

Verband Evangelischer Krankenhäuser  
und stationärer Pflegeeinrichtungen  
in Berlin-Brandenburg

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

# Gemeinsame Positionen entwickeln Ziele

Geschäftsbericht

**2018**

**Diakonie** 

Berlin-Brandenburg-  
schlesische Oberlausitz



# **Geschäftsbericht 2018**

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

## Vorwort

Das Berichtsjahr war von neuen Gesetzen und Verordnungen geprägt, die mit einer bis dahin nicht da gewesenen Umsetzungsgeschwindigkeit in die Praxis eingeführt werden sollen. Dabei stellt sich die Frage: Ist das Aktionismus oder eine Notwendigkeit zur Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung? Die Antwort wird je nachdem, wem diese Frage gestellt wird, unterschiedlich ausfallen. Für die Mitgliedseinrichtungen bedeutet dies eine Vielzahl an Neuregelungen und Veränderungen, die der Verband mit einer erheblichen Beratungs- und Unterstützungsleistung bediente. Eines der zentralen Themen im vergangenen Geschäftsjahr bildete die Fachkräftesicherung. Die Beratungen hierzu fanden und finden auf den unterschiedlichsten Ebenen statt z. B. in der Konzierten Aktion in der Pflege des Bundesministeriums für Gesundheit, dem Berliner Pakt für die Pflege, dem Volksentscheid für gesunde Krankenhäuser und im Rahmen der Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. All dies galt es im Auge zu behalten.

Erfreulich ist, dass der Arbeitsplatz in diakonischen Einrichtungen auch

für die Zukunft als verlässlich und attraktiv ausgerichtet werden konnte. Bereits im September 2018 hat sich die Arbeitsrechtliche Kommission auf eine Weiterentwicklung der tariflichen Rahmenbedingungen für die kommenden drei Jahre verständigt. Das ist ein gutes Fundament, um neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen und sich in Zeiten zunehmenden Fachkräftebedarfes zu behaupten. Die Ausbildung gehört zu den Kernaufgaben verbandlicher Einrichtungen. Der Verband und seine Mitgliedseinrichtungen setzten sich dafür ein, die Ausbildungskapazitäten zu erhöhen und die Reform der Pflegeberufe erfolgreich in den Ländern Berlin und Brandenburg umzusetzen. Dies ist nur möglich, wenn auch Bund und Länder umsetzbare Rahmenbedingungen setzen.

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

Am Ende des Berichtszeitraumes befindet sich das Pflegepersonalstärkungsgesetz in der letzten Phase des

Gesetzgebungsverfahrens. Das Gesetz soll insbesondere das Ziel verfolgen, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Dieses Ziel wird durch die angedachten Veränderungen nur schwer erreichbar sein, insbesondere wenn der bisherige Pflegezuschlag in Höhe von bundesweit 500 Mio. Euro gestrichen wird.

Zusammenfassend sieht der VEKP in den Herausforderungen und Veränderungen auch große Chancen für die Mitglieder und ihre Mitarbeitenden.

Der Verband hat im vergangenen Jahr seine Aktivitäten zur transparenten Darstellung der Arbeit in den Mitgliedseinrichtungen fortgesetzt. Unter dem gemeinsamen Leitwort „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ haben die Mitgliedseinrichtungen die interessierte Öffentlichkeit erneut zu Besuchen eingeladen.

**Roy J. Noack**  
Vorstandsvorsitzender

**Detlef Albrecht**  
Geschäftsführer

Mit großer Sorge verfolgt der VEKP die Entwicklung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu Lasten der Krankenhäuser, die in den konkreten Fällen der Schlaganfallversorgung und der geriatrischen Behandlung erhebliche Risiken für die Versorgungsstrukturen in sich bergen. Die Forderung an die Politik lautet, dass die Krankenhäuser eine gesetzliche Klarstellung brauchen, das abgerechnete Fälle nicht von neueren Auslegungen der OPS-Codes erfasst sein dürfen. Hierfür werden wir uns weiter einsetzen.

Der VEKP lädt alle Interessenten ein, sich durch den nachfolgenden Bericht einen Überblick über die Aktivitäten des VEKP und seiner Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen zu verschaffen.

# Inhalt

<b>1.</b>	<b>Organisation des VEKP</b> . . . . .	7
1.1	Mitglieder und Mitgliederversammlung . . . . .	7
1.2	Vorstand . . . . .	8
1.3	Geschäftsführung und Geschäftsstelle . . . . .	8
1.4	Vertretung der Geschäftsstelle in Gremien und Institutionen . . . . .	8
1.4.1	Vertretung in Gremien Berlin . . . . .	8
1.4.2	Vertretung in Gremien Brandenburg . . . . .	9
1.4.3	Weitere Gremien . . . . .	9
1.5	Gremien innerhalb des DWBO e.V. . . . .	9
1.6	Ständige interne Beratungsgremien des VEKP . . . . .	9
<b>2.</b>	<b>Politische und gesetzliche Entwicklungen</b> . . . . .	10
<b>3.</b>	<b>Übergreifende Gremienarbeit</b> . . . . .	15
3.1	Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg . . . . .	15
3.2	Gemeinsame Landesgremien gemäß § 90a SGB V . . . . .	15
3.3	Landespflegeausschuss . . . . .	15
<b>4.</b>	<b>Vergütung von Krankenhausleistungen</b> . . . . .	17
4.1	Landesbasisfallwerte Berlin und Brandenburg . . . . .	17
4.2	Schiedsstellenverfahren . . . . .	18
4.3	Budget- und Entgeltverhandlungen 2016 bis 2018 . . . . .	18
<b>5.</b>	<b>Daten- und Benchmarkprojekte des VEKP</b> . . . . .	23
5.1	DRG-Benchmark . . . . .	24
5.2	Trägerverbandsübergreifende AG „Sonstige Entgelte“ . . . . .	26
5.3	Trägerverbandsübergreifende AG „Einführung PEPP-Entgeltsystem“ . . . . .	27
<b>6.</b>	<b>Entwicklung der diakonischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg in den Jahren 2013 bis 2017</b> . . . . .	28
<b>7.</b>	<b>Krankenhausplanung Berlin und Brandenburg</b> . . . . .	30
<b>8.</b>	<b>Krankenhausinvestitionsfinanzierung Berlin und Brandenburg</b> . . . . .	31
<b>9.</b>	<b>Notfallversorgung</b> . . . . .	33
<b>10.</b>	<b>Ambulante Versorgung im und am Krankenhaus</b> . . . . .	35

<b>11.</b>	<b>Rechts- und Vertragsangelegenheiten</b> . . . . .	36
<b>11.1</b>	Entlassmanagement . . . . .	36
<b>11.2</b>	Datenschutz im Krankenhaus . . . . .	36
<b>11.3</b>	Rechtsprechung . . . . .	37
<b>11.4</b>	Förderung von Verwertungsgesellschaften (GEMA, VG Media u. a.) . . .	39
<b>12.</b>	<b>Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus</b> . . . . .	40
<b>13.</b>	<b>Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI vollstationäre Pflege Berlin</b> . . . .	42
<b>14.</b>	<b>Vergütungsregelungen für stationäre Pflegeeinrichtungen 2018–2019</b> . . . . .	42
<b>15.</b>	<b>Beratung stationärer Pflegeeinrichtungen</b> . . . . .	43
<b>16.</b>	<b>Netzwerk Pflegedokumentation</b> . . . . .	47
<b>17.</b>	<b>Seminare</b> . . . . .	48
<b>18.</b>	<b>Veranstaltungen</b> . . . . .	50
<b>18.1</b>	Pflegeberufereformgesetz – „Was können die Schulen und die Träger der praktischen Ausbildung schon jetzt vorbereiten, um das Pflege- berufereformgesetz erfolgreich umzusetzen?“ . . . . .	50
<b>18.2</b>	EU-Datenschutzgrundverordnung . . . . .	50
<b>18.3</b>	20 Jahre Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus . . . . .	51
<b>19.</b>	<b>Öffentlichkeitsarbeit</b> . . . . .	51
<b>19.1</b>	Internetauftritt VEKP – Hygiene . . . . .	51
<b>19.2</b>	Internetauftritt VEKP – Öffentliche Stellungnahmen . . . . .	52
<b>19.3</b>	Internetauftritt VEKP – Öffentliche Veranstaltungen Mitglieder . . . . .	53
<b>20.</b>	<b>Förderung komplementärer Strukturen</b> . . . . .	55
<b>20.1</b>	Hospizarbeit . . . . .	55
<b>20.2</b>	Deutschlandstipendium . . . . .	55
<b>20.3</b>	Dienstgeberverband (dgv) . . . . .	55
	Anhang:	
	Geschäftsordnung . . . . .	57





# 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
- ▶ Gemeindepsychiatrischer Verbund und Altenhilfe GPVA gemeinnützige GmbH
- ▶ Hoffnungstaler Stiftung Lobetal
- ▶ Immanuel-Krankenhaus GmbH
- ▶ Immanuel-Miteinander Leben GmbH
- ▶ Johanniter-Krankenhaus im Fläming Treuenbrietzen GmbH
- ▶ Klinik-Betriebsgesellschaft Am Weinberg gemeinnützige GmbH
- ▶ Krankenhaus Bernau GmbH
- ▶ Krankenhaus Bethel Berlin gemeinnützige GmbH
- ▶ Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH
- ▶ Lutherstift gemeinnützige GmbH
- ▶ Martin-Luther-Krankenhausbetrieb GmbH
- ▶ Naëmi-Wilke-Stift Guben
- ▶ Oberlinklinik gemeinnützige GmbH
- ▶ Paul Gerhardt Diakonie e. V., Berlin und Wittenberg
- ▶ Paul-Gerhardt-Stift Pflege gemeinnützige GmbH
- ▶ Theodor-Wenzel-Werk e. V.
- ▶ Verein Krankenhaus Waldfriede e. V.

## 1.2 Vorstand

- ▶ Detlef Albrecht (Geschäftsführer)
- ▶ Dr. Karsten Bittigau
- ▶ Gottfried Hain
- ▶ Michael Mielke
- ▶ Andreas Mörsberger
- ▶ Roy J. Noack (Vorsitzender)
- ▶ Brigitte Scharmach
- ▶ Ronald Wehner
- ▶ Wilfried Wesemann (bis 30. Juni 2018)

## 1.3 Geschäftsführung und Geschäftsstelle

- ▶ Detlef Albrecht (Geschäftsführer)
- ▶ Frank Hapke (stellv. Geschäftsführer/Justiziar/Referat Rechts- und Vertragsangelegenheiten)
- ▶ Andreas Tietze (Referat Entgelt- und Budgetangelegenheiten, Statistik)
- ▶ Astrid Paul (Referat Pflegeversicherung und Seminare)
- ▶ Dima Georgieva (Sekretariat/Sachbearbeitung)
- ▶ Beate Wegner (Sekretariat/Sachbearbeitung)
- ▶ Elisa Maria Maierhofer (Sekretariat/Sachbearbeitung) ab 1. August 2018

## 1.4 Vertretung der Geschäftsstelle in Gremien und Institutionen

### 1.4.1 Vertretung in Gremien Berlin

- ▶ BKG-Vorstand (Albrecht)
- ▶ BKG-Kommission Verträge gem. §§ 112, 115 SGB V (Albrecht, Hapke)
- ▶ BKG-Pflegesatzausschuss (Albrecht, Tietze)
- ▶ BKG-Fachausschuss Pflegeeinrichtungen (Albrecht (Vorsitz), Paul)
- ▶ Lenkungsausschuss Qualitätssicherung (Albrecht)
- ▶ Lenkungsausschuss Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus (Albrecht (Vorstandsvorsitzender))
- ▶ 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)

#### 1.4.2 Vertretung in Gremien Brandenburg

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

#### 1.4.3 Weitere Gremien

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

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

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

#### 1.6 Ständige interne Beratungsgremien des VEKP

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

## 2. Politische und gesetzliche Entwicklungen

Die Fachkräftesicherung in der Pflege ist ein bundesweit brennendes Problem im Gesundheitswesen bzw. auf dem Pflegemarkt. Sie war damit auch für den VEKP ein zentrales Thema im Berichtsjahr und wird dies sicher auch in den kommenden Jahren sein.

Der VEKP unterstützt alle Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, die Personalsituation in den Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Zusammen mit den Pflegeschulen in Trägerschaft seiner Mitgliedskrankenhäuser bzw. -pflegeeinrichtungen und durch seine Mitwirkung an der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen im Rahmen der Arbeitsvertragsrichtlinien des DWBO beteiligt sich der VEKP aktiv an dem Ziel, den Pflegeberuf attraktiv zu gestalten. Mitte 2018 haben sich die Partner der Arbeitsrechtlichen Kommission DWBO auf eine Anhebung der Einkommen im Zeitraum 2019 – 2021 um 8,1 % verständigt. Gleichzeitig wurden Veränderungen im Zulagensystem dahingehend vorgenommen, dass eine deutliche Erhöhung für Nacht-, Sonntags- und Feiertagsarbeit erfolgt, so dass zu unattraktiven Zeiten zumindest attraktive Arbeitsbedingungen geboten werden können.

