemäß § 115e SGB V

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wurde die tagesstationäre Behandlung erstmalig in den Leistungskatalog aufgenommen. Die gesetzliche Intention lag darin, das bestehende Krankenhauspersonal durch Entfallen der Versorgung zur Nachtzeit zu entlasten und dem Patienten einen komfortableren Behandlungsablauf im heimischen Setting zu ermöglichen.

Nach § 115e SGB V konnten Krankenhäuser seit Anfang 2023 in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorlag, im Einvernehmen mit dem Patienten die Behandlung tagesstationär, d. h. ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Voraussetzung dafür ist, dass die Behandlung mindestens einen sechsstündigen Aufenthalt im Krankenhaus erfordert und währenddessen überwiegend ärztliche und pflegerische Behandlungen erbracht werden.

Zum Berichtszeitpunkt lag kein aktualisierter Evaluationsbericht des GKV-SV zur Inanspruchnahme der Versorgungsform vor. Nach aktueller Schätzung wird die tagesstationäre Behandlung weiterhin verhalten in Anspruch genommen. Dies könnte auf die eingeschränkte Anwendbarkeit nur bei bestimmten Patientengruppen, den hohen Dokumentationsaufwand und die wirtschaftliche Benachteiligung gegenüber vollstationären Fällen bei vergleichbarem personellen und infrastrukturellen Aufwand zurückzuführen sein.

4. Übergreifende Gremienarbeit

Der VEK wirkte auch im vergangenen Berichtszeitraum im „Thementeam länderübergreifende Versorgung Berlin-Brandenburg“ mit. Zentrale Aufgabe des Thementeams ist die Themenfindung für die seit Jahren etablierten Zukunftswerkstätten der Länder Berlin und Brandenburg. Die kommende Zukunftswerkstatt im November 2025 wird sich mit dem Thema „Stambulante Versorgung zur Umsetzung der Krankenhausreform in Berlin und Brandenburg – Gesundheit gemeinsam gestalten“ befassen. Expertinnen und Experten werden die bestehenden Herausforderungen und Lösungsansätze zur Diskussion stellen. Der VEK hat dafür geworben, die teilweise sehr vielfältigen Aktivitäten diakonischer Krankenhäuser zur Vernetzung von unterschiedlichen Versorgungsstrukturen ausreichend in die Impulsvorträge aufzunehmen. Die Vorbereitungen der Zukunftswerkstatt waren zum Zeitpunkt der Erstellung des Geschäftsberichts noch nicht abgeschlossen.

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. Für beide Bundesländer konnte auch für 2025 frühzeitig eine Verständigung mit den Krankenkassen zum Landesbasisfallwert erzielt werden. Somit konnte der neue Landesbasisfallwert für alle Aufnahmen ab dem 01.01.2025 zur Abrechnung gebracht werden.

Ein Veränderungswert für das Jahr 2025 in Höhe von 4,41 % bei gleichzeitig deutlich rückläufig prognostizierten Sachkostenentwicklungen haben dazu geführt, dass eine Vereinbarung zum Landesbasisfallwert in beiden Bundesländern nur mit einem geringen Abschlag von 2 Euro von der Obergrenze möglich war.

Zum Zeitpunkt der Verhandlungen war die Tarifraterate für 2024 auf der Bundesebene noch nicht vereinbart, so dass hierfür in beiden Bundesländern ein Ausgleichs- und Berichtigungstatbestand in die Vereinbarung aufgenommen wurde.

Nach Vereinbarung der Tarifraterate für 2024 auf der Bundesebene wurde diese in beiden Bundesländern umgehend durch eine Neuvereinbarung des Landesbasisfallwertes 2025 mit Wirkung ab Juni 2025 umgesetzt.

Der VEK war in den Verhandlungskommissionen beider Landeskrankenhausesgesellschaften vertreten.

Der Landesbasisfallwert 2025 im Land Berlin beträgt 4.468,52 € inkl. Tarifraterate und Ausgleichen. Ausgangspunkt für die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2026 im Land Berlin ist der Wert ohne Ausgleiche i. H. v. 4.434,79 Euro. Im Land Brandenburg konnte für das Jahr 2025 ein Landesbasisfallwert i. H. v. 4.457,17 € inkl. Tarifraterate und mit Ausgleichen vereinbart werden. Ausgangspunkt für die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2026 ist auch hier der Wert ohne Ausgleiche i. H. v. 4.423,53 €.

Die Landesbasisfallwerte in Berlin und Brandenburg liegen in beiden Bundesländern innerhalb der nachgelagert ermittelten Bundesbasisfallwertgrenzen. Eine Angleichung an die untere Bundesbasisfallwertgrenze i. H. v. 4.349,40 € musste nicht erfolgen.

Neben den bereits umgesetzten Ausgleichen und Berichtigungen für die Tarifraterate 2024 wurden weitere Ausgleiche und Berichtigungen des Landesbasisfallwertes für 2025 in beiden Bundesländern für die Tarifraterate 2025 vereinbart. Darüber hinaus wurden für Berlin keine, für Brandenburg einzig Ausgleiche und Berichtigungen für die Zuschläge nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG vereinbart. Für die den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2025 als Ausgangsbasis zugrunde liegenden Casemixpunkte wurde in beiden Bundesländern feste Werte vereinbart und somit von den Korridorlösungen der Vorjahre abgewichen. Beide Landesbasisfallwerte wurden zum 1. Januar 2024 genehmigt.

Eine zusammenfassende Darstellung der für die Abrechnung im jeweiligen Jahr maßgeblichen Landesbasisfallwerte für Berlin und Brandenburg für die Jahre 2023 bis 2025 kann der folgenden Tabelle entnommen werden.

	Landesbasisfallwerte			
	2023	2024	2025	
			1.1. - 31.5.	ab 1.6.
Berlin	4.007,48 €	4.220,07 €	4.399,57 €	4.517,77 €
Brandenburg	3.997,36 €	4.209,36 €	4.388,41 €	4.506,28 €

5.2 Budget- und Entgeltverhandlungen 2022 bis 2024 nach KHEntgG und BPfIV

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber neue Fristen für die Vorlage der Forderungsunterlagen bis einschließlich dem Budgetjahr 2025 sowie Fristen für den Abschluss von Budgetvereinbarung ab dem Budgetjahr 2026 sowohl im KHEntgG als auch in der BPfIV verankert. So waren bzw. sind beispielsweise die Forderungsunterlagen für das Budgetjahr

2022 bis spätestens 31. März 2024, die Forderungsunterlagen für das Budgetjahr 2023 bis spätestens 30. September 2024 und die Forderungsunterlagen für das Budgetjahr 2024 bis 31. März 2025 vorzulegen. Eine Nichteinhaltung dieser Fristen ist für die Krankenhäuser sanktionsbehaftet.

Das Budgetgeschäft im aktuellen Berichtszeitraum wurde von den vielen offenen Budgetvereinbarungen der Vorjahre und den gesetzlichen Fristen bestimmt. Vielfach wurden mehrere Budgetjahre in einem Verhandlungstermin zusammengefasst oder aber in kurz aufeinander folgenden Terminen verhandelt. Eine Terminfindung mit den Kostenträgern ist aufgrund des insgesamt vorliegenden Verhandlungstaus in den beiden Bundesländern zumindest teilweise schwierig. Für das Jahr 2024 wurden von nicht einmal der Hälfte der Krankenhäuser im Mitgliederbereich Verhandlungen geführt.

Im Ergebnis liegen für das Budgetjahr 2022 von rund 85 % der Mitgliedskrankenhäuser genehmigte Budgetvereinbarungen oder Einigungen vor. Für das Budgetjahr 2023 konnte von rund der Hälfte und für 2024 von rund einem Viertel der Mitgliedskrankenhäuser eine Einigung bzw. eine genehmigte Budgetvereinbarung mit den Krankenkassen erzielt werden.

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

Budgetverhandlung nach dem KHEntgG

Die für 2022 geführten Budgetverhandlungen waren insgesamt mit wenig Konfliktthemen behaftet, da die relevanten Eckpunkte im Pflegebudget mit dem Budgetjahr 2020 geklärt wurden und Mengenausgleiche für dieses Jahr letztmals pandemiebedingt ausgeschlossen waren.

