

GESCHÄFTSBERICHT 2016 - 2018
BERLINER KRANKENHAUSGESELLSCHAFT E.V.

2

0

2

0

2

0

1

1

1

6

7

8

DIE BERLINER
KRANKENHAUS-
GESELLSCHAFT
2016 - 2018.



VORWORT

MARC SCHREINER

GESCHÄFTSFÜHRER DER BERLINER KRANKENHAUSGESELLSCHAFT E.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die BKG - Berliner Krankenhausgesellschaft freut sich, Ihnen den Geschäftsbericht für die Jahre 2016 bis 2018 mit Information zu den wesentlichen Entwicklungen für Berliner Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen vorzulegen.

Die zurückliegenden drei Jahre hielten ein intensives operatives Tages- und Jahresgeschäft bereit. So wurde beispielsweise die Weiterentwicklung des Krankenhausplans durch die BKG begleitet. Von besonderer Bedeutung ist hierbei, dass die Bundesländer Berlin und Brandenburg die Grundlagen der Planung stärker aufeinander abstimmen. Auf die Beratungsergebnisse des neu gegründeten „Gemeinsamen Regionalaussschusses“ werden die jeweiligen Regierungen ihren neuen Krankenhausplan aufsetzen.

In Berlin fokussierte sich die Diskussion ferner auf das Thema Pflege. Neben den Erörterungen der zunehmenden Problematik „Leiharbeit in der Pflege“ und der Entwicklung von Maßnahmen zur Eindämmung dieser Belastung, richteten sich die Beratungen auf die Gründung eines „Pakts für Pflege“, mit welchem vor allem Vergütungsbedingungen für Pflege verbessert und Ausbildungskapazitäten ausgebaut werden sollen.

Zum anderen brachten die Jahre 2016 bis 2018 bundesgesetzliche Vorgaben mit, die die Berliner Krankenhauslandschaft noch nachhaltig beeinflussen und beschäftigen werden. Neben

den umfassenden Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes wurde zum Abschluss des Berichtszeitraums das Pflegepersonalstärkungsgesetz auf den Weg gebracht. Mit der darin angelegten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen wurde nicht nur das Vergütungssystem für die Krankenhäuser unter eine enorme Belastungsprobe gestellt. Die Krankenkassen sahen sich obendrein veranlasst, mit der gesetzlich vorgegebenen, rückwirkenden Verkürzung von Fristen wider den erklärten Willen des Gesetzgebers massenhaft Klagen zu Komplexpauschalen bei Gerichten einzureichen. Das Vorgehen einzelner Kassen hat Potential, Krankenhäuser in große finanzielle Bedrängnis zu bringen. Die BKG setzt sich hier für außergerichtliche Lösungen ein.

Die BKG steht nach dem Wechsel in der Geschäftsführung auch in Zukunft für an modernen Lösungen orientierten und zugewandten Dialog mit den Partnern aus Politik, Wissenschaft Selbstverwaltung und Stadtgesellschaft, an der Seite Ihrer Mitglieder, den Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen der Gesundheitsmetropole.



Ihr
Marc Schreiner
Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft

Geschäftsbericht 2016 - 2018

Herausgeber: Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.
Hallerstraße 6, 10587 Berlin

Redaktion: Geschäftsstelle der Berliner
Krankenhausgesellschaft e. V.