Der VEKP setzte sich auch bei einer Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Berliner Abgeordnetenhauses für eine Verbesserung der Personalsituation in der Pflege ein, plädierte gleichzeitig jedoch hinsichtlich der

oft geforderten Einführung von Personalschlüsseln für eine realistische Einschätzung entsprechender Realisierungsmöglichkeiten. Er wies dabei stets darauf hin, dass die Refinanzierung der Kosten sicherzustellen wäre. Der VEKP warnte vor Vorgehensweisen, etwa über „Volksentscheide für Gesunde Krankenhäuser“, eine Veränderung der Personalsituation in den Krankenhäusern erzwingen zu wollen. Derartige Volksentscheide griffen zu kurz, berücksichtigten den bestehenden Fachkräftemangel nicht und beantworteten nicht die Frage der Refinanzierung. Dagegen unterstützte der VEKP Initiativen der Bundesländer Berlin und Brandenburg, sich in die Diskussion auf der Bundesebene einzubringen, gab jedoch gleichzeitig zu bedenken, dass Personalvorgaben eher den Effekt haben könnten, dass einige Patienten aufgrund von Konzentrationen besser versorgt würden, andere dagegen keinen oder keinen zeitlich adäquaten Zugang zu Leistungen hätten. Nach Ansicht des VEKP müssten alle Initiativen zur Verbesserung des Pflegeberufes darauf ausgerichtet sein, mehr Fachpersonal zu gewinnen. Dies beginne bereits bei der Ausbildung. Hier würden länderseitige Anschubfinanzierungen für die Schulen benötigt, damit eine Ausbildung nach dem Pflegeberufereformgesetz zeitgerecht sichergestellt werden kann. Die Länder müssen sich durch eine ausreichende Investitionsfinanzierung an einer Verbreiterung des Angebots von

Ausbildungskapazitäten beteiligen. Eine vollständige Finanzierung der Ausbildung durch die Kostenträger würde weitere Möglichkeiten der Schaffung von Ausbildungskapazitäten, insbesondere in Pflegeeinrichtungen, schaffen.

Neben den Aktivitäten zur Erhöhung der Ausbildungskapazitäten im Mitgliedsbereich setzte sich der Verband insbesondere dafür ein, Lösungswege zu entwickeln, um die sehr hohe Abbrecherquote in der Krankenpflege und in der Altenpflege zu reduzieren. In Zusammenarbeit mit dem Projekt „Arbeit durch Management“ unter dem Dach des DWBO wurden Ausbildungspatenschaften zur Unterstützung der Auszubildenden und zur Reduzierung der Abbrecherquote begründet. Die Ausbildungsbrücke ist Teil des von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales geförderten Landesprogramms Mentoring.

Der VEKP verwies bei seinen Forderungen stets auch auf das Berliner Projekt zur ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, da es nicht nur die Versorgungsqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch die Arbeitsbedingungen für die Pflegenden verbessere. 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 Krankenhäusern 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. Der Verband hat das Thema über die BKG in das von Senatorin Kolat initiierte Bündnis „Pakt für die Pflege“ eingebracht. Das hierzu unter Beteiligung des VEKP erstellte Eckpunktepapier der BKG vom Juli 2018 ist der sichtbare Ausdruck der Arbeit im Berichtszeitraum. Dabei geht es nicht um einen generellen Ausschluss von Zeitarbeit. Diese ist zwingend notwendig, um einen kurzfristigen Personalbedarf abzudecken. Vielmehr geht es darum tatsächliche sowie rechtliche Möglichkeiten zu finden, auch die Mitarbeitenden in den Mitgliedseinrichtungen davon zu überzeugen, ihre Ressourcen deutlich weniger über Zeitarbeit anzubieten. Hierzu bedarf es überzeugender Argumente, insbesondere attraktiver Arbeitsbedingungen, aber auch der Bereitschaft der Mitarbeitenden, sich den bestehenden Angeboten zu öffnen und diese als Unterstützung zu begreifen und anzunehmen. Bei aller Diskussion um die Ausgestaltung der Arbeit bleibt der Fakt, dass Pflege im „24/7-Modus“ erbracht werden muss.

Im Berichtszeitraum wurde eine Vielzahl wesentlicher Gesetzesänderungen für die Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen beschlossen

bzw. eingeleitet, die sich in vielen Fällen ebenfalls mit dem Thema der Fachkräftesicherung befassen. Im Ein-

zelnen sind folgende Gesetzentwicklungen zu erwähnen:

### **Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG)**

Im Juli 2017 wurde das PflBRefG im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Das Gesetz tritt stufenweise in Kraft. Der erste Ausbildungsjahrgang nach neuem Recht soll 2020 beginnen. Zur Umsetzung des Gesetzes wurden im Juni 2018 der Referentenentwurf für die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) sowie die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) vorgelegt,

deren Verabschiedung für 2018 vorgesehen ist. Sowohl die Pflegeschulen als auch die Ausbildungsbetriebe werden sich auf die neue Ausbildung einzustellen haben. Neben einer zeitnahen Information der Mitglieder setzte sich der VEKP dafür ein, eine Interessensvertretung für die Verhandlung von Pauschalbudgets nach § 30 Pflegeberufegesetz (PflBG) zu initiieren.

### **Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)**

Im Mittelpunkt der bundespolitischen Diskussionen stand im Berichtszeitraum das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz-PpSG). Dieses Gesetz betrifft sowohl die Krankenhäuser als auch die Pflegeeinrichtungen. Ziel ist eine Stärkung der Pflege in allen Arbeitsfeldern.

ten sich Bund und Länder viel stärker an der Ausbildung in der Pflege beteiligen.

Im Krankenhausbereich soll ein Ganzhaus-Pflegepersonalquotient eingeführt werden. Dieser beschreibt das Verhältnis vom Pflegeaufwand zu Pflegepersonalausstattung. Er ist als Ergänzung zu den Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen vorgesehen. Wird die Untergrenze nicht eingehalten, soll es zu Sanktionen kommen. Dies ist aus Sicht der Verbandsgeschäftsstelle der falsche Weg, da Pflegefachkräfte auf dem Arbeitsmarkt rar sind. Stattdessen soll-

Des Weiteren sieht das Gesetz eine Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System (Pflegebudget) vor. Dabei lässt der Gesetzgeber Unklarheiten zurück, die von den Partnern der Selbstverwaltung klargestellt werden. Bereits zu Beginn der Debatte zeigten erste fachliche Analysen, dass nicht auszuschließen ist, dass die Ausgliederung der Pflegekosten nicht nur im einzelnen Krankenhaus, sondern in der Gesamtheit der Krankenhäuser zu Erlöseinbußen führt.

Verbunden mit der Einführung des Pflegebudgets ist die Aufhebung des Wirtschaftlichkeitsgebotes der Pflegepersonalkosten im Rahmen der hausindividuell vereinbarten Pflege-

budgets. Dies kann dazu führen, dass sich der Druck auf die Gewinnung von Fachkräften, insbesondere im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen und der Reha-Einrichtungen, erhöht.

Die ersten Entwürfe des PpSG sahen vor, dass der sogenannte Pflegezuschlag mit Einführung der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung über das Pflegebudget zum 1. Januar 2020 auslaufen soll. Hier handelt es sich bundesweit um Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro. Mit dem Entzug dieser Mittel könnte die propagierte Stärkung der Pflege in den Krankenhäusern nicht gelingen. Verbandsseitig wurde daher die Diskussion über die Abschaffung der Streichung dieser Mittel unter-

stützt. Aktuell zeichnet sich eine Rücknahme dieser Regelung ab.

Für die stationären Pflegeeinrichtungen sieht das PpSG die Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen, eine Entlastung der Pflege durch Investitionen in Digitalisierung sowie eine verpflichtende Zusammenarbeit von niedergelassenen (Zahn-)Ärzten und Pflegeheimen vor. Zusätzlich soll die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie die betriebliche Gesundheitsförderung gefördert werden. Nach dem vorgesehenen Zeitplan ist ein Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens für November 2018 geplant. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2019 in Kraft treten.

### **EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)**

Zum 25. Mai 2018 erfolgte die Umsetzung der Anforderungen aus der DS-GVO auch für die Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen. Dies hatte nicht nur einen im Vergleich zur alten Rechtslage erheblich angestiegenen Dokumentationsaufwand und eine Veränderung der Prozesse in den Einrichtungen zur Folge, sondern führte auch zu erheblichen Änderungen im Bereich des nationalen Rechts. So trat etwa am 24. Mai 2018 das Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland

(DSG-EKD) in Kraft. Mit diesem Gesetz wurde das kirchliche Datenschutzrecht an die einheitlichen europäischen Datenschutzstandards angepasst. Dabei sind kirchliche Besonderheiten im Datenschutz berücksichtigt worden. Ebenfalls zum 25. Mai 2018 trat die neue Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in Kraft. Die Aktivitäten des Verbandes in diesem Zusammenhang werden im nachfolgenden Geschäftsbericht dargestellt. Für die Einzelheiten wird auf die Punkte 11.2 und 18.2 des Geschäftsberichts verwiesen.

### **Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG)**

Neben dem für den Krankenhausbereich und die stationären Pflegeeinrichtungen relevanten PpSG legte das BMG einen Referentenentwurf für ein

TSVG vor. Dieser enthält einige strukturelle Veränderungen, insbesondere hinsichtlich der Schiedsstellen auf Bundesebene bei sektorübergreifender

Versorgung. Er wendet sich jedoch primär an den Bereich der niedergelassenen Ärzte. Für die Mitglieder des VEKP ist dieses Gesetz von erheblicher Re-

levanz, wenn ein MVZ betrieben wird. Hier findet sich eine Vielzahl von Einzeländerungen.

### **IT-Sicherheitsgesetz (ITSIG)**

Aufbauend auf dem ITSIG aus dem Jahr 2015 wurde im Juni 2017 die erste Änderungsverordnung zur BSI-Kritis-Verordnung (BSI-KritisV) erlassen. Die BSI-KritisV definiert konkret, wer als Betreiber einer kritischen Infrastruktur einzuordnen ist. Krankenhäu-

ser unterfallen der Verordnung, soweit sie den Schwellenwert von 30.000 vollstationären Fällen im Jahr 2016 überschritten haben. Die Umsetzung dieser Regelungen ist für die betroffenen Mitgliedseinrichtungen teilweise mit erheblichem Aufwand verbunden.

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

Auch wenn das Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften mit seinen Auswirkungen auf das SGB XI bereits vor Beginn des Berichtszeitraums erlassen wurde, erfolgte dessen Umsetzung in

wesentlichen Teilen im Berichtszeitraum, da erst im Februar 2018 die Vereinbarung über das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung nach dem SGB XI im Bundesanzeiger bekannt gemacht wurde.



### 3. Übergreifende Gremienarbeit

#### 3.1 Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg

Der VEKP wirkte im Handlungsfeld 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ des „Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg“ mit. Neben der Teilnahme an den regelmäßigen Handlungsfeld-Workshops fand am 13. Oktober 2017 die Zukunftswerkstatt „Innovative Versorgungsansätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ statt. Der Vortragsblock „Innovative Versorgungsprojekte anhand von Best-Practice-Beispielen

aus Berlin und Brandenburg“ wurde durch den VEKP über die Immanuel Klinik Rüdersdorf begleitet. Für November 2018 ist eine Zukunftswerkstatt zum Thema „Notfallversorgung 2.0“ angekündigt. Diese Zukunftswerkstatt wird die Veranstaltung aus dem Jahr 2015 fortsetzen. Die Zukunftswerkstätten dienen als Dialogplattformen und Impulsgeber für die Gesundheitsversorgung in Berlin-Brandenburg.

#### 3.2 Gemeinsame Landesgremien gemäß § 90a SGB V

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

Das gemeinsame Landesgremium Berlin hat beschlossen, die bestehenden Arbeitsgruppen zur Versorgungssteuerung, zur Barrierefreiheit, zu Patientenfragen und zur sektorübergreifenden Versorgung um eine Arbeitsgruppe Notfallversorgung zu er-

weitern. Das Thema Notfallversorgung erregte im Berichtszeitraum besondere Aufmerksamkeit. Für die inhaltlichen Diskussionen zum Thema wird auf Punkt 9 des Geschäftsberichtes verwiesen.

Das gemeinsame Landesgremium Brandenburg ist im Jahr 2018 bis zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht zusammengetreten. Inhaltlich sind im Arbeitsausschuss die Aufgaben zur Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung im Land Brandenburg vorangetrieben worden.

#### 3.3 Landespflegeausschuss

Zur Beratung von Fragen der Pflegeversicherung ist in jedem Bundesland ein Landespflegeausschuss zu bilden. In

diesen Landespflegeausschüssen sind sämtliche an der Pflege beteiligten Institutionen vertreten.

Im Berichtszeitraum fanden zwei turnusmäßige Sitzungen statt. Der Landespflegeausschuss Berlin beschloss, die Arbeit des Kooperationsgremiums zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation über die ursprünglich vorgesehene Befristung bis zum 30. Juni 2018 hinaus fortzusetzen. Für die Arbeit des VEKP war die Beteiligung des Landespflegeausschusses an den Überlegungen der Senatorin Kolat zur Gründung eines Berliner Paktes für die Pflege von besonderer Relevanz. Beteiligt an diesem Prozess waren zunächst nur die Verbände der Pflegeeinrichtun-

gen. Im Laufe des Berichtszeitraums konnte eine Integration der BKG in den Diskussionsprozess erreicht werden. Der Pakt befasst sich mit den Themenbereichen „Bedarfsgerechter Ausbau der Ausbildungszahlen“, „Bessere Vergütung“ sowie „Gute Arbeit: Gesundheitsmanagement und Familienfreundlichkeit“. Die Arbeit des „Berliner Paktes für die Pflege“ wird über den Berichtszeitraum hinaus anhalten. Für Januar 2019 ist ein Workshop zur Begrenzung von Personal-Leasing vorgesehen. Der VEKP wird sich weiter aktiv in die Diskussionen einbringen.