Im Pflegebudget hat sich seit dem Budgetjahr 2022 allerdings ein neuer Dissens mit den Krankenkassen ergeben. Die bereits über die Pauschalen des Pflegeberufgesetzes refinanzierten Personalkosten von Praxisanleitern sind im Pflegebudget mindernd zu berücksichtigen. Streitbefangen hierbei war die Frage, ob die Pauschale in voller Höhe oder nur anteilig im Pflegebudget abzuziehen ist. Hintergrund ist, dass in der Pauschale auch Kostenanteile für zwingend notwendige Kooperationspartner enthalten sind, die somit keine Refinanzierung der eigenen Praxisanleiter darstellen. Aufgrund der grundlegenden und auch für die Folgejahre immensen Bedeutung des Praxisanleiterabzugs im Pflegebudget, konnte dieser Dissens auch in mehreren Verhandlungen nicht überbrückt werden, so dass von einem Mitgliedskrankenhaus hierzu die Schiedsstelle angerufen wurde. Die Schiedsstelle hat die Rechtsauffassung des Krankenhauses bestätigt. Die Genehmigung des Schiedsspruches ist Ende 2024 erfolgt und wurde von den Kostenträgern nicht beklagt. Der vorliegende Schiedsspruch fordert die Vertragsparteien in den Verhandlungen gemeinsam konsensuale Lösungen zu finden.

Für die Budgetjahre 2023 und 2024 zeichnen sich bislang altbekannte aber auch vereinzelt neue Schwerpunkte für die Verhandlungen ab. Zunächst gewann die zu vereinbarende Leistungs-

menge infolge der wieder geltenden Mengenausgleiche an Bedeutung, so dass in den Verhandlungen auch wieder über die bessere Prognose bzgl. der noch offenen MD-Fälle gerungen wird. Im Ergebnis fordern die Kostenträger wieder vollumfänglich einen Verzicht auf Mindererlösausgleiche, um im Gegenzug den Forderungen bzw. Prognosen der Häuser mit Blick auf die Leistungsmenge nachzugeben.

Als neues Thema für 2023 und 2024 ergibt sich aus der in einem eigenständigen Erlösvolumen abzubildenden Leistungsmenge für Kinder und Jugendliche. Für einen großen Teil der Mitgliedskrankenhäuser wurde seitens des InEK ein entsprechendes Erlösvolumen ermittelt, so dass diese Leistungen für 2023 und 2024 nicht im Erlösbudget zu vereinbaren sind. Ein Konfliktpunkt mit den Krankenkassen ergab sich dann, wenn sich durch die Herausnahme der Kinder und Jugendlichen je nach Herangehensweise bei der Ermittlung einer möglichen Mehrleistung ein Anspruch der Krankenkassen auf einen FDA ergeben könnte. Unterschiedlicher Auffassung sind die Krankenkassen hierbei, ob aus der vereinbarten Leistungsmenge für das maßgebliche Vergleichsjahr (Vorjahr bzw. 2019) zunächst ebenfalls die Leistungen der Kinder und Jugendlichen herauszunehmen sind oder nicht. Eine gesetzliche Grundlage für die „Bereinigung“ der Ausgangsbasis ist nicht erkennbar. Ob diese Thematik auf dem Verhandlungsweg gelöst werden kann oder ob eine Schiedsstelle entscheiden muss, ist aufgrund der teils großen finanziellen Bedeutung zum Zeitpunkt der Berichtserstellung weiterhin nicht absehbar. Erste Schiedsstellen in anderen Bundesländern haben sich mit dieser Thematik bereits befasst. Hieraus lässt sich keine einheitliche Linie ableiten. Ein genehmigter Beschluss liegt ebenfalls noch nicht vor.

Ein ähnlich gelagerter Punkt ergibt sich infolge der Einführung der Hybrid-DRG. Auch diese Leistungen sind nicht mehr im Erlösbudget zu vereinbaren, stellen nach Kassenlesart jedoch einen negativen Katalogeffekt dar, wodurch der Aufsatzpunkt für mögliche Mehrleistungen entsprechend abgesenkt wird. Auch diese Herangehensweise der Krankenkassen wird krankenhausseitig nicht geteilt, da die Herausnahme der Hybridleistungen gerade nicht der Definition eines Katalogeffektes entspricht.

Mit dem Abschluss der Vereinbarung für 2022 sind die Krankenkassen bestrebt, auch die sogenannten „Corona-Ganzjahresausgleiche“ für die Jahre 2021 und 2022 mit den Krankenhäusern zu verständigen und das Thema abzuschließen. In der Regel ergibt sich aus der Abstimmung des Ausgleichs kein größerer Dissens.

Die Vereinbarung verschiedener NUB-Entgelte, aber auch einzelner Leistungen aus dem durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalenkatalog, wurde von den Kostenträgern auch im aktuellen Berichtszeitraum mit Verweis auf eine mangelnde Studienlage sowie das in § 12 SGB V normierte Gebot der Wirtschaftlichkeit und der diesbezüglichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) abgelehnt. Im Ergebnis konnte dennoch vielfach mit dem Kenntnisstand aus der AG „Sonstige Entgelte“ (siehe 6.1) eine Vereinbarungslösung mit den Krankenkassen erzielt werden.

Budgetverhandlungen nach der BPfIV

Mit dem Budgetjahr 2020 hat sich die Budgetfindungssystematik nach der BPfIV geändert, wobei die generelle Ausrichtung als Budgetsystem bestehen bleibt. Neben der Ablösung der bisherigen Psych-PV durch die PPP-RL kann von den Krankenhäusern nunmehr nicht mehr ein medizinisch leistungsgerechtes Budget gefordert werden, sondern nur noch ein gegenüber dem Vorjahr um die Kosten- und Leistungsentwicklungen des Vereinbarungsjahres verändertes Budget. Somit ist die Nachholung von in der Vergangenheit nicht vereinbarten bzw. finanzierten Kosten praktisch ausgeschlossen.

In den zurückliegenden Budgetverhandlungen war zwischen den Vertragsparteien die Frage ungeklärt, was unter der in § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 BPfIV genannten „Umsetzung der PPP-RL“ zu verstehen sei. Seitens der Krankenhäuser wurde die Auffassung vertreten, dass auch aufgrund der mit einer nicht vollständigen Erfüllung der PPP-RL einhergehender Sanktionen bzw. Budgetrestriktionen hiermit eine vollständige tarifliche Finanzierung des therapeutischen Personals gemeint wäre. Die Kostenträger vertraten hingegen die Auffassung, dass mit dem Begriff „Umsetzung“ nur die Berücksichtigung von evtl. sich ergebenden Veränderungen in der Menge des zu vereinbarenden therapeutischen Personals gemeint sei. Bestehende Unterfinanzierungen im therapeutischen Bestandspersonal blieben bei dieser Interpretation bestehen.

Zu diesem Dissens gab es bundesweit verschiedene Schiedsstellenverfahren und ein verwaltungsgerichtliches Verfahren. Während die Schiedsstellen in der Regel zugunsten der Krankenhäuser entschieden haben, ist das verwaltungsgerichtliche Verfahren zugunsten der Krankenkassen ausgegangen. Nach Sprungrevision zum Bundesverwaltungsgericht hat dieses sich nunmehr Anfang April 2025 mit der Thematik befasst und das unterinstanzliche Urteil und somit die Rechtsauffassung der Krankenkassen bestätigt. Anders als es in der mündlichen Urteilsverkündung anklang, lässt die schriftliche Urteilsbegründung nicht erkennen, dass das Gericht notwendigen Änderungsbedarf am Gesetz sieht.

Ob das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts dennoch zu gesetzgeberischen Aktivitäten führt, bleibt abzuwarten. Nach aktuellem Stand werden die Krankenhäuser spätestens mit der Scharfschaltung der Sanktionen in der PPP-RL vor großen Herausforderungen stehen, den Spagat von ausreichender Personalvorhaltung und dessen notwendiger Refinanzierung hinzubekommen.

Ausblick und Bewertung der weiteren Entwicklung der Budgetrunden 2022 – 2024

Das Budgetjahr 2022 war sowohl im Bereich des KHEntgG als auch der BPfIV in den meisten Fällen im Wesentlichen unproblematisch. In Abhängigkeit der hausindividuellen Situation spielten die zuvor benannten kritischen Themen des Praxisanleiterabzugs im Pflegebudget bzw. die vollständige Refinanzierung des therapeutischen Personals im Bereich der BPfIV eine mehr oder weniger große Rolle in den Budgetverhandlungen. Im Bereich der BPfIV ließen sich hierbei zumeist pragmatische Lösungen finden. Im Bereich des KHEntgG wurden bei ausstehender Genehmigung des Schiedsspruchs zum Praxisanleiterabzug die Verhandlungen vielfach vertagt. Da die Kostenträger diesen Punkt weiterhin streitig stellen, sind auch in den kommenden Verhandlungen Lösungen allenfalls im Rahmen eines Gesamtpakets möglich.

Für die im KHEntgG-Bereich unterschiedlichen Interpretationen im Umgang mit den Leistungen für Kinder und Jugendliche sowie der Hybrid-DRG bei der Ermittlung eines möglichen FDA zeichnet sich weiterhin noch keine konkrete Lösung ab. Hier ist zu vermuten, dass infolge der Fristen zu den Budgetverhandlungen früher oder später konstruktive Lösungen im Rahmen einer Gesamteinigung gefunden werden.