Inhaltsverzeichnis

I.	ORGANISATION DER BERLINER KRANKENHAUSGESELLSCHAFT (BKG)	12
I.1.	MITGLIEDER UND MITGLIEDERVERSAMMLUNG	12
I.2.	VORSTAND	13
I.3.	FACHAUSSCHÜSSE	14
I.4.	VERTRETUNG DER BKG IN ANDEREN GREMIEN	14
II.	AUS DER ARBEIT DER BKG	15
II.1.	AUFGABEN	15
II.2.	GESETZGEBUNGSVERFAHREN IM GESUNDHEITS- UND KRANKENHAUSBEREICH	16
II.2.1.	Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)	16
II.2.2.	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	18
II.2.3.	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)	19
II.2.4.	Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG)	19
II.2.5.	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)	21
II.2.6.	Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG)	22
II.3.	KRANKENHAUSPLANUNG UND INVESTITIONSFÖRDERUNG IM LAND BERLIN	23
II.3.1.	Umsetzung und Überprüfung des Krankenhausplans 2016	23
II.3.2.	Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin/Brandenburg – Krankenhausplan 2021	25
II.3.3.	Zentren & Schwerpunkte	25
II.3.4.	Krankenhausinvestitionsförderung	26
II.4.	VERTRAGLICHE REGELUNGEN AUF LANDESEBENE	27
II.4.1.	Ausbildungs-Ausgleichsfonds gem. § 17a Abs. 5 KHG	27
II.4.2.	Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin und Kompetenzzentrum Weiterbildung	28
II.4.3.	Landesgremium nach § 90a SGB V	29
II.4.4.	Dreiseitiger Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr. 3 SGB V zum Notdienst	30
II.5.	LANDESBASISFALLWERT UND FIXKOSTENDEGRESSIONSABSCHLAG	31
II.5.1.	Landesbasisfallwert für die Jahre 2017 bis 2019	31
II.5.2.	Fixkostendegressionsabschlag	32
II.6.	BUDGET- UND ENTGELTVERFAHREN 2016 BIS 2018	33
II.7.	AMBULANTE LEISTUNGEN DER KRANKENHÄUSER	36
II.7.1.	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)	36
II.7.2.	Ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser	36
II.7.3.	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V	37
II.7.4.	Weitere ambulante Leistungsbereiche im Krankenhaus	39
II.8.	QUALITÄTSSICHERUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG	40
II.8.1.	Externe datenschutzge Qualitätssicherung in der stationären Versorgung	40
II.8.2.	Externe datengeschützte, sektorenübergreifende Qualitätssicherung	41
II.8.3.	Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborene	42
II.8.4.	Strukturierter Qualitätsbericht	43
II.8.5.	Gemeinsamer Bundesausschuss	44

II.9.	EDV UND STATISTIK	45
II.9.1.	Krankenhausstatistik	45
II.9.2.	Datenübermittlung nach §§ 120, 301 SGB V und § 17c KHG	45
II.9.3.	Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	46
II.9.4.	DRG-Benchmarkverfahren	46
II.9.5.	LKA-Auswertung Psychiatrie/Psychosomatik	47
II.9.6.	Auswertung der Ausbildungsbudgets	47
II.9.7.	Erstellung von Qualitätsberichten: IPQ/Easy-QB	47
II.10.	HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG	47
II.11.	STATIONÄRE PFLEGEEINRICHTUNGEN	49
II.11.1.	Rechtliche Rahmenbedingungen auf Bundesebene	49
II.11.2.	Rechtliche Rahmenbedingungen auf Landesebene	50
II.11.3.	Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus	52
II.11.4.	Entgeltvereinbarungen	55
II.11.5.	Landespflegeausschuss nach § 92a SGB XI	57
II.11.6.	Zusatzerhebung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015/2016	57
II.12.	SCHIEDSSTELLEN IM LAND BERLIN	58
II.12.1.	Schiedsstelle für die Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen nach § 18 a KHG	58
II.12.2.	Weitere Schiedsstellen	58
II.13.	WEITERE AUSGEWÄHLTE TÄTIGKEITSFELDER	59
II.13.1.	Landesgesundheitskonferenz	59
II.13.2.	Medizinische Versorgung ausländischer Patienten und Migranten	59
II.13.3.	Datenschutz im Krankenhaus	60
II.13.4.	Akademische Lehrkrankenhäuser	61
II.13.5.	Klinisches Krebsregister	61
II.13.6.	Transplantationsmedizin	61
II.13.7.	Runder Tisch Geburtshilfe	62
II.13.8.	Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V	62
II.13.9.	Entlassmanagement	63
II.13.10.	VG Media	63
II.13.11.	Positionen der BKG – Wahlen zum Abgeordnetenhaus 2016	64
II.13.12.	Zeitarbeit in der Pflege	64
II.14.	ÖFFENTLICHKEITSARBEIT, INFORMATIONSDIENSTE SOWIE SEMINARE UND VERANSTALTUNGEN DER BKG	65
II.14.1.	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	65
II.14.2.	Informationsveranstaltungen	65
II.14.3.	Website der BKG	65
II.14.4.	Berliner Krankenhausverzeichnis (BKV)	65