## 4. Vergütung von Krankenhausleistungen

### 4.1 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 KHSG gestiegene Leistungszahlen in den Verhandlungen nicht mehr absenkend zu berücksichtigen. Die Verhandlungen für 2018 waren erneut geprägt von der Frage, welche Personal- und Sachkostenentwicklungen für das Jahr 2018 plausibel dargelegt werden können und somit eine Überschreitung der unteren Bundesbasisfallwertkorridorgrenze i. H. v. 3.431,93 € ermöglichen. Der VEKP war in den Verhandlungskommissionen beider Landeskrankenhausgesellschaften vertreten.

Für beide Bundesländer wurde ein Landesbasisfallwert oberhalb der unteren Basisfallwertkorridorgrenze vereinbart. Der Landesbasisfallwert 2018 im Land Berlin beträgt 3.449,91 € mit Ausgleichen. In diesem Wert ist ein Ausgleich von 5,53 € für die Tarifausgleichsrate 2017 enthalten. Im Land Brandenburg konnte für das Jahr 2018 ein Landesbasisfallwert i. H. v. 3.444,50 € mit Ausgleichen vereinbart werden. Der Ausgleich für die Tarifausgleichsrate 2017 beträgt

hierbei 5,50 €. Ausgleichs- und Berichtigungen des Landesbasisfallwertes für 2018 wurden sowohl in Berlin als auch in Brandenburg für die Notfall-Zu- und Abschläge vereinbart, da hier zum Zeitpunkt der Landesbasisfallwertverhandlungen nicht absehbar war, ob und wie sich die entsprechenden Neuregelungen auf den jeweiligen Landesbasisfallwert 2018 auswirken. Im Land Brandenburg wurde mit derselben Begründung ein Ausgleich für Sicherstellungszuschläge aufgrund einer möglichen Landesregelung vereinbart. Für die den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2019 als Ausgangsbasis zugrundeliegenden Case-Mixpunkte wurde in beiden Bundesländern eine Korridorlösung rund um die für 2018 verständigten Leistungsvolumen vereinbart. Ausgangsgröße für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts 2019 ist in beiden Bundesländern der Landesbasisfallwert ohne Ausgleichs- (s. o.). Beide Landesbasisfallwerte wurden zum 1. Januar 2018 genehmigt.

Eine zusammenfassende Darstellung der für die Abrechnung im jeweiligen Jahr maßgeblichen Landesbasisfallwerte Berlin und Brandenburg der Jahre 2016 bis 2018 kann der folgenden Tabelle entnommen werden.

## Landesbasisfallwerte

	2016	2017	2018
Berlin	3.278,19 €	3.350,91 €	3.449,91 €
Brandenburg	3.278,19 €	3.347,67 €	3.444,50 €

### 4.2 Schiedsstellenverfahren

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

Zumeist finden Schiedsstellenverfahren nur zu einzelnen Fragestellungen des Budgets auf der Grundlage einer Teileinigung bzw. Teilvereinbarung zu den übrigen Tatbeständen statt. Neben den originären Krankenhausbudgets sind zunehmend

auch die sonstigen „Teilbudgets“, wie z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen oder Sozialpädiatrische Zentren, Gegenstand von Schiedsstellenverfahren.

Eine weitere sich abzeichnende Entwicklung ist, dass Schiedsstellenverfahren immer öfter entweder bereits geplant nur der erste Schritt hin zu einem Verwaltungsgerichtsverfahren (z. B. beim Mehrleistungsabschluss) sind, oder aber die Schiedsstellenentscheidung aufgrund ihrer grundlegenden Bedeutung von der im Schiedsverfahren unterlegenen Partei beklagt wird.

### 4.3 Budget- und Entgeltverhandlungen 2016 bis 2018

Die Budget- und Entgeltverhandlungen fanden auch im aktuellen Berichtszeitraum zumeist spät innerhalb oder erst nach Ablauf des zu vereinbarenden Budgetjahres statt. Im Ergebnis liegen für das Budgetjahr 2017 noch nicht alle genehmigten Vereinbarungen vor. Für das Budget des Jahres 2016 konnte für über 90 % der Mitgliedskrankenhäuser mindestens eine Einigung mit den Krankenkassen erzielt werden.

Rund 60% der Mitgliedskrankenhäuser verfügen zum Zeitpunkt der Berichterstattung über eine genehmigte Budgetvereinbarung oder eine Einigung mit den Krankenkassen für das Jahr 2017. Für das Jahr 2018 konnte zum Zeitpunkt der Berichterstattung eine erste Einigung realisiert werden.

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

## Budgetverhandlung (Mengen und Preise; KHEntgG-Bereich)

Der Ablauf und die Schwerpunkte der Budgetverhandlungen im Berichtszeitraum sind gegenüber den Vorjahren nahezu unverändert: Leistungsmenge (Casemix), eventuelle Mehrleistungsabschlüsse bzw. Fixkostendegressionsabschlüsse, vereinzelt das Pflegestellenförderprogramm, sowie – je nach Bedeutung im einzelnen Krankenhaus – hausindividuell zu vereinbarenden Entgelte/Tagesklinikentgelte.

Aufgrund der zumeist erst spät unterjährig oder aber bereits nach Ablauf des zu vereinbarenden Zeitraums geführten Budgetverhandlungen beschränken sich Leistungsmengenprognosen in der Regel auf eine Abschätzung des durch MDK-Prüfungen noch möglichen Verlusts an Casemixpunkten eines bereits erbrachten Ist-Leistungsgeschehens. Der durch das PSG I auf eine dreijährige Laufzeit verlängerte Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG für zusätzlich gegenüber dem jeweiligen Vorjahr im Erlösbudget vereinbarte Leistungen führte zu verschiedensten denkbaren Konstellationen gerade in Bezug auf die Auswirkungen auf künftige Budgetvereinbarungen. Zunehmend stellte sich die vom Gesetzgeber nicht klar geregelte Vorgehensweise bei rückläufigen bzw. schwankenden Leistungsmengen mit Blick auf die Weitergeltung eines für das Vorjahr vereinbarten Mehrleistungsabschlags als Dissens in den Verhandlungen dar.

Vielfach strittig blieb die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags bei Leis-

tungssteigerungen im Bereich der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen (E1) ab dem Budgetjahr 2017. Während die Frage möglicher Ausnahmetatbestände zumeist vergleichsweise schnell zwischen den Vertragsparteien geklärt werden konnte, war die Frage nach der Höhe des Abschlags oft nur schwierig oder zumindest in einer ersten Verhandlungsrunde nicht zu konsentieren. Für die Budgetjahre 2017 und 2018 sieht der Gesetzgeber hier eine Abweichung vom Regelabschlagsatz (35%) auf bis zu 50% vor. Sofern eine Verständigung zum FDA möglich war, war dies zumeist eine Einigung im Rahmen der Gesamteinigung ohne die Benennung eines prozentualen Abschlagsatzes, sondern nur unter Verständigung eines Abschlagsbetrages.

Die Vereinbarung von NUB-Entgelten, aber auch einzelner Leistungen aus dem durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalenkatalog, wurde von den Kostenträgern auch im aktuellen Berichtszeitraum vielfach mit Verweis auf eine mangelnde Studienlage sowie das in § 12 SGB V normierte Gebot der Wirtschaftlichkeit und die entsprechende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) abgelehnt. Im Ergebnis konnte dennoch vielfach mit dem Kenntnisstand aus der AG „sonstige Entgelte“ (siehe 5.2) eine Vereinbarungslösung mit den Krankenkassen erzielt werden.

Die Vereinbarung des Pflegezuschlags nach § 8 Abs. 10 KHEntgG

erfolgte bislang in allen Verhandlungen unstreitig.

Die Regelungen zu Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte nach § 2

Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG waren im Land Berlin im Berichtszeitraum zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen weiterhin strittig.

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

Die Verhandlungen nach den Vorgaben der BpflV waren maßgeblich geprägt von der Einführung des neuen Psychiatrie-Entgeltsystems, das im Zeitraum 2013 bis 2017 optional eingeführt werden konnte und ab dem Jahr 2018 verpflichtend ist. Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG verhandeln weiterhin nach der BpflV in der bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Fassung. Bis zum Budgetjahr 2015 wurde nur von einem Mitgliedskrankenhaus das neue Entgeltsystem optional eingeführt. Für das Jahr 2016 haben alle vier weiteren Mitgliedskrankenhäuser den optionalen Umstieg gegenüber den Krankenkassen erklärt. In den Verhandlungen nach dem neuen Entgeltsystem zeigte sich, dass die im Rahmen des optionalen Systemumstiegs bis 2016 geltende Obergrenze in Höhe des doppelten Veränderungswertes in die Verhandlungen eingebracht und Budgetsteigerungen oberhalb des einfachen Veränderungswertes realisiert werden können.

Mit dem 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 vereinbarenden 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.

Der mit dem PsychVVG eingeführte, erstmals für das Jahr 2016 zu erbringende, Psych-PV-Nachweis eröffnete ab dem Budgetjahr 2017 neue Verhandlungsoptionen zur Budgetsteigerung in Form der Nachverhandlung von nicht besetzten Psych-PV-Stellen aber auch zur Budgetabsenkung bei nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln für Psych-PV-Personal. In den ersten Verhandlungen im Mitgliederbereich für das Jahr 2017 sind beide neuen Verhandlungsoptionen bislang nicht zum Tragen gekommen.

### **Vereinbarung der hausindividuellen Ausbildungsbudgets**

Nach § 17a Abs. 1 KHG sind die Kosten der Ausbildungsstätten, der Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung, zu finanzieren. Vielfach wurden die Ausbildungsbudgets im Rahmen der Gesamteinigung zum Krankenhausbudget zwischen den Mitgliedskrankenhäusern und den Kostenträgern vereinbart.

Die Verhandlungen zu den Ausbildungsbudgets, insbesondere mit Blick auf die Kosten je Ausbildungsplatz, sind im Berichtszeitraum zusehends

intensiver geführt worden. Der Verband begleitete seine Mitgliedskrankenhäuser auch mit Verweis auf die rechtlichen Besonderheiten des § 17a KHG bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets in den Verhandlungen unterstützend.

Nach Abschluss der Verhandlungen unterstützte der VEKP seine Mitgliedskrankenhäuser bei der Erstellung und Abstimmung der Vereinbarungstexte sowie bei (in Einzelpunkten) gescheiterten Verhandlungen in den darauf folgenden Schiedsstellenverfahren.

### **Ausblick und Bewertung der weiteren Entwicklung der Budgetrunden 2016 bis 2018**

Die aktuellen Budgetverhandlungen zeigen weiterhin die große Herausforderung für die Krankenhäuser der möglichst passgenauen Vereinbarung der Leistungsmengen. Die Verhandlungen finden meist retrospektiv statt. Damit minimiert sich für beide Seiten das Risiko der Fehlschätzung. Neben den zentralen Eckpunkten der Budget- und Entgeltverhandlungen (Leistungsmengen und Entgelthöhen bzw. Budgethöhe in der Psychiatrie) ist die strategische Bedeutung der weiteren Verhandlungstatbestände sowie der sonstigen Rahmenbedingungen der Budgetvereinbarung angestiegen. Im Zuge der Budget- und Entgeltverhandlungen werden diese Aspekte von der Verbandsgeschäftsstelle in eine ver-

bandliche Bewertung von Verhandlungs- bzw. Vereinbarungsangeboten einbezogen und Handlungsoptionen aufgezeigt.

Zur Unterstützung der Krankenhäuser bei der Vorbereitung und Durchführung der Budget- und Entgeltverhandlungen führte der VEKP sein Benchmark auf der Grundlage der Ist-Leistungsdaten der Krankenhäuser des Jahres 2017 fort. Das Benchmark ermöglicht es den Krankenhäusern ihre eigene Leistungsentwicklung im Vergleich zu anderen Krankenhäusern besser einzuschätzen und kann darüber hinaus für vielfältige Fragestellungen im Kontext der Budgetverhandlung zur ergänzenden Unterstützung herangezogen werden.

### **Ausbildungsfinanzierung ab 2020**

Mit dem Pflegeberufegesetz werden die Ausbildungen in den Bereichen der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege ab dem Jahr 2020 zu einer einheitlichen, generalistischen Pflegeausbildung zusammengeführt. Der VEKP hat seine Mitglieder im Rahmen eines gemeinsamen Fachtages mit dem EVAP am 26. Februar 2018 ausführlich über die sich verändernden Rahmenbedingungen informiert (siehe 18.1). Ein Schwerpunkt dieses Fachtags war die Finanzierung der Ausbildung. Auch in Geschäftsführungs- bzw. Heimleitungsrunden des Jahres 2018 wurden die Mitglieder über die weiteren Konkretisierungen der künftigen Finanzierung, u. a. in Form der Pflegeberufe-Ausbildungsfinan-

zierungsverordnung, detailliert informiert.

Wesentliche Veränderungen im Bereich der Ausbildungsfinanzierung gibt es durch die Trennung in Budgets für die Träger der praktischen Ausbildung und die der Pflegeschulen. Zukünftig ist der gesetzlich angelegte Regelfall, abweichend vom bisherigen Verfahren, die Vereinbarung von Pauschalbudgets auf Landesebene. Hierdurch werden die Landeskrankenhausesellschaften zur Vertragspartei bei den Pauschalen für die Träger der praktischen Ausbildung. Für die Pflegeschulen müssen sich die Interessenvertretungen im jeweiligen Land noch finden. Der VEKP unterstützt die Bildung einer schlagkräftigen Interessenvertretung für die Pflegeschulen im Land.



## 5. Daten- und Benchmarkprojekte des VEKP

Das DRG-System führt sowohl im Krankenhaus als auch bei den zuständigen Kostenträgern und Landesbehörden zu einer hohen Transparenz des Leistungsgeschehens, was von allen Beteiligten zur Steuerung und Weiterentwicklung bestehender Strukturen genutzt wird.