Relevante Veränderungen auf die Budgetverhandlungen zeichnen sich einerseits durch die geänderte Definition des Pflegebudgets ab dem Jahr 2025, die Zwangsschiedsstellen bei nicht rechtzeitig erfolgtem Budgetabschluss ab dem Budgetjahr 2026 und perspektivisch insbesondere durch die mit dem KHVVG vorgesehene Einführung eines Vorhaltebudgets, dem Entfall des FDA und der Streichung von Mindererlösausgleichen ab. Das Verhandlungsgeschehen im Bereich der BPfIV wird mit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zur Refinanzierung der tariflichen Personalkosten des therapeutischen Personals sowie der Scharfschaltung der Sanktionen in der PPP-RL beeinflusst werden.

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

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

Schiedsstelle nach § 18a KHG

Im Berichtszeitraum hat weder in Berlin noch in Brandenburg ein Schiedsstellenverfahren stattgefunden. Dies dürfte im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückzuführen sein:

Einerseits sind sowohl die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen infolge der für die Budgetverhandlungen gesetzlich verankerten Fristen bestrebt, die offenen Budgetverhandlungen möglichst schnell abzuschließen. Langwierige Schiedsstellenverfahren sind hierfür nicht zuträglich, so dass beide Vertragsparteien i. d. R. bemüht sind, die konfliktbehafteten Themen mit Kompromissen auf beiden Seiten zu lösen.

Diese Kompromissbereitschaft wird dadurch verstärkt, dass eine Vielzahl an Themen infolge des KHVVG für nur noch einen zeitlich begrenzten Zeitraum überhaupt von Bedeutung sind oder zumindest durch die mit dem KHVVG vorgesehene Vorhaltefinanzierung stark an Bedeutung verlieren.

5.3 Finanzierung der Gesundheitsberufe im Krankenhaus

Die Verhandlungen für die im KHG genannten Gesundheitsberufe im Krankenhaus für die Budgetjahre 2022 bis 2024 verliefen, soweit bereits geführt, im Wesentlichen unverändert gegenüber den Vorjahren. Da mit dem Start der generalistischen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufe-

gesetz im Jahr 2020 die hausindividuellen Ausbildungsbudgets in den meisten Mitgliedskrankenhäusern im Volumen zunächst stark abnehmen, zeichnet sich nunmehr wieder ein Anwachsen der Ausbildungsbudgets ab. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass mit der Ausbildung von ATA als auch OTA seit dem Jahr 2022 zwei weitere Ausbildungsberufe im KHG Berücksichtigung gefunden haben. Darüber hinaus gehen die Mitgliedskrankenhäuser vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels verstärkt dazu über, auch in den anderen Gesundheitsberufen zumindest kleinere Anzahlen Jugendlicher auszubilden und entsprechend in den Ausbildungsbudgets zu vereinbaren.

Aktuell zeigen sich zwei Konfliktfelder im Bereich der Ausbildungsbudgets. Entgegen unterinstanzlicher Rechtsprechung aus anderen Bundesländern vertreten die örtlichen Krankenkassen bislang die Auffassung, dass eine Finanzierung von Praxisanleitung insbesondere im Bereich der Ergo- bzw. Physiotherapieausbildung im Rahmen der Ausbildungsbudgets durch die Krankenkassen nicht geboten sei. Diese Thematik könnte, wenn überhaupt, vermutlich nur durch ein Schiedsstellenverfahren in Berlin bzw. Brandenburg gelöst werden. Alternativ kann durch eine Angleichung der entsprechenden Berufsgesetze hier durch den Gesetzgeber Klarheit geschaffen werden.

Darüber hinaus bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, ob eine Finanzierungsverpflichtung seitens der Krankenkassen für bereits vor 2022 begonnene Ausbildungen im Bereich ATA und OTA im Jahr 2022 besteht.

Zum aktuellen Zeitpunkt zeichnet sich für beide Punkte keine Lösung ab. In Einzelfällen konnten auf dem Verhandlungsweg oder durch Moderation der Schiedsstelle Kompromisslösungen gefunden werden. Allerdings ist die Thematik bei den ATA und OTA ein zusehends kleiner werdendes Problem, da nur noch wenige Auszubildende mit Ausbildungsbeginn vor 2022 in den Budgets überhaupt zu berücksichtigen wären.

Generalistische Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz

Die generalistische Pflegeausbildung ist bundesweit im Jahr 2020 gestartet. Zuletzt wurden Anfang 2024 die Pauschalen für die Jahre 2025 und 2026 sowohl in Berlin als auch in Brandenburg vereinbart, so dass im Berichtszeitraum keine Verhandlungen in diesem Bereich stattgefunden haben.

Für die Anfang 2026 anstehenden Verhandlungen zur Weiterentwicklung der Pauschalen in beiden Bundesländern werden die Vorbereitungen voraussichtlich im Spätsommer 2025 durch die Landeskrankenhausesellschaften beginnen.

Der VEK beabsichtigt, auch weiterhin in den Verhandlungskommissionen in beiden Bundesländern vertreten zu sein und die Verhandlungen aktiv zu begleiten.

Die Verbandsgeschäftsstelle unterstützt und berät die Mitgliedskrankenhäuser in den vielfältigen Melde- und Nachweisverpflichtungen insbesondere ggü. den jeweiligen zuständigen Stellen im Land (LaGeSo bzw. LASV) im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung.

Hochschulische Pflegeausbildung

Das Pflegestudiumstärkungsgesetz wurde im November 2023 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und regelt insbesondere auch die Finanzierung der hochschulischen Pflegeausbildung.

Die Vorgaben zur hochschulischen Pflegeausbildung weichen in Teilbereichen von den Vorgaben der generalistischen Pflegeausbildung ab. Dies sind u. a. die Qualifikation der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter als auch der Umfang der Praxiseinsatzzeiten. Diese Abweichungen sind aufgrund der bislang geringen Bedeutung der hochschulischen Pflegeausbildung aktuell nur schwer bewertbar. Vor diesem Hintergrund haben sich die Vertragsparteien in beiden Bundesländern im Rahmen der Verhandlungen zu den Pauschalen der generalistischen Pflegeausbildung darauf verständigt, dass sowohl in 2024 als auch in 2025 und 2026 diese Pauschalen auch für die Studierenden in der Pflege zur Anwendung kommen.

Im Rahmen der in 2026 anstehenden Verhandlungen zu den Pauschalen nach dem Pflegeberufgesetz wird auch darüber zu verhandeln sein, ob die abweichenden Vorgaben der hochschulischen Pflegeausbildung eine abweichende Finanzierungshöhe rechtfertigen.

5.4 Pflegepersonaluntergrenzen

Die Pflegepersonaluntergrenzen wurden auch für 2025 per Rechtsverordnung fortgeführt. Die Verordnung wurde im November 2024 erlassen und enthält im Wesentlichen nur redaktionelle Veränderungen. Eine Ausweitung auf weitere Fachgebiete ist mit der Verordnung nicht erfolgt.

Ende 2023 hat das LSG Baden-Württemberg in einem das Fachgebiet Neurologie betreffenden Fall den Bescheid des InEK zu den Pflegepersonaluntergrenzen als rechtswidrig eingestuft. Dieses Urteil des LSG kann immense Auswirkungen auf die Pflegepersonaluntergrenzen insgesamt entfalten. Die Revision vor dem Bundessozialgericht ist weiterhin anhängig.

Veränderungen im Bereich der Pflegepersonaluntergrenzen sind bei der zwischen den Vertragsparteien auf der Bundesebene zu schließenden Sanktionsvereinbarung zu verzeichnen. Vor dem Hintergrund teils sehr hoher Sanktionen, die einzig durch eine fehlende Weiterleitung der an das InEK erfolgten Meldung an die Krankenkassen ausgelöst wurde, hat die DKG die bestehende Sanktionsvereinbarung gekündigt. In der Neuverhandlung der Sanktionsvereinbarung konnten die Sanktionsregularien und -höhen deutlich im Sinne der Krankenhäuser angepasst werden. Leider zeigen sich die Krankenkassen vor Ort in der Regel nicht bereit, die Empfehlung der Bundesebene, diese neuen Regelungen auch für Altfälle anzuwenden, umzusetzen, sondern beharren auf den bisherigen hohen Sanktionsbeträgen.

6. Datenprojekte des VEK

Dem VEK liegen sowohl die anonymisierten Daten nach § 21 KHEntgG der Mitgliedskrankenhäuser als auch die jeweils aktuellen Qualitätsberichte aller Krankenhäuser bundesweit mit entsprechenden Tools für umfangreiche Auswertungen der jeweiligen Daten vor. Insbesondere zu Krankenhausplanerischen Fragestellungen sowie für die Vorbereitung und Begleitung der Budgetverhandlungen der Mitgliedskrankenhäuser werden auf der Grundlage dieses umfangreichen Datenpools regelhaft Auswertungen und Analysen erstellt.