III.	ENTWICKLUNG DER KRANKENHÄUSER IM ÜBERBLICK FÜR DIE JAHRE 1995 BIS 2017	66
-------------	---	-----------

I. Organisation der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG)

Die BKG e. V. ist die Vereinigung der Träger von Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ihrer Spitzenverbände im Land Berlin. In der Pluralität von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern sind 63 Krankenhäuser und 46 stationäre Pflegeeinrichtungen gemeinsam in der BKG verbunden. Die BKG repräsentiert mit dieser Trägervielfalt das gesamte Spektrum der Krankenhäuser in Berlin. Sie hat ihren Sitz in Berlin und ist zusammen mit den Krankenhausgesellschaften in den 15 weiteren Bundesländern Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

I.1. Mitglieder und Mitgliederversammlung

Nachfolgend sind die Mitglieder der BKG und die jeweiligen Bettenzahlen, differenziert nach Krankenhausbetten und Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen (Stand: 31. Dezember 2018), dargestellt:

Mitglieder der BKG	Krankenhaus- betten*	Pflegeplätze*	Gesamt
Land Berlin, vertreten durch die Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH	5.682	1.875	7.557
Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg schlesische Oberlausitz e. V.	3.540	1.810	5.350
Trägerverband der Universitätsklinika im Land Berlin	3.278	0	3.278
Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.	3.101	215	3.316
Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e. V.	3.311	0	3.311
Deutsches Rotes Kreuz	1.344	142	1.486
Trägerverband Berliner Kliniken	1.061	0	1.061
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	491	101	592
BAIUDBw für das Bundeswehrkrankenhaus Berlin	190	0	190
Jüdische Gemeinde zu Berlin	0	65	65

*2018

Satzungsgemäß hat jedes Mitglied für je angefangene 1.000 beitragspflichtige Betten eine Stimme in der Mitgliederversammlung.

Der Mitgliederversammlung obliegen satzungsgemäß insbesondere die folgenden Aufgaben:

- a) Feststellung und Änderung der Satzung;
- b) Aufstellung der Grundsätze für die Arbeit der BKG;
- c) Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden;
- d) Festsetzung der Beiträge;
- e) Genehmigung des Wirtschaftsplanes;
- f) Genehmigung der Jahresrechnung;
- g) Entgegennahme des Geschäftsberichtes des Vorstandes;

- h) Entlastung des Vorstandes;
- i) Bestellung der Rechnungsprüfer.

Im Rahmen der im Berichtszeitraum durchgeführten Mitgliederversammlungen wurden u.a. die Wirtschaftspläne und Beitragssätze beschlossen und die vorgelegten Jahresrechnungen genehmigt; die durchgeführten Rechnungs- und Kassenprüfungen haben eine ordnungsgemäße und übersichtliche Buchführung und eine sparsame Wirtschaftsführung bescheinigt. Dem Vorstand und der Geschäftsführung wurde Entlastung erteilt.

Am 4. Dezember 2014 hat die Mitgliederversammlung Brit Ismer, Kaufmännische Direktorin des Jüdischen Krankenhauses Berlin, als Vorsitzende und Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH, als stellvertretende Vorsitzende der BKG für die Amtsperiode vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2017 wiedergewählt. Die Mitgliederversammlung hat sich am 7. Dezember 2018 für eine Fortsetzung der bewährten Konstellation des aktuellen Vorsitzes der BKG in der kommenden Amtsperiode ausgesprochen und Brit Ismer als Vorsitzende und Dr. Andrea Grebe als stellvertretende Vorsitzende für die Amtsperiode 2018 bis 2020 wiedergewählt.

Der Vorstand hat im März 2018 einen neuen Geschäftsführer bestellt. Ab dem 1. Mai 2018 folgte der Jurist Marc Schreiner auf Uwe Slama, der in den Ruhestand gegangen ist.