Die sich zunehmend verbessernde Datenbasis auf Seiten der Kostenträger und der Landesbehörden führte im Bereich der diakonischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg zu dem Entschluss, die verbandlichen Strukturen zu nutzen und ein eigenständiges, länderübergreifendes DRG-Benchmark (hierzu 5.1) auf der Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG aufzubauen.

Als weitere Unterstützung für die Krankenhäuser bei der Vorbereitung und Durchführung ihrer Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern wird die trägerverbandsübergreifende Arbeitsgruppe „sonstige Entgelte“ (hierzu 5.2) durch die Geschäftsstelle des VEKP koordiniert.

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

bei den Kostenträgern und den Landesbehörden, führen.

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

Die ebenfalls durch die VEKP-Geschäftsstelle koordinierte trägerverbandsübergreifende Arbeitsgruppe „Einführung PEPP-Entgeltsystem“ (hierzu 5.3) bot den Krankenhäusern weiterhin die Möglichkeit, sich über Fragen und Probleme im Kontext der Einführung des neuen Entgeltsystems auszutauschen.

Die von allen Mitgliedskrankenhäusern zur Verfügung gestellten Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG stärken den VEKP zugleich u. a. in seiner Analysefähigkeit bezogen auf krankenhauplanerische

Fragestellungen sowie für die Beratungen in den Landesgremien zur

Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen.

## 5.1 DRG-Benchmark

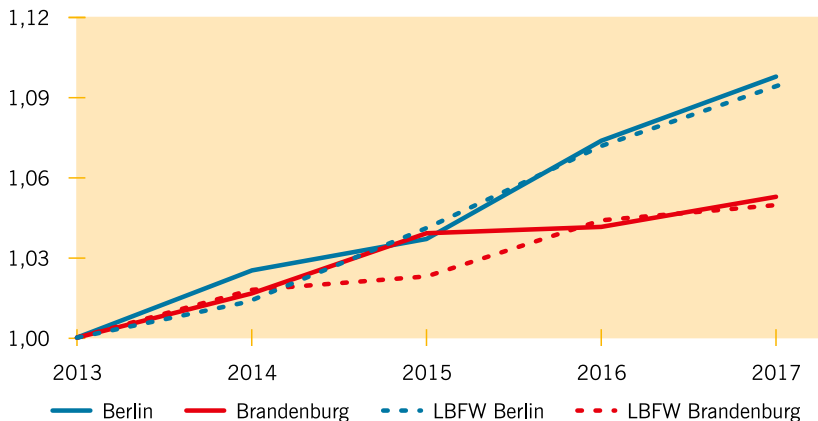
Das DRG-Benchmark wurde in seiner Auswertungsstruktur gegenüber dem Vorjahr für das Datenjahr 2017 nicht verändert. Bereits in den Vorjahren ist der Fokus bei der Weiterentwicklung des Benchmarks auf den Bereich der Auswertung von Qualitätsindikatoren gelegt und somit die sich anbahnende Entwicklung im Benchmark abgebildet worden. Dieser Auswertungsbereich wurde für das Datenjahr 2017 erneut gestärkt.

Aus dem Kreis der 24 Mitgliedskrankenhäuser (teilweise mit mehreren Standorten) im Jahr 2017 mit somatischen Fachabteilungen konnten Daten von 23 Krankenhäusern in die Benchmarkauswertungen einbezogen werden. Nicht einbezogen wurden Daten aus besonderen Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG. Ebenfalls keine Berücksichtigung in den Auswertungen fanden Fälle, die über einen Vertrag zur integrierten Versorgung abgerechnet wurden sowie Fälle, die über hausindividuelle Entgelte vergütet wurden.

Die Verbandsgeschäftsstelle stellte den Mitgliedskrankenhäusern die Ergebnisse des Benchmarkprojekts in der nunmehr achten Auflage im Juni 2018 als MS-Access-Datenbank zur Verfügung. Die nachfolgenden Diagramme zeigen die Entwicklung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen (CM) sowie des effektiven Casemix-Index (CMI) vom Jahr 2013 zum Jahr 2017 in den Berliner und Brandenburger Mitgliedskrankenhäusern als Auszug aus den Ergebnissen des Benchmarks. Bei der Bewertung der dargestellten Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sich diese Entwicklungen stets aus den technischen Effekten der DRG-Systementwicklung und den eigentlichen Leistungs- bzw. Leistungsstrukturveränderungen zusammensetzen.

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

## Entwicklung des effektiven Casemix



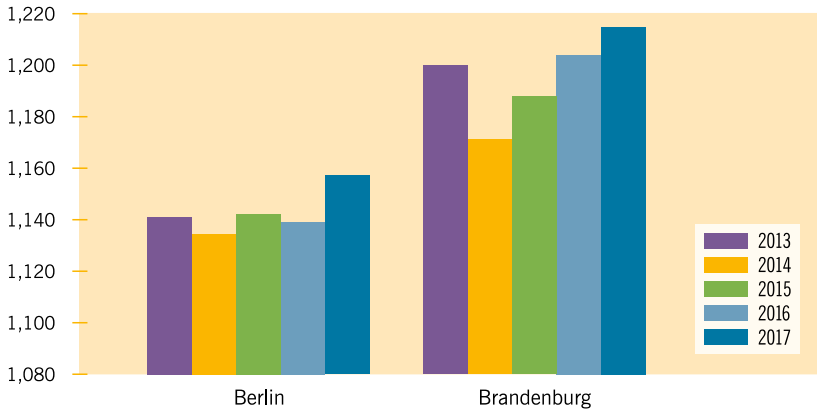
Die Casemix-Entwicklung der Mitgliedskrankenhäuser insgesamt stellt sich seit 2013 durchweg positiv dar. Dies darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die hausindividuellen Entwicklungen sehr heterogen sind. Im Betrachtungszeitraum 2013 bis 2017 konnte in beiden Bundesländern eine zur Entwicklung im jeweiligen Land leicht überdurchschnittliche Leistungsentwicklung verzeichnet werden. Im Bereich der Berliner Mitgliedskrankenhäuser stieg die Leistungsmenge auf nunmehr rd. 115.000 CM-Punkte an, im Bereich der Brandenburger

Mitgliedskrankenhäuser auf insgesamt rd. 84.000 CM-Punkte.

Die für diesen Vergleich herangezogenen Landeswerte stammen hierbei aus den im Landesbasisfallwert für die Jahre 2014 bis 2018 zu Grunde gelegten Leistungsmengen.

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

## Entwicklung des effektiven CMI



Die teils deutlichen Veränderungen in der mittleren Fallschwere (CMI) mit nahezu jährlich wechselnden Vorzeichen sind auf die Entwicklungen in einzelnen Häusern sowie unterschiedliche Schwerpunkte seitens des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in der Weiterentwicklung des DRG-Systems und damit auf hausindividuelle Katalogeffekte zurückzuführen. Exemplarisch zu benennen sind hierbei

der Aufbau geriatrischer Kapazitäten, insbesondere im Land Brandenburg, infolge der Krankenhausplanung sowie eine deutliche Abwertung der Inneren Medizin im DRG-System 2014. Auch für das Jahr 2017 sind in Folge der Veränderungen in der Kalkulationssystematik (insbesondere Sachkostenneubewertung) wieder größere Veränderungen beim CMI zu verzeichnen.

## 5.2 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 September 2018 vorgesehen.

Auf den Arbeitsgruppensitzungen findet ein transparenter Austausch zu Fragen der Kalkulation und Vereinbarung von hausindividuellen Entgelten nach § 6 KHEntgG statt. Die Teilnehmer nutzen diese Plattform darüber hi-

naus zum Austausch über aktuelle Fragestellungen rund um die Budget- und Entgeltverhandlungen. 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 zwei-

mal 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 wurde fortgeführt. Den sich an diesem Datenaustausch beteiligenden rd. 30 Krankenhäusern stellte die Verbandsgeschäftsstelle im Berichtszeitraum ebenfalls zweimal aktualisierte Übersichten zur Verfügung.

### 5.3 Trägerverbandsübergreifende AG „Einführung PEPP-Entgeltsystem“

Die aus der Arbeitsgruppe „Sonstige Entgelte“ hervorgegangene Arbeitsgruppe „Einführung PEPP-Entgeltsystem“ wird ebenfalls durch die Geschäftsstelle des VEKP koordiniert und kam im Berichtszeitraum zu zwei Sitzungen zusammen. Eine Fortführung der Arbeitsgruppe ist für September 2018 vorgesehen.

Neben dem transparenten Austausch über Fragen und Probleme im Zusammenhang mit der bis 2017 optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems wurde aus dem Teilnehmerkreis heraus auch ein Austausch von Kennzahlen angeregt. Konsens bestand zwischen den Teilnehmern darüber, dass, analog zu den Beratungen im somatischen Bereich, auch die hausindividuell zu vereinbarenden PEPP-Entgelte

künftig in die Beratungen einbezogen werden sollten. Aufgrund der geringen Anzahl an PEPP-Umsteigern und den aktuell noch vielen Veränderungen im PEPP-Entgeltsystem ist ein Austausch von Kennzahlen bzw. Vereinbarungswerten für hausindividuelle Entgelte derzeit nicht möglich.

In den Arbeitsgruppensitzungen im Berichtszeitraum standen 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. Ebenfalls intensiv beraten wurde die neue PIA-Doku-Vereinbarung.

## 6. Entwicklung der diakonischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg in den Jahren 2013 bis 2017

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

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

„Alter der behandelten Patientinnen und Patienten“ sowie „mittlere Anzahl der kodierten Nebendiagnosen“. In die Darstellung sind alle vollstationären Fälle der evangelischen Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg der Jahre 2013 bis 2017 eingeflossen (Ist-Leistungen). Zur besseren Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Entgeltbereichen sowie in der Zeitreihenbetrachtung wurden Regelungen der PEPV (z. B. Berechnungstage vs. Verweildauer) nicht berücksichtigt. Eine Darstellung der für den KHEntgG-Bereich relevanten Kennzahlen „Casemix“ und „Casemix-Index“ findet sich im Kapitel 5.1 (DRG-Benchmark).

		VEKP Gesamt		
		KHEntgG	BpflV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2013	161.322	10.189	171.511
	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
Verweildauer	2013	7,91	23,44	8,83
	2014	7,73	22,81	8,63
	2015	7,76	24,00	8,71
	2016	7,65	23,84	8,60
	2017	7,64	24,57	8,61
Alter	2013	58,71	46,97	58,01
	2014	58,43	47,55	57,78
	2015	58,83	47,28	58,15
	2016	58,58	47,32	57,92
	2017	58,91	47,31	58,24
Nebendiagnosen	2013	6,36	2,67	6,14
	2014	6,54	2,96	6,33
	2015	6,67	3,02	6,45
	2016	6,79	3,07	6,58
	2017	7,15	3,70	6,95

		Berlin		
		KHEntgG	BPfIV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2013	93.289	7.708	100.997
	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
Verweildauer	2013	7,99	24,25	9,23
	2014	7,74	23,40	8,96
	2015	7,75	24,05	9,02
	2016	7,55	23,53	8,78
	2017	7,51	24,81	8,81
Alter	2013	57,45	46,31	56,60
	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
Nebendiagnosen	2013	5,91	2,64	5,66
	2014	6,22	2,80	5,95
	2015	6,32	2,94	6,05
	2016	6,42	3,01	6,16
	2017	6,76	3,75	6,53

		Brandenburg		
		KHEntgG	BPfIV	Gesamt
Fallzahl (vollstat.)	2013	68.033	2.481	70.514
	2014	69.742	2.492	72.234
	2015	70.243	2.185	72.428
	2016	70.312	2.122	72.434
	2017	69.998	2.194	72.192
Verweildauer	2013	7,80	20,95	8,26
	2014	7,71	20,89	8,17
	2015	7,78	23,79	8,27
	2016	7,80	25,10	8,31
	2017	7,83	23,64	8,31
Alter	2013	60,43	49,03	60,03
	2014	60,15	50,18	59,81
	2015	60,52	49,23	60,18
	2016	60,40	49,59	60,08
	2017	60,73	50,07	60,41
Nebendiagnosen	2013	6,98	2,76	6,83
	2014	7,00	3,48	6,87
	2015	7,15	3,32	7,03
	2016	7,32	3,30	7,20
	2017	7,72	3,48	7,59

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

Die positive Fallzahlentwicklung setzte sich insgesamt auch im Jahr 2017 fort, wenn auch deutlich abgeschwächt. Der Fallzahlzuwachs gegenüber dem Vorjahr betrug nur noch + 0,07 % und lag damit unter dem Durchschnitt des Betrachtungszeitraums mit jährlich + 1,47 %. Im Bereich der BPfIV sind die Fallzahlen in den vergangenen Jahren nahezu unverändert. Der hohe Bettenauslastungsgrad lässt bei nahezu unveränderten Kapazitäten in diesem Bereich kaum Fallzahlentwicklungen zu.

Die Anzahl der verschlüsselten Nebendiagnosen je Fall ist seit dem Jahr 2013 kontinuierlich auf nunmehr im Mittel 6,95 angestiegen. Im Bereich

der BPfIV kann diese Entwicklung auch auf die zunehmende Bedeutung der umfassenden Dokumentation der Leistungen mit Blick auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückgeführt werden.

Für beide Bundesländer schlägt sich für den KHEntgG-Bereich der in den diakonischen Krankenhäusern hohe Anteil geriatrischer Versorgung (jeweils rd. 35 % der Plankapazitäten der Geriatrie) in deutlich über dem jeweiligen Landesdurchschnitt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2016: 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 2016: 55,6 Jahre in Berlin bzw. 58,0 Jahre in Brandenburg insgesamt) höher liegendes mittleres Alter der behandelten Patienten.