Der VEK war frühzeitig in der Lage, Auswertungen zu den neu zu etablierenden Leistungsgruppen auf der Basis der Daten nach § 21 KHEntgG zu erstellen und so eine valide Datengrundlage für die Vertretung der Mitgliedskrankenhäuser in den laufenden Planungsverfahren in Berlin und Brandenburg zu schaffen.

6.1 Trägerverbandsübergreifende AG „Sonstige Entgelte“

Die Ende 2013 u. a. auf Initiative aus dem Mitgliederbereich des VEK etablierte und durch die Geschäftsstelle koordinierte trägerverbandsübergreifende Arbeitsgruppe „Sonstige Entgelte“ ist im Berichtszeitraum zu zwei weiteren Sitzungen zusammengetroffen. Insgesamt beteiligen sich rd. 35 Krankenhäuser an der Arbeitsgruppe. Aus dem Mitgliederbereich des VEK sind alle Krankenhäuser, die hausindividuelle Entgelte vereinbaren, an der Arbeitsgruppe beteiligt. Eine Fortführung der Arbeitsgruppe ist für den Herbst 2025 vorgesehen.

Die Arbeitsgruppensitzungen waren geprägt durch einen transparenten Austausch zu Fragen der Kalkulation und Vereinbarung von hausindividuellen Entgelten nach § 6 KHEntgG. Von den Teilnehmern wurde diese Plattform darüber hinaus zum Austausch über aktuelle Fragestellungen rund um die Budget- und Entgeltverhandlungen genutzt. Auch die Budgetverhandlungen wurden durch die hergestellte Transparenz positiv beeinflusst. 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 Teilnehmern im Berichtszeitraum zweimal aktualisierte Aufstellungen mit den von den teilnehmenden Krankenhäusern vereinbarten hausindividuellen Entgelten zur Verfügung und beantwortete darüber hinaus verschiedene Einzelanfragen zu Vergleichsentgelten.

6.2 Trägerverbandsübergreifende AG „PEPP“

Die aus der Arbeitsgruppe „Sonstige Entgelte“ hervorgegangene Arbeitsgruppe „PEPP“ wird ebenfalls durch die Geschäftsstelle des VEK koordiniert und kam im Berichtszeitraum ebenfalls zu zwei Sitzungen zusammen. Eine Fortführung der Arbeitsgruppe ist für den Herbst 2025 vorgesehen.

Im Berichtszeitraum stand neben dem weiterhin bestehenden Bedarf zu einem Austausch zu Fragen zur Refinanzierbarkeit tariflicher Vergütung für therapeutisches Personal gem. der vom G-BA beschlossenen Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) insbesondere auch erste Erfahrungen mit den Prüfungen gemäß MD-QK-RL bzgl. der Einhaltung der Personalanforderungen nach der PPP-RL im Mittelpunkt der Beratungen der Arbeitsgruppe.

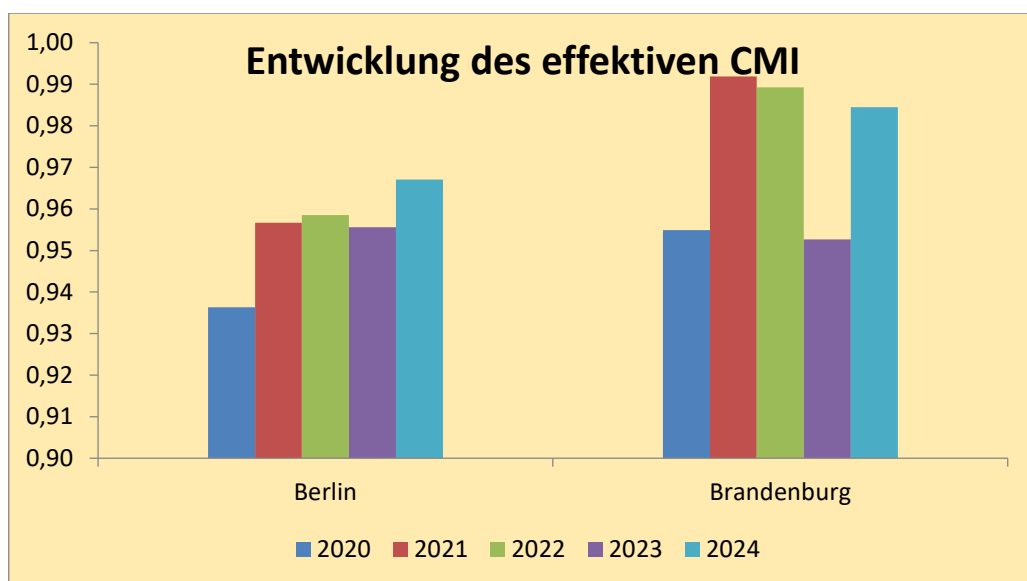
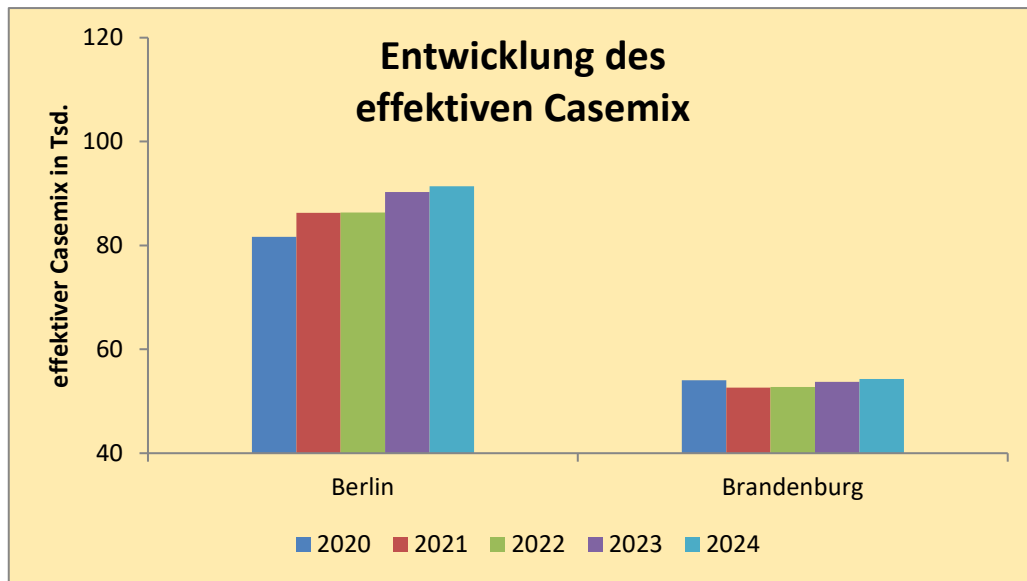
Die Verbandsgeschäftsstelle hat die teilnehmenden Krankenhäuser unmittelbar nach der Verhandlung vor dem Bundesverwaltungsgericht zur Frage der Berücksichtigung tariflicher Vergütungen für das therapeutische Bestandspersonal in dem zu vereinbarenden Budget nach der BPflV über das ergangene Urteil informiert. Das BVerwG hat die Rechtsauffassung der Krankenhäuser hierbei nicht bestätigt. Im Ergebnis führt dies dazu, dass bestehende Lücken in der Refinanzierung tariflicher Personalkosten bestehen bleiben und systembedingt in der Zukunft sich weiter vergrößern bzw. neu entstehen werden.

Die Teilnehmer haben sich intensiv zu den Folgen des Urteils ausgetauscht und Initiativen zur Verbesserung der Refinanzierungsmöglichkeiten angestoßen.

7. Entwicklung der diakonischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg in den Jahren 2020 bis 2024

Die dem VEK vorliegenden anonymisierten Leistungsdaten aller Mitgliedskrankenhäuser nach § 21 KHEntgG enthalten sowohl die Leistungen, die dem KHEntgG unterliegen als auch die der BPflV 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. In die nachfolgenden Darstellungen wurden nur die Krankenhäuser einbezogen, die im Jahr 2025 dem Mitgliedsbereich des VEK angehören. Für das Ev. Krankenhaus Lutherstift sind in den Daten des Jahres 2020 auch Leistungen des Standortes Seelow berücksichtigt. Diese sind ab 2021 entfallen.

Nachfolgend werden zunächst die für den KHEntgG-Bereich relevanten Kennzahlen „Casemix“ und „Casemix-Index“ dargestellt.



Die nachfolgenden Tabellen geben eine detaillierte Übersicht über die Kennzahlen „vollstationäre Fallzahl“, „Verweildauer“ sowie „Alter der behandelten Patientinnen und Patienten“. In die Darstellung sind alle vollstationären Fälle der evangelischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg der Jahre 2020 bis 2024 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.