I.2. Vorstand

Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte der BKG und beschließt über die ihm satzungsgemäß zugewiesenen Aufgaben oder über Aufgaben, die ihm die Mitgliederversammlung überträgt.

Der Vorstand der BKG setzt sich aus folgenden Vertretern ihrer Mitglieder zusammen (Stand: 31. Dezember 2018):

Brit Ismer (Vorsitzende)	Jüdische Gemeinde zu Berlin
Dr. Andrea Grebe (stellv. Vorsitzende) Angelika Erz (Stellv.)	Land Berlin, vertreten durch die Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH
Roy Noack Detlef Albrecht (Stellv.)	Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg schlesische Oberlausitz e. V.
Prof. Dr. Ulrich Frei Marcus Polle (Stellv.) Carsta Prütz (Stellv.)	Trägerverband der Universitätsklinik im Land Berlin
Martina Löster Margarethe May (Stellv.)	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.
Mario Krabbe Lutz-Peter Sandhagen (Stellv.)	Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e. V.
Dr. Christian Friese	Deutsches Rotes Kreuz
Prof. Dr. h.c. Bernhard Motzkus Christa Foppe (Stellv.)	Trägerverband Berliner Kliniken
Dr. Gabriele Schlimper	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Uwe Geißler Dagmar Beckmann (Stellv.)	BAIUDBw für das Bundeswehrkrankenhaus Berlin
Marc Schreiner	Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.

I.3. Fachausschüsse

Innerhalb der BKG bestehen zur Unterstützung der Vorstandsarbeit für eine Reihe von Themenbereichen ständige Fachausschüsse. Diese Fachausschüsse, deren Mitglieder durch die Mitgliedsverbände der BKG benannt werden, sind nachfolgend aufgeführt:

Fachausschuss Finanzierung
Fachausschuss Krankenhausplanung
Fachausschuss Pflegeeinrichtungen
Kommission Verträge nach §§ 112, 115 SGB V

Ergänzend wird die Arbeit der BKG durch weitere Arbeitsgruppen unterstützt.

I.4. Vertretung der BKG in anderen Gremien

Durch den Vorsitzenden, weitere Vorstandsmitglieder und die Geschäftsführung ist die BKG im Vorstand und in Ausschüssen der DKG und darüber hinaus in einer Vielzahl weiterer Organisationen vertreten.

II. Aus der Arbeit der BKG

II.1. Aufgaben

Das Gesundheitswesen im Land Berlin und hierbei insbesondere das Krankenhauswesen sowie ergänzende Versorgungsangebote aktiv zu fördern, ist die Zielsetzung der BKG. Eine am Patienten orientierte, qualitativ herausragende, leistungsfähige und effiziente Krankenhausversorgung und Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin ist Ausdruck hierfür.

Im Rahmen dieser Aufgabenwahrnehmung vertritt die BKG die Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen in den gesundheitspolitischen Fragestellungen und ist konstruktive Partnerin für die Krankenhäuser, stationären Pflegeeinrichtungen, Politik, Senatsverwaltungen, Selbstverwaltung, Verbänden, Wissenschaft und weitere Institutionen.

Die vielfältigen Aufgaben und Leistungen der BKG, die für die Führung moderner, effizienter, leistungs- und qualitätsorientierter Gesundheitseinrichtungen bedeutsam sind, reichen von der fachlichen Unterstützung und Beratung der Mitglieder, Vertretung der gemeinsamen Interessen der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen über die Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben bis zu dem Bereich aktueller Informations- und Öffentlichkeitsarbeit.

Fachliche Unterstützung und Beratung

Die BKG bietet ihren Mitgliedern individuelle fachliche Unterstützung und Beratung in Fragen des Gesundheitswesens, bei krankenhauplanerischen und investiven Maßnahmen sowie in Einzelfragen der Betriebsführung (z.B. Pflegesatzrecht, Kalkulation, Investitionsfinanzierung, Kosten- und Leistungsrechnung, EDV, Organisation).