## 7. Krankenhausplanung Berlin und Brandenburg

Im Berichtszeitraum fanden insgesamt drei Landeskonferenzen zur Krankenhausplanung in Brandenburg und vier Sitzungen des Fachausschusses Krankenhausplanung im Land Berlin statt. Alle Termine wurden durch den VEKP begleitet. In beiden Ländern bildete die Zuweisung von besonderen Aufgaben von Zentren durch die zuständigen Landesbehörden den Schwerpunkt der Diskussionen. Für das Land Brandenburg hat die Landeskonferenz den Ausweis von insgesamt zehn Zentren

empfohlen. Dabei entfallen sieben Zentrumsausweise auf Onkologische Zentren. Drei weitere Zentren wurden für den Bereich Epilepsie, Rheuma und Parkinson ausgewiesen. Mit der Epilepsieklinik Tabor und dem Johanner-Krankenhaus in Treuenbrietzen haben auch zwei Mitgliedseinrichtungen einen Zentrumsausweis erfahren. Im Land Berlin waren die Diskussionen zum Ausweis von Zentren zum Zeitpunkt der Erstellung des Geschäftsberichtes noch nicht abgeschlossen.



Im Mittelpunkt der Diskussionen Berlin steht ebenfalls der Ausweis von Tumorzentren. Der VEKP hat sich dafür eingesetzt, dass die Erörterungen zum Ausweis von Zentren für Rheumatologie, Epilepsie und Lungenheilkunde sowie für ein Behandlungszentrum für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung ergänzend in die Diskussionen aufgenommen werden. Über den Fortgang der Erörterungen wird im kommenden Berichtszeitraum zu informieren sein.

Über die landesspezifischen Themen zur Krankenhausplanung hinaus setzten die Länder Berlin und Brandenburg ihre Überlegungen zur Verzahnung des Prozesses der Krankenhausplanung für die Zeit ab 2020 fort. In der Koalitionsvereinbarung 2016 bis 2021 der Regierungsparteien des Landes Berlin wurde

die „Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020“ verankert. Das Land Brandenburg traf eine entsprechende Festsetzung in der Landtagsitzung vom Juni 2017.

Am 25. September 2018 fand die konstituierende Sitzung des im Rahmen der gemeinsamen Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020 vorgesehenen Regionalausschusses statt. Ziel der Beratungen im Regionalausschuss ist es, ein Grundlagenpapier für eine gemeinsame Krankenhausplanung der Länder Berlin und Brandenburg bis Februar 2019 zu erarbeiten und zu verabschieden. Die enge Abstimmung der Länder Berlin und Brandenburg stellt ein Novum in den Krankenhausplanungsprozessen der Länder dar. Der VEKP wird die Debatten intensiv begleiten.

## 8. Krankenhausinvestitionsfinanzierung Berlin und Brandenburg

Krankenhäuser haben im dualen Finanzierungssystem einen gesetzlichen Anspruch auf 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.

Der bestandserhaltende Investitionsbedarf im Land Berlin liegt bei rund 256 Mio. € pro Jahr. Demge-

genüber steht ein Haushaltsansatz für die Investitionspauschale in Höhe von 90 Mio. € (2018) und 80 Mio. € (2019). Erst mit zusätzlichen, einmaligen Sondermitteln (SIWANA IV) und der Kreditfinanzierung, die zukünftige Haushalte sehr lange belasten wird, stehen im Jahr 2018 insgesamt 140 Mio. € und für das Jahr 2019 160 Mio. € zur Verfügung. Unter Einbeziehung der Sondermittel nähert sich die Höhe der Investitionsmittel dem Bundesdurchschnitt. Ergänzt wird das Programm der Pauschalfinanzierung

zierung durch 20 Mio. € im Jahr 2018 für den Ausbau von Kreißsälen an den sechs Perinatalzentren im Land Berlin. In diese Finanzierung ist auch ein Mitgliedskrankenhaus einbezogen.

Mit dem Ziel, in Krankenhäusern eine W-LAN-Struktur einzurichten, stellte das Land Berlin über die bereits im SIWANA III veranschlagten 2 Mio. € hinaus einen weiteren Betrag von 2,7 Mio. € für die Krankenhäuser bereit. Grundlage hierfür bildete die W-LAN-Richtlinie vom 8. Dezember 2017. Eine Umsetzung durch Feststellungsbescheide fand im August 2018 statt.

Trotz Erhöhung der Mittel für die pauschale Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in den Jahren 2018 und 2019 besteht weiterhin eine erhebliche Investitionslücke. Der VEKP wird sich dafür einsetzen, dass mindestens die bestehenden Investitionsmittel zukünftig im Rahmen des regulären Haushaltes und nicht über zusätzliche, einmalige Sondermittel (SIWANA) zur Verfügung gestellt werden.

Der Landtag Brandenburg beschloss in seiner Sitzung am 16. Dezember 2016 den Doppelhaushalt 2017/2018. Dieser sieht für Investitionen von Krankenhäusern ein Volumen von 80 Mio. € pro Jahr vor. Der Doppelhaushalt 2017/2018 bewegt sich damit auf der Linie der Landesregierung, die für die Dauer der Legislaturperiode ein Fördervolumen i. H. v. mindestens insgesamt 400 Mio. € vorgesehen hat.

Im Rahmen eines Nachtragshaushaltes beschloss die Landesregierung eine Erhöhung der Investitionspauschale für das Jahr 2018 in Höhe von 20 Mio. €. Damit stehen den Krankenhäusern insgesamt 100 Mio. € für Investitionen bereit. Die zusätzlichen Mittel sollen insbesondere für dringend notwendige Modernisierungsmaßnahmen der technischen Ausstattung der Krankenhäuser Verwendung finden.

Die Aufstockung der Investitionsförderung ist aus Sicht des VEKP ein gutes Signal an die Krankenhäuser. Wichtig wäre jedoch eine Bestätigung dieser Mittel über das Jahr 2018 hinaus, denn auch unter Berücksichtigung des Nachtragshaushaltes verbleibt eine erhebliche Investitionslücke. Der jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser im Land Brandenburg wird auf rund 180 Mio. € pro Jahr geschätzt. Über diese Investitionslücke können auch die erheblichen Aktivitäten des Landes Brandenburg 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 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) vorgesehene Fortführung des Krankenhausstrukturfonds für die Dauer von vier Jahren und die damit verbundene Erweiterung der förderungsfähigen Vorhaben, insbesondere auch auf digitale Infrastrukturen in den Krankenhäusern.

## 9. Notfallversorgung

Das Thema Notfallversorgung stand weiterhin im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussionen auf der Bundes- und Landesebene. Im April 2018 erließ der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Diese soll dazu beitragen, die für eine Notfallversorgung erforderlichen Finanzmittel zielgenau zuzuordnen. Für die verbandliche Positionierung war immer klar, dass eine ausreichende Finanzierung der Notfallversorgung nur mit zusätzlichen Mitteln denkbar ist. Dieser Überlegung ist der Referentenentwurf zum PpSG vom Juni 2018 nicht gefolgt. Dieser sah vor, dass die Zuschläge für die Notfallversorgung über den Landesbasisfallwert zu finanzieren sind. Erfreulich war die Korrektur dieser Regelung durch den Verzicht auf die absenkende Wirkung der Zuschläge im Landesbasisfallwert durch den im Juli 2018 veröffentlichten Kabinettsentwurf des PpSG.

Die Regelung des G-BA bildet die Grundlage für die Verhandlungen auf Bundesebene zur Höhe der Zu- und Abschläge bei Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Trotz der gesetzlichen Frist zum 30. Juni 2018 waren die Verhandlungen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht abgeschlossen.

Die Abschläge werden insbesondere für die Brandenburger Mitgliedskran-

kenhäuser, die bisher nahezu vollständig an der Notfallversorgung teilnahmen und sich teilweise aus dieser zurückziehen müssten, zu einer besonderen wirtschaftlichen Belastung führen. Der VEKP wies daher gegenüber dem zuständigen Landesministerium frühzeitig darauf hin, dass Abschläge für kleinere, in der Fläche gelegene Krankenhäuser zu erheblichen Auswirkungen auf die Gesamtversorgung in der Region führen können und forderte ein, von Ausnahmeregelungen auch unter diesem Aspekt Gebrauch zu machen. Künftig wird es darum gehen, die politische Aussage der Landesregierung Brandenburgs, „die Notfallversorgung ist auch künftig in Brandenburg flächendeckend gewährleistet“, in ihrer Umsetzung zu überprüfen. Parallel hierzu wurde auf der Bundesebene völlig zu Recht die Rücknahme der Abschlagsregelung durch eine Gesetzesänderung eingefordert.

Es ist nicht auszuschließen, dass das gestufte System der Notfallversorgung auch genutzt wird, um Anregungen für die Landeskrankenhausplanung zu erhalten. Dies wird sich bereits in dem anstehenden Prozess zur gemeinsamen Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2021 zeigen.

Neben der Frage der stationären Notfallversorgung stand in den Ländern auch die zukunftssichere Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung zur Diskussion. Ziel der Gespräche mit

den Beteiligten in Berlin und Brandenburg ist die gezielte Koordination der Sektoren „ambulant“ und „stationär“. Dies kann nach Auffassung des VEKP nur auf Basis einer gleichberechtigten Einbindung der Krankenhäuser in die Notfallstrukturen erfolgen. Aktuell ist festzustellen, dass sowohl in Brandenburg als auch in Berlin die Einrichtung von Notfallpraxen an den Krankenhäusern die Probleme nicht oder nur unzureichend löst. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Konzepte der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich eine begrenzte Anzahl von Notdienstpraxen vorsehen. Aus Sicht des VEKP ist eine koordinierte, sektorübergreifende Notfallversorgung nur mit einer steuernden Sicherstellungsverantwortung der Länder denkbar. Dringend notwendig wäre die Einführung einer eigenständigen, aufwandsgerechten Vergütungsregelung. Der VEKP begrüßt diesbezügliche Aktivitäten in den gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V und wird diese auch im kommenden Berichtszeitraum konstruktiv begleiten.

Für November 2018 ist geplant, eine Zukunftswerkstatt zum Thema „Notfallversorgung 2.0“ durchzuführen. Als Mitglied im Handlungsfeld 3 des Clusters Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg ist der VEKP in die Vorbereitung der gemeinsamen Veranstaltung der Länder Berlin und Brandenburg eingebunden.

In den Berichtszeitraum fiel auch die Rechtsfrage der Abrechnungsmöglichkeit von Behandlungen in den Notaufnahmen von Krankenhäusern bei anschließender stationärer Aufnahme in einem anderen Krankenhaus. Das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg gab seine Rechtsauffassung zum einheitlichen stationären Behandlungsfall ausdrücklich auf und entschied, dass ein solcher stationärer Fall für das erstbehandelnde Krankenhaus nur angenommen werden könne, wenn der Fall „in typischer und vorhersehbarer Weise“ richtigerweise von vornherein hätte stationär durchgeführt werden müssen. Gegen das Urteil wurde durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg Revision eingelegt.

## 10. Ambulante Versorgung im und am Krankenhaus

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

Im Berichtszeitraum trat am 18. April 2018 der Beschluss zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V Anlage 1.1b Rheumatologische Erkrankungen, Appendix Erwachsene/Appendix Kinder und Jugendliche und weitere Änderungen in Kraft. Eine Anmeldung bei den erweiterten Landesausschüssen war ab diesem Zeitpunkt möglich. Gleichzeitig begann mit dem Inkrafttreten die dreijährige Übergangsfrist für Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung getroffen wurden.

Am 25. April 2018 ist auch der G-BA Beschluss vom 21. Dezember 2017 zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V Anlage 1.1a Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 3: Urologische Tumore in Kraft getreten. Auch hier war ab dem Zeitpunkt des

Inkrafttretens eine Anmeldung bei den erweiterten Landesausschüssen möglich. Dadurch begann gleichzeitig die dreijährige Übergangsfrist für Bestimmungen durch die Länder nach „altem Recht“.

Der G-BA beschloss ebenfalls die Anlage zum Morbus Wilson, die am 11. Juni 2018 in Kraft trat und seither ebenfalls eine Anmeldung bei den erweiterten Landesausschüssen möglich macht. Mit dem Datum des Inkrafttretens begann ebenfalls die dreijährige Übergangsfrist.

Am 18. Mai 2018 wurden die Vorgaben für die ASV für bestimmte seltene Lebererkrankungen vom G-BA verabschiedet. Diese wurden am 15. August 2018 im Bundesanzeiger veröffentlicht und sind damit in Kraft getreten. Seither läuft auch hier die dreijährige Übergangsfrist.

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

Nach Abschluss des Unterschriftenverfahrens zur Vergütungsvereinbarung der ärztlichen und Nichtärztlichen Leistungen in den Psychiatrischen Institutsambulanzen im Land Brandenburg konnte der VEKP mitteilen, dass für alle Leistungen ab 1. Januar 2018 im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie 236,74 € je Fall und Quartal, im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie 283,76 € je Fall und Quartal

abrechenbar sind. In Berlin werden die Verhandlungen auf der Ebene der einzelnen Mitgliedskrankenhäuser geführt.

Die Mitgliedskrankenhäuser mussten Anfang 2018 zur Kenntnis nehmen, dass es auf der Bundesebene zu einer Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Katalogs für die Dokumentation der Leistungen der PIA's gekommen ist, die zum 1. Juli 2018 in Kraft trat.