		VEK Gesamt		
		KHEntgG	BPfIV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2020 ^{*)}	146.212	8.510	154.722
	2021	145.516	8.609	154.125
	2022	145.773	8.710	154.483
	2023	153.017	8.600	161.617
	2024	152.178	8.433	160.611
Verweil- dauer	2020 ^{*)}	7,03	27,81	8,18
	2021	7,04	27,73	8,19
	2022	7,01	28,49	8,22
	2023	6,95	29,76	8,16
	2024	7,08	30,35	8,30
Alter	2020 ^{*)}	58,22	47,11	57,61
	2021	58,11	46,75	57,47
	2022	58,97	45,99	58,24
	2023	59,73	45,95	58,99
	2024	60,04	45,33	59,27

*) mit Standort Seelow

		Berlin			Brandenburg		
		KHEntgG	BPfIV	Gesamt	KHEntgG	BPfIV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2020 ^{*)}	88.610	6.603	95.213	57.602	1.907	59.509
	2021	91.454	6.591	98.045	54.062	2.018	56.080
	2022	91.503	6.699	98.202	54.270	2.011	56.281
	2023	95.958	6.548	102.506	57.059	2.052	59.111
	2024	96.283	6.474	102.757	55.895	1.959	57.854
Verweil- dauer	2020 ^{*)}	7,03	28,51	8,52	7,04	25,38	7,63
	2021	6,93	28,77	8,40	7,22	24,31	7,84
	2022	6,96	29,58	8,50	7,09	24,87	7,72
	2023	6,97	30,73	8,49	6,92	26,66	7,61
	2024	7,08	31,61	8,62	7,09	26,17	7,73
Alter	2020 ^{*)}	56,84	46,06	56,09	60,33	50,74	60,03
	2021	56,94	45,91	56,20	60,08	49,50	59,70
	2022	57,99	44,80	57,09	60,62	49,97	60,24
	2023	59,01	44,68	58,09	60,94	50,03	60,56
	2024	59,44	44,24	58,49	61,07	48,94	60,66

*) mit Standort Seelow

8. Krankenhausplanung Berlin und Brandenburg

Die aktuellen Krankenhauspläne Berlin und Brandenburg laufen im Jahr 2025 aus. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurden die Rahmenbedingungen für die Krankenhausplanung und -finanzierung neu geregelt. Beide Länder haben im Berichtszeitraum die Beratungen über einen neuen Krankenhausplan aufgenommen. Die hierzu erforderlichen Beratungen erfolgten im Gemeinsamen Regionalausschuss (GemRegA), die in einem „Gemeinsamen Grundsatzpapier“ der Länder, unter Mitwirkung weiterer Akteure im Gesundheitswesen, festgehalten werden sollen. Wie auch im vergangenen Planungszeitraum gehen die Länder von einem 5-jährigen Planungshorizont für einen ab dem 1. Januar 2027 wirkenden Krankenhausplan aus. Die Beratungen zu weiteren Inhalten waren zum Zeitpunkt der Berichterstattung nicht abgeschlossen.

Eine Besonderheit der neuen Krankenhauspläne bildet die Umstellung von der Bezugsgröße Bett auf Leistungsgruppen. Hintergrund hierfür ist die Veränderung der Finanzierungssystematik durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Das vergangene Berichtsjahr war geprägt von intensiver Gremienarbeit zur Vorbereitung der neuen Krankenhauspläne. In Brandenburg fanden teilweise mehrfach im Monat Sitzungen in der Begleit-AG statt. In der Begleit-AG werden, unter Leitung des MGS, die wesentlichen methodischen Ansätze für den Krankenhausplan erörtert. Im Bereich der Bedarfsermittlung ist, neben der demografischen Entwicklung, die Frage des sogenannten „Ambulantisierungspotentials“ in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt. Die Beratungen waren zum Zeitpunkt der Berichterstattung nicht abgeschlossen. In Berlin wurden die fachlichen Beratungen im Fachausschuss Krankenhausplanung geführt, der deutlich später seine Beratungen aufnahm und seltener getagt hat. Wenn auch die Themen dem Grunde nach identisch waren, zeigte sich die Unterschiedlichkeit der Notwendigkeiten zwischen Stadt- und Flächenland sehr deutlich.

Erstmals werden für den anstehenden Planungszeitraum durch die Umstellung auf eine leistungsgruppenorientierte Planung bundeseinheitliche Qualitätskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung eingeführt. Die SenWGP hat angekündigt, darüber hinaus die bisher bereits bestehenden Berliner Qualitätskriterien nochmals zu verschärfen. Nach Auffassung des VEK ist nicht erkennbar, dass diese zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen, die den damit verbundenen Aufwand rechtfertigen würden, soweit dieser überhaupt bewältigbar sein sollte. Die Diskussion ist noch nicht abgeschlossen.

Beide Länder haben angekündigt, das Verfahren der Beantragung der Leistungsgruppen durch die Krankenhäuser im Sommer 2025 einzuleiten. Hintergrund für diesen engen Zeitplan waren die vom KHVVG vorgegebenen engen Fristen, denen die Länder unterworfen sind. Die Geschäftsstelle war im intensiven Austausch mit den Mitgliedern und wird diesen im kommenden Berichtszeitraum fortsetzen.

9. Krankenhausinvestitionsfinanzierung Berlin und Brandenburg

Krankenhäusern steht im dualen Finanzierungssystem ein gesetzlicher Anspruch auf die Finanzierung baulicher Anlagen und technischer Ausstattungen zu, die ihre wirtschaftliche Sicherung gewährleistet, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellt und zur Beibehaltung und Steigerung der Effizienz und Qualität beiträgt. Die Investitionsfinanzierung erfolgt im Grundsatz im Wege pauschaler Fördermittel. Neben den Mitteln der Investitionspauschale stehen den Krankenhäusern weitere Förderprogramme zur Verfügung, wie z. B. der im Rahmen der Krankenhausreform geplante Transformationsfonds.

Nach Einschätzung der BKG beläuft sich der jährliche Investitionsbedarf aller Berliner Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Baukostensteigerung auf knapp 500 Mio. €. Bei allen Krankenhäusern gibt es einen erheblichen Investitionsstau. Anstelle einer Steigerung der Mittel fand für das Haushaltsjahr 2025 eine Kürzung der Investitionspauschale um rund 30 Mio. € auf rund 160 Mio. € statt. Die vom Senat in der Vergangenheit eingeführte Überlegung, den Krankenhäusern über ein Sondervermögen „Klimaschutz, Resilienz und Transformation“ zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen, wurden im vergangenen Berichtszeitraum nicht wieder aufgegriffen.

Der Landtag Brandenburg hat im Juni 2025 den Doppelhaushalt 2025/2026 beschlossen. Trotz einer finanziell angespannten Lage wurden für die Investitionspauschalen der Krankenhäuser 200 Mio. € eingestellt. Dieser Betrag liegt erkennbar unter dem von der Landeskrankenhausesellschaft geschätzten notwendigen Investitionsvolumen. Verbunden mit einer gesicherten Kofinanzierung für die Mittel des Transformationsfonds, hat der VEK die Einstellung der in der Höhe unveränderten Investitionsmittel dennoch als gutes Signal für die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft verstanden.

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wurde ein Transformationsfonds mit einem bundesweiten Fondsvolumen für die Laufzeit 2026 – 2035 eingerichtet. Der auf die Länder entfallende Anteil bestimmt sich nach dem Königsteiner Schlüssel. Mit dem Transformationsfonds sollen Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen gefördert werden. Ein Kernbaustein der Förderung ist eine Sicherstellung der Kofinanzierung durch die Bundesländer. Eine Beteiligung der Träger ist dabei gesetzlich möglich. Trotz angespannter Haushaltslage hat das Land Brandenburg sehr zeitig erklärt, dass eine Trägerbeteiligung an der Förderung nicht vorgesehen sei und die notwendigen Mittel der Kofinanzierung durch das Land in vollem Umfang aufgebracht werden. Anders sieht die Lage in Berlin aus. Die Senatorin hat in öffentlichen Sitzungen angekündigt, auf eine Eigenbeteiligung der Träger nicht zu verzichten. Dies lehnt der VEK entschieden ab. Darüber hinaus plante das Land für die Haushaltsjahre 2026 und 2027 nur wenige Millionen Euro für die Kofinanzierung ein. Das ist ein fatales Signal für die Stadt. Es ist nicht auszuschließen, dass dem Land Berlin dringend erforderliche Bundesmittel verloren gehen. Die Sicherstellung einer ausreichenden Kofinanzierung des Landes ohne Beteiligung der Krankenhäuser wird Gegenstand der Aktivitäten des VEK im kommenden Berichtszeitraum.