Bei den Entgeltverhandlungen für stationäre und ambulante Leistungen unterstützt die BKG die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen ebenso wie bei der Koordinierung verschiedener Projekte, z.B. im EDV-Bereich (maschineller Datenaustausch nach § 301 SGB V) oder zum DRG-System und dessen Weiterentwicklung. Ferner werden betriebswirtschaftliche Auswertungen sowie statistische und rechtliche Analysen durchgeführt, krankenhauplanerische und gesundheitspolitische Grundsatzfragen behandelt und vertragliche Rahmenbedingungen (z.B. Rahmenverträge für die pflegerische Versorgung, Landesverträge mit Kostenträgern) im Land Berlin gestaltet.

Vertretung der gemeinsamen Interessen

Die BKG vertritt die gemeinsamen Interessen ihrer Mitglieder gegenüber anderen Beteiligten im Gesundheitswesen, z.B. im Rahmen von Rechtsänderungen auf Landes- und Bundesebene und durch ihre Mitwirkung in einer Reihe von Gremien auf Bundes- und Landesebene.

Als Grundlage der gemeinsamen Interessenvertretung bestehen im Rahmen der BKG verschiedene Gremien, Fachausschüsse, Kommissionen und Arbeitsgruppen.

Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben

Die Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben umfasst insbesondere die Beteiligung an Entgelt- und Schiedsstellenverfahren sowie im Rahmen der Krankenhausplanung, der Investitionsförderung und der Qualitätssicherung. Die Verhandlung des landesweit geltenden Basisfallwertes erfolgt mit den Krankenkassenverbänden jährlich für die Berliner Krankenhäuser. Durch den Abschluss von Verträgen mit den Krankenkassenverbänden, den Verbänden der Pflegekassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie anderen Institutionen werden Rahmenbedingungen für die Patientenversorgung im Land Berlin geschaffen. Ferner wirkt die BKG bei der Vorbereitung und Durchführung von Gesetzen und Verordnungen mit und führt turnusmäßig die Geschäftsstellen der Schiedsstellen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Sozialgesetzbuch V.

Informations- und Öffentlichkeitsarbeit

Die BKG organisiert für ihre Mitglieder Informationsveranstaltungen und Seminare zu relevanten Themenbereichen. Sie informiert aktuell auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens, ergänzt durch Pressemitteilungen und Pressekonferenzen. Mit den Rundschreiben ist die BKG Herausgeberin eines regelmäßig erscheinenden Informationsdienstes für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen im Land Berlin. Ergänzend stehen aktuelle Informationen und zusätzliche Servicebereiche auf den Internetseiten der BKG zur Verfügung.

II.2. Gesetzgebungsverfahren im Gesundheits- und Krankenhausbereich

II.2.1. Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)

Das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, PpSG) zielt auf eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege ab. Mit dem PpSG werden die Maßnahmen für ein Pflege-Sofortprogramm umgesetzt, das CDU, CSU und SPD im Koalitionsvertrag für die laufende Legislaturperiode vereinbart haben. Zur Konkretisierung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen in der Pflege wurden bereits am 23. Mai 2018 Eckpunkte vorgelegt. Das am 9. November 2018 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Gesetz, dem am 23. November 2018 auch der Bundesrat zugestimmt hat, beinhaltet ein Bündel an Maßnahmen insbesondere mit Regelungen zur Personalausstattung und den Arbeitsbedingungen der Pflege. Das Gesetz ist im Wesentlichen zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten.

Wesentliche krankenhaushausrelevante Neuregelungen des PpSG sind:

- Ausgliederung des Pflegebudgets aus dem Fallpauschalensystem
- Neuausrichtung und Verlängerung des Pflegestellen-Förderprogrammes
- Anteilige Überführung des Pflegezuschlages in den Landesbasisfallwert 2020
- Tarifkostenrefinanzierung für den Pflegebereich
- Weiterentwicklung und Ausweitung der bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen
- Einführung eines Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses (gemäß Pflegelastkatalog) beschreibt.
- Verbesserung in der Ausbildungsfinanzierung
- Änderungen beim Psych-Personalnachweis
- Verpflichtende Übermittlung eines ggf. bestehenden Pflegegrades durch die Krankenkasse an das Krankenhaus im Wege der elektronischen Datenübermittlung