## 11. Rechts- und Vertragsangelegenheiten

### 11.1 Entlassmanagement

Das Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften führte u. a. auch Neuregelungen zum Entlassmanagement ein. Den aktuellen Stand der Diskussionen und Abstimmungen im Kontext der gesetzlichen Neuregelungen zum Entlassmanagement bzw. der diesbezüglichen Regelungen des von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene abgeschlossenen Rahmenvertrags Entlassmanagement wurde auf vom VEKP initiierten und moderierten Netzwerktreffen der in den Mitgliedskrankenhäusern zuständigen Projekt- bzw.

Organisationsverantwortlichen aufgegriffen. Als Stichworte der auf diesen Zusammenkünften u. a. diskutierten Themen seien genannt:

„Verordnungsrecht versus Verordnungspflicht“, „Übermittlung bzw. Übersetzung der Einwilligungserklärung“, „Ansprechpartner und Schulungsangebote der Krankenkassen“, „Patienteninformation und Einwilligung“, „Hilfsmittel VO während des Krankenhausaufenthaltes“, „Mitgabe versus Verordnung von Arznei-, insbesondere Betäubungsmitteln“.

### 11.2 Datenschutz im Krankenhaus

Im Amtsblatt der Europäischen Union wurde am 4. Mai 2016 die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) verkündet, die nunmehr seit dem 25. Mai 2018 unmittelbare Geltung in Deutschland beansprucht.

Einen Tag vorher, am 24. Mai 2018, ist auch das neue Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) in Kraft getreten. Wegen der umfassenden Betroffenheit der Krankenhäuser erarbeitet die DKG seither zahlreiche Umsetzungshinweise, Musterformulierungen, Checklisten, die laufend auch um die kirchlichen Regelungen ergänzt werden. Der VEKP hat auf diese Ent-

wicklungen mit einer Informationsveranstaltung (siehe unten unter 18.2) und der Organisation einer innerverbandlichen Plattform zum permanenten Erfahrungsaustausch der für die Datenverarbeitung und ihren Schutz Verantwortlichen reagiert. Als Stichworte der bei diesen Zusammenkünften u. a. diskutierten Themen seien genannt:

„Auftragsverarbeitungs-Verträge“, „Löschung von Patientendaten“, „Informationspflichten bei Datenschutzverletzungen“, „datenschutzrechtlich zulässige Verarbeitungstätigkeiten“, „Informationspflichten gegenüber Patienten“, „an Einwilligungen zu stellende

Anforderungen“, „Datenschutz-Folgenabschätzung“, „Auskunftsrecht der betroffenen Personen“, „Widerspruchsrecht“, „Gestaltung der Homepage eines Krankenhauses“ sowie „Rechenschaftspflicht im Verhältnis Patient-Krankenhaus nebst Beispiel eines Datenschutzkonzepts“.

Auch landesrechtliche Regelungen sind an die Vorgaben der DS-GVO angepasst worden. So wurde das Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten im Land Brandenburg (Brandenburgisches Datenschutzgesetz – BbgDSG) mit dem Gesetz zur Anpassung des Allgemeinen Datenschutzrechts an die Verordnung (EU) 2016/679 und zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/680 vom 8. Mai 2018 umfassend novelliert. Auch das bisherige Berliner Datenschutzgesetz ist durch das Berliner Datenschutz-Anpassungs- und -Umsetzungsgesetz – EU (BlnDSAnpUG – EU) vom 13. Juni 2018 neugefasst worden.

Vor dem Hintergrund der in Berlin bestehenden speziellen Regelungen zum Datenschutz bei der Verarbeitung von Patientendaten setzte sich der VEKP

im Kontext der BKG für eine Änderung der bisher sehr einschränkenden Regelung des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) bzgl. der Auftragsdatenverarbeitung gemäß § 24 Abs. 7 LKG ein. Die hierzu eingebrachten Vorschläge sollten einerseits den Datenschutzanforderungen gerecht werden, andererseits praktikable und zukunftsgemäße Lösungen bei der Auftragsdatenverarbeitung ermöglichen. Wie viele andere Unternehmen haben auch die Mitgliedskrankenhäuser des VEKP ein erhebliches Interesse daran, technische und organisatorische Leistungen auf spezialisierte Anbieter auszulagern, die diese effizienter erbringen können.

Auch der Bundesgesetzgeber hat dies erkannt und den § 203 StGB (Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht) dergestalt angepasst, das Dritte, die an der Berufsausübung eines Berufsgeheimnisträgers mitwirken, in den Straftatbestand des § 203 StGB einbezogen werden. Doch trotz dieser Anpassung des StGB war der Berliner Landesgesetzgeber bislang nicht bereit, die angeregten Gesetzesänderungen vorzunehmen. Der VEKP wird über die weitere Entwicklung berichten.

### 11.3 Rechtsprechung

Auch im Berichtszeitraum galt es für den VEKP, die vielfältigen Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Abrechnung von Krankenhausleistungen und insbesondere die sich dazu ständig weiterentwickelnde Rechtsprechung zu verfolgen und die entspre-

chende Information seiner Mitglieder sicherzustellen.

So hat etwa das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 19. Dezember 2017 (Az.: B 1 KR 19/17 R) entschieden, dass eine Kodierung des OPS

Codes 8-550 – geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung – nur dann in Betracht komme, wenn die diesem OPS Code immanenten Dokumentationsvorgaben eingehalten wurden. Die Kodierung des OPS Codes 8-550 erfordere eine nachvollziehbare, detaillierte Dokumentation der wöchentlich stattfindenden Teambesprechungen, einschließlich einer personenbezogenen Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern und der fachärztlichen Behandlungsleitung.

Seit vielen Jahren war umstritten, ob gesetzliche Krankenkassen ohne Zustimmung der betroffenen Patienten in sozialgerichtlichen Vergütungsstreitigkeiten einen prozessualen Anspruch auf Einsicht in die vom Krankenhaus eingereichten Behandlungsunterlagen haben. Das LSG Baden-Württemberg hat zuletzt mit Urteil vom 14. Dezember 2016 klargestellt, dass gesetzliche Krankenkassen kein Einsichtsrecht in die Patientenakten hätten. Auf die Revision entschied das BSG mit Urteil vom 19. Dezember 2017 (Az. B 1 KR 19/17 R), dass den Krankenkassen ein eigenes Einsichtsrecht in die vom Gericht beigezogenen Behandlungsunterlagen zustehe. Die Verweigerung der Einsicht in die Behandlungsunterlagen verletze den Anspruch auf rechtliches Gehör der beklagten Krankenkasse, sich zu wesentlichen Grundlagen der gerichtlichen Entscheidung zu äußern. Das Grundrecht Versicherter auf informationelle Selbstbestimmung stehe dem nicht entgegen.

Ebenfalls mit Urteil vom 19. Dezember 2017 (B 1 KR 17/17 R) bewertete das BSG die nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vereinbarte Implantation von Lungenvolumenreduktionsspulen (Endobronchiale Nitinolspiralen – Coils) als experimentelle Leistung und lehnte deren Vergütung aufgrund eines Verstoßes gegen das Qualitätsgebot nach § 2 Abs. 1 SGB V ab.

Am 19. Juni 2018 beschäftigte sich der 1. Senat des BSG in zwei Verfahren (B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R) mit der Abrechnung der Behandlung von Schlaganfallpatienten. Er traf dabei eine Festlegung zum umstrittenen Mindestmerkmal der Transportzeiten in den Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) zur neurologischen Komplexbehandlung (OPS 8-981 und 8-98b), indem er die Kriterien für die zulässige Transportzeit in der Schlaganfallversorgung verschärfte. Nach Auffassung des BSG richtet sich Anfang und Ende der maximal zulässigen Transportzeit von Patienten einer Schlaganfalleinheit in eine neurochirurgische Abteilung nach dem Zeitpunkt der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern, und der Übergabe des Patienten an die behandelnde Einheit des Kooperationspartners. In der Folgezeit hat das DIMDI mit Blick auf die Transportzeiten durch die Einfügung eines neuen Satzes eine von der Entscheidung des BSG abweichende Klarstellung vorgenommen. Es wird sich in der Zukunft zeigen, wie die sozialgerichtlichen Unterinstanzen auf diese Klarstellung reagieren.



Unter den Stichworten „Eine Pflegekraft für 60 Bewohnerinnen/Bewohner in der Nacht“, „Pflegeplanung und Zutritt: Welche Rechte hat ein Betreuer?“, „Arbeitnehmer oder selbstständig?“, „Beschäftigungsverbot für Heimleitung“, „Rechtslage bei Schließung wegen Mängeln“, „bauliche Mindest-

anforderungen“, „unzuverlässige Bevollmächtigte“ und „Feuerwehreinsatz weil Essen angebrannt“, informierte der VEKP seine Mitgliedspflegeeinrichtungen auch im Berichtszeitraum regelmäßig über aktuelle Entwicklungen in der heimrechtlichen Rechtsprechung.

#### 11.4 Forderung von Verwertungsgesellschaften (GEMA, VG Media u. a.)

Nachdem der letzte mit der GEMA bestehende Gesamtvertrag zum 31. Dezember 2016 auslief, „Interimistische Gesamtverträge“ mit der VG Media zu den in den Patientenzimmern, Aufenthaltsräumen/dem Wartebereich geforderten Tarifen zum 31. Dezember 2016 gekündigt wurden, bzw. zum 31. Dezember 2017 ausliefen, eskalierten Ende 2017 die Streitigkeiten zwischen den Gesamtvertragsparteien.

Der VEKP berichtete in der Folgezeit seinen Mitgliedskrankenhäusern unter Verweis auf Schreiben der Berliner und Brandenburger Landeskrankengesellschaften und den diesen Schreiben anliegenden Checklisten nebst Musterformularen zum empfohlenen Vorgehen. Er beriet, wie auf die unangemessen hohen Forderungen speziell der VG Media rechtlich reagiert werden könnte und stellte den kontinuierlichen Austausch mit den Mitgliedskrankenhäusern über den aktuellen Sachstand in Sachen VG Media sicher. Nachdem sich die VG Media und die DKG nicht

auf einen Gesamtvertrag für 2018 einigen konnten und die DKG die Schiedsstelle des Deutschen Patent- und Markenamtes angerufen hatte, konnte in parallel geführten Gesamtvertragsverhandlungen Mitte 2018 doch noch ein Kompromiss erreicht und den Krankenhausträgern empfohlen werden, sich diesem anzuschließen.

Ende Juli 2018 wurde über den Abschluss des sechsjährigen Gesamtvertrags zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der VG Media für die Patientenzimmer für die Zeit vom 1. Januar 2018 bis zum 31. Dezember 2023 informiert. In der Folgezeit konnte sowohl mit der VG Media als auch mit dem Amtsgericht Tiergarten das konkrete Prozedere der Rückabwicklung der hinterlegten Beiträge/gezahlten Mindestvergütung abgestimmt werden. Im Anschluss an dieses Prozedere bzw. parallel dazu wird sich die GEMA mit den einzelnen Krankenhausträgern in Verbindung setzen, um neue Einzellizenzverträge zu schließen.

## 12. Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus

„Das Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ besteht seit nunmehr 20 Jahren und stößt als Versorgungsform in stationären Pflegeeinrichtungen in der Gesundheitslandschaft auf allgemeines Interesse.

Es schafft eine besondere Versorgungsstruktur für Menschen, für die neben einer pflegerischen Versorgung auch eine ärztlich-therapeutische Grundversorgung in besonderem Maße erforderlich ist. In diesem Versorgungsprogramm sind angestellte bzw. niedergelassene Ärzte mit verbindlichen Kooperationsvereinbarungen sowie Pflegekräfte und Therapeuten vor Ort und stimmen die einzelnen Schritte des Betreuungsprozesses sowie der medizinisch-therapeutischen Versorgung miteinander ab.

Am „Berliner Projekt“ nehmen rund 1.500 Versicherte in 27 vollstationären Pflegeeinrichtungen teil.

Die Vergütung innerhalb des Berliner Projektes erfolgt im Wege von Pauschalen sowohl für die ärztlichen als auch für die medizinisch-therapeutischen Leistungen. Die Projektpartner KV Berlin, VPK BB und BKG, AOK Nordost, IKK BB, SBK, Bahn BKK einigten sich auf eine Erhöhung der Pauschale für die Versorgung mit Heilmitteln zum 1. Juli 2018.

Für die seit 1. Oktober 2017 geltenden neuen Leistungen der palliativ-

medizinischen Versorgung, die nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab abgerechnet werden können, soll auf Empfehlung des Lenkungsausschusses des Berliner Projektes auch im Rahmen des Projektes eine Abrechnungsmöglichkeit geschaffen werden. Hierzu laufen die Verhandlungen der Parteien des Berliner Projektes.

Im Rahmen der elektronischen Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen sind niedergelassene Ärzte verpflichtet, die sogenannte Telematikinfrastruktur (TI) bis spätestens 31. Dezember 2018 in die Praxen einzuführen. Die damit verbundenen Kosten werden über den Bundesmantelvertrag – Ärzte erstattet. Nach zwischenzeitlich bestehenden Unklarheiten in der Refinanzierung für die teilnehmenden Einrichtungen mit angestellten Ärzten konnte der Lenkungsausschuss Mitte 2018 darüber informieren, dass auch diese Einrichtungen eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen beantragen können.

Im Mai 2018 fand in der Reihe der berufsgruppenübergreifenden Seminare eine Veranstaltung zum Thema „Gewalt in der Pflege statt“. Für November 2018 ist eine weitere Veranstaltung zum Themenbereich Palliativversorgung in Planung.

Am 28. Juni 2018 fand die Jubiläumsveranstaltung „20 Jahre Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ statt.