10. Rechts- und Vertragsangelegenheiten

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser haben sich auch im Berichtszeitraum weiterhin dynamisch entwickelt. Mit dem Inkrafttreten des KHVVG wurden die bisherigen Regelungen zur Finanzierung und Leistungsbringung wesentlich angepasst. Weitere Änderungen betrafen das Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG), das Digital-Gesetz (DigiG), das Medizinforschungsgesetz sowie zahlreiche weitere bundes- und landesrechtliche Regelungen. Aufgrund der Diskontinuität infolge der Bundestagswahl 2025 wurden verschiedene Gesetzgebungsverfahren – wie das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz und die Reform der Notfallversorgung – unterbrochen und nicht mehr verabschiedet.

Neben den verschiedenen Gesetzgebungsinitiativen prägten die Entwicklungen im Bereich der Rechtsprechung die Arbeit des Referats Rechts- und Vertragsangelegenheiten des VEK. Im vergangenen Jahr wurden zahlreiche umstrittene und praxisrelevante Fragestellungen durch die Gerichte und Schiedsstellen mit unterschiedlichem Ausgang für die Krankenhäuser entschieden. Beispielhaft ist das Urteil des Bundessozialgerichts zu den Notfallstufen-Regelungen des G-BA zu nennen, mit dem das gestufte System der Notfallversorgung grundsätzlich als rechtmäßig und verfassungsgemäß bestätigt wurde. Die Regelungen, nach denen Krankenhäuser ohne Notfallstufenzuordnung pauschale Abschläge hinnehmen mussten, wurden hingegen für nichtig erklärt. Die betroffenen Krankenhäuser prüfen mögliche Rückforderungsansprüche aus der Entscheidung gegenüber den Krankenkassen.

Ein Gegenbeispiel stellt das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 10. April 2025 dar, mit dem der vollständige Anspruch psychiatrischer Krankenhäuser auf Erstattung der tatsächlich angefallenen Ist-Personalkosten zur Erfüllung der verbindlichen Personalvorgaben nach der PPP-Richtlinie verneint wurde. Als Folge entstehen in den betroffenen Krankenhäusern erhebliche, nicht ausgleichbare Finanzierungsdefizite.

Der VEK hat die relevanten Informationen zu den Gesetzesänderungen und Urteilen in aggregierter Form jeweils aktuell bereitgestellt und sich mit den Mitgliedern zu den wesentlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit den rechtlichen Entwicklungen, der Auslegung von Rechtsvorschriften und Gesetzen und deren Rechtsfolgen ausgetauscht.

10.1 Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes (MD)

Der Bereich der Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes hat im laufenden Berichtsjahr diverse Neuerungen erfahren.

Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurden die Qualitäts- und Strukturprüfungen mit den Leistungsgruppenprüfungen im neu gefassten § 275a SGB V zusammengeführt. Damit wurden vom Gesetzgeber Grundlagen für ein vereinheitlichtes Prüfgeschehen geschaffen. Die bis Mai 2025 gültige gesonderte OPS-Strukturprüfungsrichtlinie wurde in die sogenannten LOPS-Richtlinie (Richtlinie zur Prüfung und Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und OPS-Strukturmerkmalen nach § 275 a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 SGB V) nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit integriert. Ab diesem Zeitpunkt konnten die für die Zuweisung der Leistungsgruppen relevanten Prüfverfahren offiziell durchgeführt werden. Die Antragsunterlagen sind spätestens bis zum

30. September 2025 an den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg zu übermitteln. Der Abschluss der Prüfverfahren ist bis spätestens zum 30. Juni 2026 vorgesehen.

Die neue Richtlinie bildet ein einheitliches Regelwerk für die Durchführung der Struktur- sowie Leistungsgruppenprüfungen und stellt eines der zentralen Instrumente der Krankenhausreform dar.

Begrüßenswert ist der Versuch, den bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser und den Medizinischen Dienst durch eine wechselseitige Verwendung von Unterlagen und Abstimmung in beiden Prüfungsarten zu reduzieren. Eine mehrjährige Verwendung von dafür geeigneten Unterlagen wird angestrebt.

Ein weiterer wesentlicher Fortschritt ist die Verlängerung der Gültigkeitsdauer der Bescheinigungen für die meisten der insgesamt 54 OPS-Kodes von bisher zwei auf drei Jahre, sodass Krankenhäuser in der Regel nur alle drei Jahre eine turnusgemäße OPS-Strukturprüfung beauftragen müssen.

Zudem wurde die Prüfungslogik digitalisiert und vereinheitlicht – vorliegende Prüfbescheide und strukturierte Daten können vom MD genutzt werden, um Mehrfachprüfungen zu vermeiden.

Zugleich bleiben die zu erfüllenden personellen und sonstigen Anforderungen und die an die Nachweise geknüpften Voraussetzungen weiterhin auf hohem Niveau. Um die erforderlichen Unterlagen frist- und formgerecht einzureichen, werden personelle Ressourcen in höchstem Maße gebunden. Die vorgesehenen Entbürokratisierungsmaßnahmen führen zu punktuellen Erleichterungen, die auf anderer Ebene durch neu eingeführte Nachweispflichten nivelliert werden.

Für den Bereich der Einzelfallprüfungen gemäß § 275 c SGB V blieben wesentliche, mit dem Entwurf des KHVVG angekündigte Anpassungen aus. Ein geplantes Konzept zur Durchführung der Einzelfallprüfungen in Form von Stichprobenprüfungen wurde nicht weiterentwickelt. Damit bleiben die Regelungen zum prüfquotenbasierten Prüfungsansatz trotz zahlreicher kritischer Stellungnahmen und Diskussionen weiter bestehen. Trotz der herausfordernden Gesamtsituation lässt sich für die evangelischen Krankenhäuser eine Stabilität der Prüfquoten im durchschnittlichen unteren Bereich feststellen.

Für den Bereich der Qualitätskontrollen nach dem MD QK-RL haben sich relevante Anpassungen für den Bereich der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik – Richtlinie ergeben (PPP-RL). Mit dem Beschluss des G-BA vom Juni 2025 wurde die Einführung von Sanktionen ab 1. Januar 2026 bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gegen die Stimmen der Krankenhäuser durchgesetzt. Gelungen ist die Einführung einer Flexibilisierung des Personaleinsatzes sowie eine Reduktion der Aufwände bei der Nachweisführung.

Über die dynamische Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen informierte die Geschäftsstelle des VEK die Mitgliedskrankenhäuser fortlaufend. Der Schwerpunkt der Beratungsarbeit lag hierbei bei Fragen rund um die Umstellung der Prüfregime sowie die Vorbereitung der benötigten Unterlagen.

10.2 Entlassmanagement

Seit 2017 gilt der zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband geschlossene Rahmenvertrag über das Entlassmanagement. Im Berichtszeitraum erfolgte die Überarbeitung des Vertragswerks. Mit der 12. Änderungsvereinbarung, die zum 1. Juli 2024 in Kraft trat, wurde der Geltungsbereich des Rahmenvertrags um Entlassungen aus der Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V erweitert und die Voraussetzungen für die Ausstellung eines Medikationsplans an die rechtlichen Vorgaben angepasst.

10.3 Digitalisierung im Krankenhaus

Im Berichtszeitraum machte die Digitalisierung im Krankenhauswesen in Deutschland spürbare Fortschritte. Getrieben durch das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und die damit verbundenen Fördermittel wurden zahlreiche Projekte zur Modernisierung der IT-Infrastruktur, zur Einführung digitaler Patientenportale und zur Verbesserung der IT-Sicherheit von den Mitgliedskrankenhäusern umgesetzt. Die zusätzlichen Investitionsbedarfe, die mit dem Ende der KHZG-Förderung künftig absehbar sind, erfordern auf Bundes- und Landesebene neue Finanzierungsstrategien, um langfristig zur Effizienzsteigerung und Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser beizutragen.

Ein weiteres zentrales Digitalisierungsthema war die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA 2.0), die 2025 für alle gesetzlich Versicherten verpflichtend wurde. Damit verbunden war die Anbindung an die neue Telematikinfrastruktur (TI 2.0), inklusive eRezept, elektronischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und sicherer Kommunikation über KIM.

Mit voranschreitender Digitalisierung der Krankenhäuser und der Einbindung der IT-Infrastruktur in alle wesentlichen Prozesse ist auch die Gefahr von Cyber-Angriffen und deren potenziellen Auswirkungen erheblich angewachsen. Neben der Realisierung der Digitalisierungsvorhaben, haben die Krankenhäuser daher das Bewusstsein für die Sicherheit bereits bestehender und neu geschaffener Strukturen gestärkt und zahlreiche Maßnahmen für einen effektiven Schutz umgesetzt.

Die Geschäftsstelle hat in diesem Zusammenhang eine Plattform für einen niederschweligen Austausch geboten und über ausstehende gesetzliche sowie weitere Neuerungen informiert.

10.4 AG „IT-Sicherheit“ christlicher Krankenhäuser

Die erstmalig im Jahr 2024 ins Leben gerufene gemeinsame Arbeitsgruppe des VEK und des Caritasverband für das Erzbistum Berlin hat sich im Berichtszeitraum als gute Austauschplattform für die IT-Experten der Krankenhäuser etabliert.