- Regelmäßige Festlegung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags über das Jahr 2018 hinausgehend gesetzlich auf 35 %, die vorgesehenen Verhandlungen der Vertragsparteien auf Landesebene über die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags entfallen.
- Keine absenkende oder erhöhende Auswirkung der Zu- und Abschläge für die Notfallversorgung auf den Landesbasisfallwert
- Fortführung des Krankenhausstrukturfonds
- Verkürzung der Verjährungsfristen
- Rückwirkende Klarstellungen zu den medizinischen Klassifikationen
- G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2019 Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des KHEntgG.

Von zentraler Bedeutung im Gesetz ist die Zusage, dass zukünftig alle Pflegekosten zur Versorgung der Patienten vollständig refinanziert werden sollen. Ob dies tatsächlich und umfassend gelingen wird, hängt auch von den weiteren Umsetzungsschritten ab. Die Herauslösung der Pflegekostenanteile aus den Fallpauschalen ist ein Paradigmenwechsel, der für die Kliniken mit großen Veränderungen und Unsicherheiten verbunden ist.

Die BKG hat sich auch auf Landesebene im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens aktiv gegenüber der Politik für Änderungen eingesetzt. Zentraler Kritikpunkt an dem PpSG war die ursprünglich vorgesehene vollständige Streichung des Pflegezuschlages in Höhe von 500 Millionen Euro ab 2020. Vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels benötigen die Krankenhäuser Möglichkeiten zur Entlastung des Pflegepersonals, u.a. durch die Berücksichtigung pflegeunterstützender und -entlastender Maßnahmen und die Mittel aus dem Pflegezuschlag. Es ist ein wichtiger Teilerfolg, dass die ursprünglich vorgesehene ersatzlose Streichung dieser Mittel doch nicht stattfindet und 200 Millionen Euro direkt über die Landesbasisfallwerte in den Kliniken verbleiben. Mit den wegfallenden 300 Millionen Euro müssen die Krankenhäuser aber letztlich einen Teil der Mittel aufbringen, die die Reform durch Verbesserungen an anderer Stelle, beispielsweise bei der Ausbildungsfinanzierung oder der Fortsetzung des Stellenförderprogramms, vorsieht.

Die BKG hat sich u.a. auch mit dem Regelungsbereich zur Altenpflege beschäftigt und eine Stellungnahme hierzu erarbeitet. Auch in der Altenpflege sollen die Personalausstattung und die Arbeitsbedingungen durch das PpSG verbessert werden. Für die stationären Pflegeeinrichtungen sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Alle Einrichtungen der vollstationären Altenpflege einschließlich Kurzzeitpflegeeinrichtungen erhalten als Ergänzung zur Pflegevergütung auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Die dafür vorgesehenen Mittel werden vom Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung verwaltet. Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen erhalten jeweils eine halbe zusätzliche Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen eine zusätzliche Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen eineinhalb zusätzliche Pflegestellen und Einrichtungen ab 121 Plätzen zwei zusätzliche Pflegestellen zusätzlich.
- In den Jahren 2019 bis 2021 wird ein einmaliger Zuschuss für die Pflegeeinrichtungen aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Entlastung der Pflegekräfte durch digitale Anwendungen bereitgestellt.
- Für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf werden im Zeitraum 2019 bis 2024 jeweils bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt.
- Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten zu schließen, wird zur weiteren Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen und zur Entlastung der Pflegekräfte verbindlicher ausgestaltet.

- Für die Betriebliche Gesundheitsförderung in zugelassenen Pflegeeinrichtungen sollen die Krankenkassen zukünftig zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich aufwenden.
- Mit § 114b SGB XI wird das gemäß § 113b Abs. 4 Nr. 1 und 2 SGB XI wissenschaftlich entwickelte neue Qualitätssystem ab dem 1. Oktober 2019 verbindlich eingeführt. Das neue Qualitätssystem umfasst ein indikatorengestütztes Qualitätsmanagement, eine damit verbundene Umstrukturierung des Prüfgeschehens und ein neues Instrument für die Qualitätsberichterstattung, das den sogenannten „Pflege-TÜV“ ersetzt.