Einleitend führte der ehemalige Vorsitzende des Lenkungsausschusses zum Berliner Projekt, Elimar Brandt, den Teilnehmenden die Historie des Projektes vor Augen. Er betonte den Mut der damaligen Akteure, die sich der Thematik gestellt haben, mit den ehemaligen Krankenheimen und Krankenhäusern für chronisch Kranke – über die Sektorengrenzen hinweg – eine medizinisch-therapeutische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin sicherzustellen. Der derzeitige Vorsitzende des Lenkungsausschusses zum Berliner Projekt, Detlef Albrecht, führte im Anschluss aus, dass es mit dem Projekt gelungen sei, Strukturen zu verbinden, die nach dem Sozialversicherungssystem nicht zusammengehören: Die Krankenversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Er hob hervor, dass es eine Vielzahl von Konzepten zur medizinischen und therapeutischen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen gibt, das Berliner Projekt sich jedoch anderen

Projekten gegenüber durch einige Besonderheiten auszeichne:

- ▶ ärztliche Grundversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen durch angestellte oder kooperierende Ärzte,
- ▶ wöchentliche Regelvisite (24/7),
- ▶ Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Therapeutinnen und Therapeuten 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.

Senatorin Kolat bedankte sich bei den Teilnehmenden für ihr Engagement. Die Beteiligten waren sich mit der Gesundheits senatorin darin einig, dass es sich lohne, dieses Projekt weiterzuentwickeln und neue Teilnehmer, insbesondere auf Seiten der Krankenkassen, zu gewinnen.

### 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.

nes neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch die Einführung pflegegradbezogener Personalrichtwerte, zum anderen die Versorgung von Pflegebedürftigen mit einem besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege.

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 des mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vollzogene Einführung ei-

Die auf Bundesebene in der Vergangenheit erlassenen Pflegestärkungsgesetze machen es erforderlich, weitere Anpassungen des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI vorzunehmen. Die Verhandlungen hierzu sind aufgenommen worden. Es steht zu erwarten, dass diese im Jahr 2018 noch nicht abgeschlossen werden können.

### 14. **Vergütungsregelungen für stationäre Pflegeeinrichtungen 2018–2019**

Im Gegensatz zu den Jahren 2016 und 2017 wurde für die Jahre 2018 und 2019 vereinbart, dass die Umsetzung der auf Landesebene vereinbarten linearen Steigerungsrate in Höhe von jeweils 2,5% die Einreichung

sogenannter Kostenblätter erfordert. Um ein formal verbindliches Verfahren zu erreichen, wurde auf Landesebene ein entsprechendes Antragsformular abgestimmt. Die Höhe der linearen Steigerung für die Jahre 2018 und

#### **Entwicklung der Basisentgelte 2018–2019**

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

2019 können der Tabelle entnommen werden.

Bei den Entgeltverhandlungen 2018/2019 konnte erreicht werden, dass die Pflegeeinrichtungen die Vergütungssteigerungen für das Jahr 2018 beantragen und vereinbaren können. Zugleich wurde ein Verfahren zur Durchführung von Einzelverhandlungen abgestimmt.

Aus dem Mitgliedsbereich beantragten alle Pflegeeinrichtungen eine Fortschreibung des Entgeltes für das Jahr 2018. Dabei bezog sich der Antrag für alle Pflegeeinrichtungen auf das Jahr 2018.

Für das Jahr 2019 wurde in der AG 75 SGB XI erneut eine Anpassung des Kostenblattes abgestimmt. Diese Anpassung beinhaltet insbesondere redaktionelle Klarstellungen aus den

Erfahrungen der Basisentgeltsteigerungen 2018. Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung haben die Mitglieder teilweise Basisentgeltsteigerungen 2019 beantragt. Die Umsetzung steht noch aus. Für Einrichtungen mit Sonderwohnbereichen, die einen hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege bezogen auf die Beatmung von Patienten haben, konnte eine Fortführung des Rahmenvertrages (RV) und eine Entgeltsteigerung in Höhe der Steigerung des Basisentgeltes vereinbart werden (RV nach § 75 SGB XI, Anlage B und C). Die Mitgliedseinrichtungen des VEKP verfügen aktuell nicht über entsprechende Sonderbereiche und waren insoweit nicht von der Regelung berührt. Auf die Anlagen A, D und E des Rahmenvertrages wurden die Steigerungen des Basisentgeltes entsprechend der Verfahren in der Vergangenheit angewendet.

## 15.

# Beratung stationärer Pflegeeinrichtungen

## Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB V

Zu den internen Zielen der Mitgliedspflegeeinrichtungen des VEKP zählt seit langem die Verbesserung in der Angebots- und Leistungsübersicht für Menschen in der letzten Lebensphase. Dazu gab es jedoch keine gesicherten Vorgaben für eine konkrete Beratung. Erst zu Beginn des aktuellen Berichtszeitraums, 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 für die Beratung – und zwar im Umfang von einer Fachkraft auf 400 Menschen in der vollstationären Pflegeeinrichtung zzgl. einer Sachkostenpauschale. In einer Einrichtung mit 100 Bewohner/

innen handelt es sich also um eine zusätzliche „Viertelkraft“, die herausfinden muss, wann eine Beratung erforderlich ist, Fallgespräche zu führen sind, Angehörige einbezogen werden und wann die Ärzte. Der VEKP hat das neue Leistungsangebot regelmäßig in seine Beratungen mit den Pflegeeinrichtungen aufgenommen. Mitglieds-pflegeeinrichtungen des VEKP bereiten sich seither auf das neue Versorgungsangebot, etwa durch das Entsenden von Mitarbeitenden in einschlägige Kursangebote, vor.

Parallel zu den Verhandlungen über eine Finanzierung für die Beratung im Rahmen der neuen Strukturen nach § 132g SGB V ist in der AG „Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen“ ein berlinweiter Notfallbogen/Überleitungs-

bogen besprochen worden. Basis der Beratungen war eine vom Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin erarbeitete Vorlage für eine „Notfallverfügung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung (gVP) für die Bewohnerinnen und Bewohner“. Diese Notfallverfügung nahm wesentliche Elemente einer Patientenverfügung auf, ohne jedoch die rechtlichen Anforderungen an eine Patientenverfügung vollständig umzusetzen. Vor diesem Hintergrund hat der VEKP in den Diskussionen deutlich gemacht, dass jegliche Art der Notfallverfügung die rechtlichen Standards der Patientenverfügung nicht unterschreiten darf. Nur auf einer solchen Grundlage können die Pflegeeinrichtungen rechtssicher arbeiten. Die Beratungen werden im kommenden Berichtszeitraum fortgesetzt.

### **Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung**

#### **gem. § 115b Abs. 3a, 3b SGB XI**

Der VEKP informierte seine Mitglieds-pflegeeinrichtungen darüber, dass die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI auf Bundesebene Ende 2017 durch Einigung im Qualitätsausschuss gemäß § 113 Abs. 3b SGB XI das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung vereinbart haben. Die Vereinbarung wurde im März 2018 im Bundesanzeiger veröffentlicht und trat zum 1. April 2018 in Kraft. Das Verfahren zum Personalabgleich und das Verfahren zur Durchführung des Nachweises der Zahlung der vereinbarten Gehälter wird auf Landesebene im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI geregelt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Pfl-

gekassen nach Abschluss der Verfahrensregelung auf Landesebene das Verfahren zur Vergütungskürzung auch rückwirkend bis zum 1. April 2018 geltend machen werden.

Nach der Vereinbarung auf Bundesebene zu § 115 Abs. 3b SGB XI wird Pflichtverletzung bei einem planwidrigen und zielgerichteten Verstoß des Trägers der Einrichtung gegen die Verpflichtung zur Einhaltung der vereinbarten Personalausstattung vermutet. Ein vertragswidriges Verhalten liegt auch vor, wenn der Träger der Einrichtung bei erheblichen Engpässen keine geeigneten Maßnahmen zur Einhal-

tung der Personalausstattung ergriffen hat, bzw. entsprechende Bemühungen nicht nachweisen kann. Eine Verletzung der Verpflichtung wird des Weiteren bei nicht nur vorübergehender, d.h. über mehrere Monate anhaltender Unterschreitung der vereinbarten

Personalausstattung angenommen. Schließlich ist auch die Nichtzahlung der in den Entgelten zugrunde gelegten Gehälter eine Verletzung der Verpflichtungen. Über die Umsetzung der Neuregelungen wird im kommenden Geschäftsbericht zu informieren sein.

### **Weiterentwicklung der Pflegeversicherung**

Die bundesgesetzlichen Regelungen zur Sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI sehen in einer Vielzahl von Fällen eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eingeführter Prozesse vor. Die zuständigen Bundesministerien gaben eine fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in Auftrag. Der VEKP machte auf Heimleitung- und Geschäftsführungsrunden darauf aufmerksam, dass dies eine Möglichkeit der Mitgestaltung und Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung für die Mitglieds-

pflegeeinrichtungen beinhalten kann. Mitgliedspflegeeinrichtungen nahmen diesen Gedanken auf und bewarben sich als Praxispartner von wissenschaftlichen Studien.

Parallel zu diesen Untersuchungen findet die Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben statt. In dieses Projekt wurde eine Mitgliedspflegeeinrichtung eingebunden.

### **Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**

Die AMTS gewinnt nicht nur in Krankenhäusern zunehmend an Bedeutung, sondern auch in den stationären Pflegeeinrichtungen. Vor diesem Hintergrund begrüßte der VEKP das im Jahr 2018 vom Innovationsfonds geförderte Projekt zur „Optimierten Arzneimittelversorgung pflegebedürftiger Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen“. Das Projekt, das in fünf Bundesländern, einschließlich Berlins, durchgeführt wird, eröffnet die Möglichkeit der Qualifizierung von Mitarbeitenden in der Pflege und zur Förderung

der Zusammenarbeit mit Apotheken und niedergelassenen Ärzten. Es ist zu hoffen, dass die Bewerbungen von Mitgliedspflegeeinrichtungen auf ein positives Echo stoßen und diese Einrichtungen in das Projekt aufgenommen werden. Das würde die Möglichkeit eröffnen, dass sie als Multiplikatoren im Rahmen des Netzwerkes des VEKP wirkten. Insgesamt zeigte sich auch an dieser Stelle ein ausgeprägtes Qualitätsbewusstsein der Mitgliedspflegeeinrichtungen.

## **Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland**

Bereits im Oktober 2016 wurden die „Handlungsempfehlungen im Rahmen einer nationalen Strategie“ der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland vorgestellt. Ende September 2017 sind sowohl die BKG als auch das DWBO der Charta und ihren Handlungsempfehlungen beigetreten und erklärten, diese mitzutragen und zu unterstützen. Dies entspricht auch den Überlegungen der Mitgliedseinrichtungen, die der palliativen Pflege und Sterbegleitung seit jeher große Aufmerksamkeit widmen. Sowohl in den Mit-

gliedskrankenhäusern als auch in den Mitgliedspflegeeinrichtungen wurden in der Vergangenheit verschiedene Projekte, teilweise in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk „Palliative Geriatrie“, erarbeitet und umgesetzt. Parallel zur Information der Mitglieder über den Fortgang der Weiterentwicklung der Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Charta nimmt der VEKP dieses Thema regelmäßig in sein Seminarprogramm auf. Ergänzend erfolgt ein Austausch im verbandlichen Netzwerk „Palliative Geriatrie in stationären Pflegeeinrichtungen“.

## **Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen**

Die Mitgliedspflegeeinrichtungen erfüllten auch im Berichtszeitraum bei den jährlichen Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI die Leistungs- und Qualitätsanforderungen und erhielten durchweg sehr gute Bewertun-

gen. Die Prüfungen wurden teilweise verbandsseitig begleitet und durch vorbereitende Gespräche bzw. bei Nachbereitungen zu Maßnahmenplänen unterstützt.



## 16. Netzwerk Pflegedokumentation

Das von der Bundesregierung ins Leben gerufene Projekt „Einführung des Strukturmodells zur entbürokratisierten Pflegeplanung (1-STEP)“ endete im Jahr 2017. Der Stand der Implementierung des Strukturmodells ist in den Einrichtungen unterschiedlich. Aktuell haben 80% der Mitgliedspflegeeinrichtungen das Strukturmodell eingeführt und sind dabei, dieses zu bestätigen. Damit lag die Quote deutlich über dem Bundes- und Landesdurchschnitt.

Ab 1. November 2017 sind die Verbände mit der Weiterführung beauftragt worden. Im Zuge der Fortführung des Projektes und als Austauschgremium für die mit verbandlicher Unterstützung ausgebildeten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurde das „Netzwerkpflegedokumentation des VEKP“ gegründet. In Netzwerktreffen wurden zum Beispiel die Auswirkungen des Strukturmodells auf die Qualitätsprüfungen nach § 114ff SGB XI

sowie die Prüfungen der Heimaufsicht beraten. Des Weiteren wurde der vom GKV-Spitzenverband beauftragte und veröffentlichte Bericht „Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ und dessen Auswirkungen auf die Arbeit in den Pflegeeinrichtungen aufgenommen. Das Netzwerk Pflegedokumentation bildete zugleich ein Austauschforum für die softwareseitige Umsetzung des Strukturmodells in den Pflegeeinrichtungen. Im Berichtszeitraum wurde den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Möglichkeit geboten, an Schulungen zur Einführung des Strukturmodells in Einrichtungen einer Tages- und Kurzzeitpflege teilzunehmen. Parallel zu diesen Aktivitäten nahm der VEKP die Einführung des Strukturmodells in sein Seminarprogramm auf und koordinierte Inhouse-Schulungen. Auch der Landespflegeausschuss befasste sich mit dem Thema Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (siehe 3.3).