Die Themen im Zusammenhang mit der IT-Sicherheit blieben weiterhin von hoher Relevanz und Aktualität, da Krankenhäuser zunehmend zum Ziel von schweren Hackerangriffen wurden. Die Entwicklung von schnellen und stabilen Notfallkonzepten zur Sicherung und schrittweisen Wiederherstellung der Systeme und zur Schadensminimierung stellte einen wesentlichen Diskussionschwerpunkt in der AG dar.

Neben der Unterstützung mit gegenseitiger Expertise und Best-Practice-Beispielen wurden zusätzlich fachliche Vorträge und Berichte der Teilnehmer als Input zu diversen fachspezifischen Themen organisiert. Eine punktuelle Einbindung externer Referenten zu Themen von besonderer Bedeutung fand in Abstimmung mit den Teilnehmern der Arbeitsgruppe statt.

Eine vertiefte inhaltliche und organisatorische Begleitung erfolgte laufend durch den VEK. Hierzu wurde in der Geschäftsstelle neue Kompetenz durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und weiteren Formaten aufgebaut.

11. Klimaschutz im Krankenhaus

In den Jahren 2024 und 2025 hat der Klimaschutz im Krankenhauswesen in Deutschland deutlich an Bedeutung gewonnen. Angesichts zunehmender Extremwetterereignisse wie Hitzewellen, Starkregen und Stürmen wurde der Handlungsdruck auf Krankenhäuser größer, sich strukturell und organisatorisch auf die Folgen des Klimawandels einzustellen.

Ein zentrales Thema war die Klimaanpassung bestehender Krankenhausinfrastruktur.

Das 2024 veröffentlichte, aktualisierte Gutachten des DKI bezifferte einen hohen Investitionsbedarf für Klimaschutzmaßnahmen in Krankenhäusern und zeigte auf, dass die bisherigen Fördermittel bei weitem nicht ausreichten.

Das Land Berlin hat für die Förderung im Rahmen des „Green Hospital“-Programms Verpflichtungsermächtigungen in Höhe von je 10 Mio. Euro für die Jahre 2024 und 2025 auf Basis eines Sonderprogramms vorgesehen. Die Planung konnte aufgrund der Entscheidung des BVerfG zur Rechtmäßigkeit eines Sondervermögens nicht umgesetzt werden.

In Brandenburg konnten Fördermittel für Klimaschutzmaßnahmen wie z. B. energetische Gebäudesanierung oder Umstellung auf erneuerbare Energien im Rahmen des sogenannten Brandenburg-Pakets bis Ende 2024 abgerufen werden. Eine Verlängerung oder Neuauflage über diese Zeit hinaus ist bisher nicht beschlossen.

Viele Mitgliedseinrichtungen haben trotz schwieriger Finanzierungsgegebenheiten eigene Initiativen zur Klimaneutralität und zu einer nachhaltigen Betriebsführung gestartet und gezielte Klimaschutz- und Nachhaltigkeitsstrategien entwickelt. Dadurch ließen sich vielfältige Optimierungsmöglichkeiten in den Abläufen der Krankenhäuser identifizieren und umsetzen.

Trägerübergreifend herrscht Einigkeit darüber, dass weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Energie- und Emissionsbilanzen und eine strategische Ausrichtung auf die Herausforderungen des Klimawandels erfolgen müssen.

Die Geschäftsstelle des VEK hat die Mitgliedskrankenhäuser über bevorstehende Informationsangebote sowie alle Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Abruf der Fördermittel fortlaufend informiert und beraten.

12. Förderung komplementärer Strukturen und weitere Themen

12.1 Hospizarbeit

Zwischen der stationären Hospizarbeit und den Aufgaben des VEK besteht eine erkennbare inhaltliche Verbindung. Die Verteilung der Aufgaben, die durch das DWBO und seine Fachverbände für die Mitglieder wahrgenommen werden, sieht eine inhaltliche Begleitung der Hospizarbeit durch den Evangelischen Verband für Altenarbeit und pflegerische Dienste (EVAP) vor. Der VEK

beteiligte sich auch im vergangenen Geschäftsjahr an den durch die Arbeit entstehenden Kosten beim EVAP.

12.2 Deutschlandstipendium

Der Vorstand beschloss im Jahr 2013, sich am „Deutschlandstipendium“ durch die Übernahme von bis zu zwei Stipendiaten zu beteiligen. Dies wurde als ein Beitrag des VEK zu dem sich bereits damals abzeichnenden Fachkräftemangel verstanden. Kooperationspartner des VEK ist seit dieser Zeit die Evangelische Hochschule Berlin (EHB). Auch im vergangenen Berichtszeitraum hat der VEK sein Engagement unverändert fortgeführt und leistet damit seinen Beitrag zur Qualifizierung und Bildung junger Menschen.

12.3 Dienstgeberverband (dgv)

Der VEK brachte seine Unterstützung der Arbeit des dgv durch die Bereitstellung von Finanzmitteln zum Ausdruck. Ziel war es, den dgv bei der Weiterentwicklung des diakonischen Arbeitsrechts zu stärken und handlungsfähig zu halten. Die inhaltliche Begleitung der Arbeit des dgv fand regelhaft über den Vorstandsvorsitzenden des VEK, der Ende 2021 für weitere vier Jahre in den Vorstand des dgv und in der konstituierenden Sitzung zum 1. Stellvertreter gewählt wurde, statt.

Ein zentrales Thema bildete die Vergütungsrunde ab 1. Januar 2026, die im Juni 2025 abgeschlossen werden konnte. Diese sieht eine Erhöhung der Vergütungen ab 1. Juli 2026 um einen Festbetrag und eine lineare Steigerung zum 1. Januar 2027 vor. Bei der Bewertung des Abschlusses ist zu berücksichtigen, dass die Restauswirkungen der linearen Vergütungsanpassungen aus dem Jahr 2025 sowie die erst ab 1. Januar 2026 wirkenden nicht linearen Änderungen, z. B. die Erhöhung des Urlaubsanspruchs um einen Tag, erneut eine erhebliche Kostensteigerung mit sich bringen werden. Die AK DWBO hat eine Laufzeit von 2,5 Jahren bis 30. Juni 2028 vereinbart. Damit besteht Planungssicherheit.

Anhänge:

Geschäftsordnung

Auflistung Krankenhäuser Berlin

Auflistung Krankenhäuser Brandenburg

Anhang zum Geschäftsbericht 2025

**Geschäftsordnung für
den Verband Evangelischer Krankenhäuser
in Berlin-Brandenburg (VEK)**

**(vom 28.11.1996 geändert durch Beschluss der Mitgliederversammlung vom 26.11.2019,
23.11.2021, 22.11.2022)**

**Geschäftsordnung für den
Verband Evangelischer Krankenhäuser
in Berlin-Brandenburg
(VEK)**

§ 1

Name und Rechtsform

Die dem Verein Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg- schlesische Oberlausitz e.V. angeschlossenen Rechtsträger von Krankenhäusern bilden einen Verband als Arbeitsgemeinschaft im Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg. Er trägt den Namen: Verband Evangelischer Krankenhäuser in Berlin-Brandenburg (VEK).

§ 2

Zweck und Aufgaben

(1) Der Zweck des Verbandes ist die Förderung der missionarisch-diakonischen Arbeit der evangelischen Krankenhäuser 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 den Verein Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz 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 Landeskrankengesellschaften von Berlin und Brandenburg und allen ihren Fachausschüssen sowie in den einschlägigen Gremien der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege;

- beratende Begleitung der Mitglieder in Budget- und Entgeltverfahren, bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen und den Schiedsstellenverfahren;
- die Beobachtung und Auswertung der Fortschreibung von Krankenhausplänen und der Investitionsplanung sowie die 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, Sozialversicherungsträgern 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 Verein Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. angeschlossenen Rechtsträger von Krankenhäusern 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 Krankenhausbereich 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 entsenden in die Mitgliedsversammlung
bei bis zu 200 zugelassenen Betten/ Plätzen/ stationsäquivalenten Kapazitäten 2 Vertreterin-
nen/Vertreter,
bei bis zu 300 zugelassenen Betten/ Plätzen/ stationsäquivalenten Kapazitäten 3 Vertreterin-
nen/Vertreter,
bei bis zu 500 zugelassenen Betten/ Plätzen/ stationsäquivalenten Kapazitäten 4 Vertreterin-
nen/Vertreter,
bei über 500 zugelassenen Betten/ Plätzen/ stationsäquivalenten Kapazitäten 5 Vertreterin-
nen/Vertreter.

Die Träger sonstiger Organisationen, die auf dem Gebiet des evangelischen Krankenhauswesens
tätig sind, entsenden je 1 Vertreterin/Vertreter.

(3) Eine gegenseitige Vertretung der Mitglieder ist zulässig.

(4) Die Mitgliederversammlung erfolgt im Regelfall als Präsenzsitzung. Sie ist beschlussfähig,
wenn die Hälfte der stimmberechtigten Vertreterinnen/Vertreter teilnimmt. Ist eine Mitglieder-
versammlung nicht beschlussfähig, weil die dafür erforderliche Anzahl von Vertreterinnen/Ver-
tretern nicht teilnimmt, hat der Vorstand innerhalb von zwei Wochen zu einer neuen Mitglieder-
versammlung mit derselben Tagesordnung einzuladen. Diese Mitgliederversammlung ist dann
ohne Rücksicht auf die Zahl der Teilnehmenden beschlussfähig.

Mitgliederversammlungen können im Ausnahmefall auch im elektronischen Format (Videokonferenz) oder als hybride Veranstaltung durchgeführt werden. Dies gilt nicht für Beschlüsse nach § 6 Nr. 10 und 11. Hierauf ist in der Einladung mit Begründung hinzuweisen. Für die Beschlussfähigkeit gilt Satz 2.

(5) Die Mitgliederversammlung fasst ihre Beschlüsse mit der einfachen Mehrheit der teilnehmenden Vertreterinnen/Vertreter.

Hinsichtlich des § 6 in den Positionen 5 „Entlastung des Vorstandes“, 6 „Genehmigung 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 Mitgliedes“ 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 Vertreterinnen/Vertreter kann eine Mitgliederversammlung einberufen werden. Die Einladung erfolgt schriftlich durch die Vorsitzende/den Vorsitzenden oder die Stellvertretung 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 Krankenhausarbeit 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 Mitgliedes
10. Änderung der Geschäftsordnung
11. Auflösung des Verbandes und Beschlussfassung über die Verwendung des Vermögens

§ 7

Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus sieben gewählten Mitgliedern, von denen ein Mitglied aus einer evangelisch-freikirchlichen Einrichtung kommen muss, und aus der Geschäftsführung. 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 die Geschäftsführung – 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, die Geschäftsführung hauptamtlich.

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

Die Vorstandssitzungen erfolgen im Regelfall in Präsenz.

Vorstandssitzungen können auch im elektronischen Format (Videokonferenz) oder als hybride Veranstaltung durchgeführt werden. Hierauf ist in der Einladung hinzuweisen. Für die Beschlussfähigkeit gilt Satz 1.

In dringenden Fällen kann auf Anordnung der/des Vorsitzenden ein Vorstandsbeschluss auf schriftlichem Weg oder per E-Mail (Umlaufverfahren) erfolgen. Die Dringlichkeit ist im Beschlussverfahren darzulegen. Ein Beschluss bedarf mindestens der in Satz 1 genannten Anzahl an Rückmeldungen sowie der Mehrheit nach Absatz 5.

(4) Der Vorstand wählt aus seiner Mitte die Vorsitzende/den Vorsitzenden und eine Stellvertretung.

(5) Der Vorstand tagt mindestens einmal vierteljährlich. Er wird von der/dem Vorsitzenden unter Angabe der Tagesordnung einberufen. Der Vorstand fasst seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit, bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme der/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

Die Geschäftsführung des Verbandes wird nach Auswahl und Berufung durch den Vorstand des Verbandes vom Verein Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg- schlesische Oberlausitz 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 Fachausschüsse 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- schlesische Oberlausitz 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 teilnehmenden, stimmberechtigten Vertreterinnen/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 Verein Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg- schlesische Oberlausitz e.V. zu. Es ist zur Förderung der Arbeit in evangelischen Krankenhäusern 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 teilnehmenden, stimmberechtigten Vertreterinnen/Vertreter beschlossen werden. Deren Übereinstimmung mit der Satzung des Verein Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg- schlesische Oberlausitz e.V. wird vom Diakonischen Rat festgestellt.

§ 14**Schlussbestimmung**

(1) Die am 28.11.1996 beschlossene Geschäftsordnung bleibt bis zur Feststellung der Übereinstimmung der Geschäftsordnung in der Fassung vom 26.11.2019 mit der Satzung des DWBO durch den Diakonischen Rat in Kraft.

(2) Bis zur turnusmäßigen Neuwahl 2023 kann der Vorstand aus acht gewählten Vorstandsmitgliedern bestehen. Bei Ausscheiden von Vorstandsmitgliedern erfolgt eine Nachwahl, wenn die Zahl von sieben gewählten Vorstandsmitgliedern unterschritten wird. In der Nachwahl erfolgt eine Aufstockung auf sieben gewählte Vorstandsmitglieder.

§ 15**In-Kraft-Treten**

Die geänderte Geschäftsordnung tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

Berlin, den 23.11.2021

Mitgliedseinrichtungen

Anhang zum Geschäftsbericht 2025 (Mitgliedseinrichtungen)

Mitgliedseinrichtungen des Verbandes Evangelischer Krankenhäuser in Berlin-Brandenburg (VEK)

Mitgliedskrankenhäuser Berlin

Evangelische Elisabeth Klinik https://www.pgdiakonie.de/evangelische-elisabeth-klinik/	Lützowstraße 24 - 26	10785 Berlin
Ev. Geriatriezentrum Berlin https://www.johannesstift-diakonie.de/medizinische-versorgung/egzb	Reinickendorfer Str. 61	13347 Berlin
Evangelisches Krankenhaus Hubertus https://www.johannesstift-diakonie.de/medizinische-versorgung/evangelisches-krankenhaus-hubertus	Spanische Allee 10-14	14129 Berlin
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge https://www.keh-berlin.de/	Herzbergstr. 79	10365 Berlin
Ev. Waldkrankenhaus Spandau https://www.pgdiakonie.de/evangelisches-waldkrankenhaus-spandau/	Stadtrandstr. 555	13589 Berlin
Evangelische Lungenklinik Berlin https://www.pgdiakonie.de/evangelische-lungenklinik/	Lindenberger Weg 27, Haus 205	13125 Berlin
Friedrich von Bodelschwingh-Klinik https://www.bodelschwingh-klinik.de	Landhausstr. 33-35	10717 Berlin
Immanuel Krankenhaus Berlin https://berlin.immanuel.de	Königstr. 63	14109 Berlin
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk https://tww-berlin.de/kliniken	Potsdamer Chaussee 69	14129 Berlin
Krankenhaus Waldfriede https://www.krankenhaus-waldfriede.de/	Argentinische Allee 40	14163 Berlin
Martin-Luther-Krankenhaus https://www.pgdiakonie.de/martin-luther-krankenhaus/	Caspar-Theyß-Str. 27-31	14193 Berlin
Wichernkrankenhaus https://www.johannesstift-diakonie.de/medizinische-versorgung/wichern-krankenhaus	Schönwalder Allee 26	13587 Berlin

Mitgliedskrankenhäuser Brandenburg

Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg https://herzzentrum.immanuel.de	Ladeburger Str. 17	16321 Bernau
Alexianer Ev. Zentrum für Altersmedizin https://www.altersmedizin-potsdam.de/	Weinbergstr. 18-19	14469 Potsdam
Ev. Krankenhaus Luckau https://www.diakonissenhaus.de/krankenhaeuser/evangelisches-krankenhaus-luckau	Berliner Str. 24	15926 Luckau
Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow https://www.diakonissenhaus.de/krankenhaeuser/evangelisches-krankenhaus-ludwigsfelde-teltow	Albert- Schweitzer-Str. 40	14974 Ludwigsfelde
Ev. Krankenhaus Lutherstift Frankfurt (Oder) https://www.diakonissenhaus.de/krankenhaeuser/evangelisches-krankenhaus-lutherstift-frankfurt-oder	Heinrich-Hildebrandt-Str. 22	15232 Frankfurt/Oder
Epilepsieklinik Tabor https://www.epi-tabor.de/	Ladeburger Str. 15	16321 Bernau
Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-krankenhaus-treuenbrietzen/	Johanniterstr. 1	14929 Treuenbrietzen
Immanuel Klinik Rüdersdorf https://ruedersdorf.immanuel.de	Seebad 82/83	15562 Rüdersdorf
Naëmi-Wilke-Stift/ab 01.05.2025: Diakonie Naëmi Wilke Guben gGmbH https://www.naemi-wilke-stift.de	Dr.-Ayrer-Str. 1-4	03172 Guben
Oberlinklinik Orthopädische Fachklinik https://oberlin-klinik.de/	Rudolf-Breitscheid-Str. 24	14482 Potsdam
Ev. Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin https://www.diakonissenhaus.de	Lichterfelder Allee 45	14513 Teltow



Impressum

Herausgeber:

Verband Evangelischer Krankenhäuser
in Berlin-Brandenburg (VEK)
Paulsenstraße 55-56
12163 Berlin (Steglitz)

Telefon 030 82097-302

Telefax 030 82097-272

E-Mail: Krankenhausverband@dwbo.de

Web: www.diakonie-portal.de/krankenhaeuser