## 17. Seminare

Auf jährlichen Treffen von Mitglieds- pflegeeinrichtungen und -krankenhäu- sern in der AG Seminare werden die Themen für die Seminarprogramme gemeinsam mit den Fortbildungsbe- auftragten der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser entwickelt und

abgestimmt. Der VEKP hat unter dem Motto „Herausforderungen und Auf- gaben pflegerisch-diakonischer Ar- beit“ in seinem Jahresprogramm von September 2017 bis Juli 2018 fol- gende Seminare durchgeführt:

- ▶ „Gewalt in der Pflege – Herausforderungen für professionell Pflegende
- ▶ Dienstplangestaltung unter Berücksichtigung des Neuen Begutachtungs- instruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit
- ▶ „Wann kann ich gehen? – Sterben in Würde“
- ▶ „Ene mene muh – und raus bist du!“
- ▶ Freiheitsentziehende Maßnahmen – bleibende Herausforderung für professionell Pflegende

Alle vom Verband angebotenen Se- minare sind über die „RbP-Regist- rierung beruflich Pflegender GmbH“ zertifiziert worden und ermöglichten den Teilnehmenden den Erwerb von Fortbildungspunkten.

und Teil der Qualifizierung und Wer- tevermittlung in den Mitgliedspflege- einrichtungen und -krankenhäusern.

Über das fachliche Angebot hinaus nutzten die Teilnehmenden aus den Mitgliedseinrichtungen in den Semi- naren den Raum für kollegialen Er- fahrungsaustausch. Die Seminare bleiben somit ein wichtiger Bestand- teil des verbandlichen Netzwerkes

Der VEKP nahm den Trend zur Fortbil- dung „vor Ort“ auf, der durch Arbeits- verdichtung und knappe personelle Ressourcen bei ständig steigenden Anforderungen in den Einrichtungen entstanden ist. Koordiniert durch den VEKP führten Dozentinnen Inhouse- Veranstaltungen durch und erweiter- ten damit das Seminarangebot für die Mitgliedseinrichtungen.

Folgende Themen wurden angeboten:

- ▶ Gewalt in der Pflege
- ▶ Umgang mit „schwierigen“ Angehörigen
- ▶ Pflegegradmanagement
- ▶ Indikatorengestützte Qualitätsbeurteilung
- ▶ Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (NBI)
- ▶ Update Entbürokratisierung

Im Zeitraum 2017/2018 war folgende Inanspruchnahme des Seminarangebotes zu verzeichnen:

Veranstaltungsart	Anzahl Seminare	Teilnehmende	Anzahl der Mitgliedseinrichtungen
Seminare	5	54	21
Inhouse	11	131	18
Gesamt	16	185	

Das Seminarprogramm für 2018/2019 wurde den Mitgliedseinrichtungen im Juni 2018 unter dem Motto „Herausforderungen und Aufgaben pflegerisch-diakonischer Arbeit“ als Broschüre

und Poster zur Verfügung gestellt. Es nimmt die aktuellen Entwicklungen des rechtlichen Rahmens sowie Themen der Pflegepraxis mit folgendem Angebot auf:

- ▶ „Pflegebedürftigkeitsbegriff – wirklich neu?
- ▶ „Ich bin allein, keiner mag mich!“
- ▶ „Leben bis zum Schluss – Sterben in Würde“
- ▶ Vorbehaltene Tätigkeiten in der Pflege – Was ist das und wer macht was?
- ▶ 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!“

Auch die Seminare in 2018/2019 sind über die „RbP-Registrierung beruflich Pflegender GmbH“ zertifiziert. Der Verband bietet auch im Zeitraum 2018/2019 Inhouse-Veranstaltungen

für die Mitgliedseinrichtungen an. Die eingegangenen Reservierungen bestätigen ein anhaltendes Interesse der Mitgliedseinrichtungen an den Seminarangeboten des VEKP.

## 18. Veranstaltungen

### 18.1 Pflegeberufereformgesetz – „Was können die Schulen und die Träger der praktischen Ausbildung schon jetzt vorbereiten, um das Pflegeberufereformgesetz erfolgreich umzusetzen?“

Unter diesem Titel führte der VEKP gemeinsam mit dem EVAP (Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflegerische Dienste) am 26. Februar 2018 eine Informationsveranstaltung durch. Bei den Teilnehmenden aus den Bereichen der Pflegedirektion, Geschäftsführung, Schulleitung, dem Qualitätsmanagement, der Praxisanleitung und der Fachkoordination, stieß die Veranstaltung auf großes Interesse. Die Referentinnen und Referenten erläuterten und bewerteten das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) aus unterschiedlicher Perspektive. Die Vertreterin des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben erwartet eine erhöhte Attraktivität der Ausbildung und verwies auf die stärkere Verantwortung der Pflegefachkräfte durch die gesetzlich geregelten vorbehaltenen Tätigkeiten. Deutliche Hinweise gab es aus dem Bereich der Schulleitung zu den neuen und vielfältigen Anforderungen an die Träger der praktischen Ausbildung, die es erforderlich machten, dass Pflege-schulen ihre Rolle als Kompetenz- und

Servicestellen ausbauen. Kooperationen zwischen Trägern könnten die praktische Ausbildung gelingen lassen. Die hohe Kompetenz und lang-jährigen Erfahrungen in der Ausbildung durch freigemeinnützige, z. B. diakonische Träger in der Pflegeausbildung, gelte es bei der Umsetzung der Pflegeberufereform zu wahren. Dafür plädierte der Vertreter einer Bildungsträgerin. Entscheidende Grundlage für den Erfolg der Reform ist ihre Finanzierung. Daher stellte der VEKP mit dem abschließenden Vortrag der Veranstaltung, trotz noch fehlender Rechtsverordnung zur Finanzierung, die erkennbaren Rahmenbedingungen der Finanzierung dar und wies auf die notwendigen Schritte der Praxis zur Vorbereitung auf die erwartete Rechtslage ab 2020 hin. Bei aller Unterschiedlichkeit der Perspektiven der Vortragenden bestand Einigkeit darin, dass die Bundespolitik aufgefordert ist, sehr zügig die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und die Finanzierungsregelungen zu veröffentlichen.

### 18.2 EU-Datenschutzgrundverordnung

Am 22. März 2018 führte der VEKP eine Informationsveranstaltung zum Gesundheitsdatenschutz im Rahmen der DS-GVO für alle Mitgliedskranken-

häuser durch. Ziel der Veranstaltung war neben einem datenschutzrechtlichen Wissens-Update und dem Kennenlernen von Best Practice Lösungen

insbesondere auch die Initiierung eines Erfahrungsaustausches zwischen den Mitgliedseinrichtungen. Die Veranstaltung ergänzte damit die zahlreichen

Aktivitäten der Landeskrankenhausesellschaften und der DKG zur Unterstützung der Krankenhäuser bei der Umsetzung der DS-GVO.

### 18.3 20 Jahre Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus

Am 20. Juni 2018 fand die Jubiläumsveranstaltung „20 Jahre Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus“ statt. Der VEKP stellt derzeit den Vorsitz des Lenkungsausschusses und hat in die-

ser Funktion die Besonderheiten des Berliner Projektes darstellen können und gegenüber der Politik für eine Auswertung geworben.

## 19. Öffentlichkeitsarbeit

### 19.1 Internetauftritt VEKP – Hygiene

Eine Kernaufgabe der Krankenhäuser ist und bleibt es, ihre Patienten so gut wie möglich vor gefährlichen Erregern zu schützen. Die gesetzlichen Krankenkassen betonen, in den vergangenen Jahren die Ausstattung der Kliniken mit Hygienepersonal über Hygienesonderprogramme mit dreistelligen Millionenbeträgen finanziert zu haben. Auf der Landesebene, etwa im Abgeordnetenhaus von Berlin, werden die Qualitätssicherungsmaßnahmen gegen Krankenhausinfektionen, die entsprechenden Verfahrensregelungen und deren Umsetzung

kritisch angefragt. Vor diesem Hintergrund kann der VEKP seit 2017 darauf verweisen, dass die Krankenhaushygiene eine prominente Rolle im Rahmen der öffentlichen Darstellung der Mitgliedskrankenhäuser auf der Internetseite des Verbandes spielt. Dort können unter [www.diakonieportal.de/arbeitsbereiche/krankenhaeuser/hygiene-transparent](http://www.diakonieportal.de/arbeitsbereiche/krankenhaeuser/hygiene-transparent) jederzeit die Aktivitäten der Krankenhäuser zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen dargestellt werden. Im Berichtszeitraum waren dies folgende Beiträge:

- 15. November 2017 Mobiler Aktionstag im Zeichen der Handhygiene, Evangelisches Krankenhaus Hubertus beteiligt sich an AKTION Saubere Hände – Hygiene transparent: Initiativen diakonischer Krankenhäuser #15
- 21. November 2017 Expertenforum HYGIENE – Hygiene transparent: Initiativen diakonischer Krankenhäuser #16

20. Februar 2018 Kampf dem Keim! Diakonische Klinik verschenkt Videos zur Krankenhaus-Hygiene – Hygiene transparent: Initiativen diakonischer Krankenhäuser #17
11. April 2018 Immanuel Kliniken holen Silber und Bronze bei Aktion saubere Hände – Hygiene transparent: Initiativen diakonischer Krankenhäuser #18
26. April 2018 Schmuckfrei – ich bin dabei – Aktionstag der Krankenhaushygiene – Hygiene transparent: Initiativen diakonischer Krankenhäuser #19
14. Juni 2018 Hand drauf – Aktionstag zur Händehygiene – Hygiene transparent: Initiativen diakonischer Krankenhäuser #20
4. Oktober 2018 Eine Nachschau zum 2. Händehygienetag – Hygiene transparent: Initiativen diakonischer Krankenhäuser #21

## 19.2 Internetauftritt VEKP – Öffentliche Stellungnahmen

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

15. September 2017 Soziale Arbeit aufwerten! Bundestagswahl-Podium der Diakonie
6. Dezember 2017 Transparenz und Vernetzung: Mitgliederversammlung 2017 des Verbandes Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin-Brandenburg (VEKP)
11. September 2017 Pflegeberufereformgesetz – „Was können die Schulen und die Träger der praktischen Ausbildung schon jetzt vorbereiten, um das Pflegeberufereformgesetz erfolgreich umzusetzen?“
22. März 2018 Gesundheitsdatenschutz- und Europäische Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) – Informationsveranstaltung des Verbandes Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin-Brandenburg (VEKP) im Martin-Luther-Krankenhaus am 22. März 2018

- |               |   |
|---------------|---|
| 18. Mai 2018  | Zukunftskommission „Gesundheitsstadt Berlin 2030“   |
| 24. Mai 2018  | Diakonie-Fachmann im Interview: Allrounder Diakonische Krankenhäuser – Von der Geburtsstation bis zur Geriatrie           |
| 29. Juni 2018 | 20 Jahre Berliner Projekt: Ein Leitbild für die Sicherung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen |
| 3. Juli 2018  | „Herausforderungen und Aufgaben pflegerisch-diakonischer Arbeit“  |

### 19.3 Internetauftritt VEKP – Öffentliche Veranstaltungen Mitglieder

Wie in den Vorjahren machten sich auch 2018 die Mitgliedseinrichtungen des VEKP in Berlin und Brandenburg auf den Weg, eine Veranstaltungsreihe unter dem Motto „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ zu organisieren. Beginnend am 15. März 2018 in Berlin mit einer Kulturveranstaltung im Martin-Luther-Krankenhaus und einem Angehörigenabend, „Zeit zum Abschied nehmen“, im Pflegewohnhaus am Waldkrankenhaus, in Brandenburg mit einer Frühjahrsakademie am 21. März 2018 im Evangelischen Krankenhaus Luckau stellten sich die Mitgliedseinrichtungen des VEKP auf rund 180 Veranstaltungen einer interessierten Öffentlichkeit. Der VEKP

fasste die von seinen Mitgliedseinrichtungen angekündigten Veranstaltungen, die Patientinnen/Patienten, Bewohnerinnen/Bewohnern bzw. deren Angehörigen sowie sonstigen Interessierten Gelegenheit geben sollen, sich vom hohen Engagement und der Expertise der Mitarbeitenden in den Mitgliedseinrichtungen des Verbandes, deren Leistungsspektrum und deren Behandlungs- bzw. Pflegequalität zu überzeugen, wiederum in Broschürenform zusammen und machte dies über eine Presseerklärung, direkte Anschreiben seiner Partner in den Berliner und Brandenburger Senatsverwaltungen bzw. Ministerien und den Krankenkassenverbänden bekannt:

13. März 2018 „Alles wirkliche Leben ist Begegnung!“

Zusätzlich wandte sich der VEKP über monatliche Meldungen im Newsletter des DWBO an dessen breiten Adressatenkreis:

11. April 2018 Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat Mai

11. Mai 2018 Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat Juni
29. Mai 2018 Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat Juli
4. Juli 2018 Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat August
13. August 2018 Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat September
31. August 2018 Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat Oktober
4. Oktober 2018 Öffentliche Veranstaltungen Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen im Monat November



## 20. Förderung komplementärer Strukturen

### 20.1 Hospizarbeit

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

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

### 20.2 Deutschlandstipendium

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

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

### 20.3 Dienstgeberverband (dgv)

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

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



Anhang zum Geschäftsbericht 2018

# 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 Stimmengleichheit 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).



The mark of  
responsible forestry



**Diakonie** 

Berlin-Brandenburg-  
schlesische Oberlausitz

Paulsenstraße 55 – 56  
12163 Berlin

Telefon (0 30) 8 20 97 – 302

Telefax (0 30) 8 20 97 – 272

E-Mail [krankenhausverband@dwbo.de](mailto:krankenhausverband@dwbo.de)

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