Die von der Regierungskoalition eingebrachten Änderungsanträge zur Verkürzung der Verjährungsfrist gegenseitiger Vergütungs- und Erstattungsansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen von derzeit vier Jahre auf zwei Jahre, zur Regelung einer Ausschlussfrist für die Geltendmachung von Altforderungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen und zur Vornahme nachträglicher Klarstellungen und Änderungen in den ICD und den OPS wurden damit gemäß § 109 Abs. 5 SGB V Bestandteil des PpSG. Zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen wird somit eine rückwirkende Geltung der neuen – zweijährigen – Verjährung für vor dem 1. Januar 2019 entstandene Erstattungsansprüche angeordnet, während Vergütungsansprüche von Krankenhäusern erst ab Inkrafttreten des PpSG zum 1. Januar 2019 für die Zukunft der neuen Verjährung unterliegen.

Vor dem Hintergrund der Bundessozialgerichtsrechtsprechung zur neurologischen und geriatrischen Komplexbehandlung (Az: B 1 KR 19/17 R und B 1 KR 39/17 R) und der Verkürzung der Verjährungsfrist haben zahlreiche Krankenkassen zur Sicherung ihrer vermeintlich bestehenden Rückforderungsansprüche kurzfristig Klagen vor den Sozialgerichten erhoben. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV), die Bundesverbände der Krankenkassen sowie die DKG haben in ihrer Gesprächsrunde am 6. Dezember 2018 eine gemeinsame Empfehlung verabschiedet, die zur Gewährleistung der Schlaganfallversorgung und der Versorgung durch geriatrische Fachabteilungen, zur Planungssicherheit sowie zur Herstellung des Rechtsfriedens beitragen soll.

In Berlin und Brandenburg sind die Krankenhäuser weit überwiegend betroffen von Klagen durch die AOK Nordost und die IKK Brandenburg und Berlin. Vor diesem Hintergrund finden über den Berichtszeitraum hinaus unter Beteiligung der Landeskrankenhausesgesellschaft Brandenburg und der Krankenhausesgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern gemeinsam Gespräche mit der AOK Nordost und der IKK Brandenburg und Berlin zu schnellen und einvernehmlichen Beilegung der anhängigen Klageverfahren statt.

II.2.2. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Das BMG hat mit dem Referentenentwurf für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 24. Juli 2018 sich zum Ziel gesetzt, allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu verbessern und die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen praktikabler zu gestalten. Kernelemente sind der Ausbau der Terminservicestellen und die Ausweitung des Mindestsprechstundenangebots und der offenen Sprechstunden. Diese Maßnahmen werden mit entsprechenden Vergütungsanreizen flankiert. Der Referentenentwurf befasst sich in erster Linie mit der vertragsärztlichen Versorgung.

Hauptkritikpunkte der BKG waren die mit dem TSVG vorgesehenen Eingriffe in den Fortbestand und die Weiterentwicklung der MVZ in Krankenhausträgerschaft. Hier besteht die Gefahr, dass Formen der intersektoralen Nutzung von Versorgungskapazitäten zurückgebaut werden. Damit würde auch der Sinn

des TSVG, GKV-Versicherten einen schnellen und gesicherten Zugang zu Diagnostik und Therapie im vertragsärztlichen System zu verschaffen, geradezu ins Gegenteil verkehrt. Auch das Fehlen eines Ansatzes zur Lösung der bekannten Probleme in der ambulanten Notfallversorgung, insbesondere im Hinblick auf die absolut unzureichende Vergütung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser, hat die BKG kritisiert. Weitere Beratungen und der Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens werden im Jahr 2019 erfolgen.

II.2.3. Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

Nachdem die DKG der Vereinbarung zu Pflegepersonaluntergrenzen nicht zugestimmt hat, wurde durch das Bundesgesundheitsministerium die Ersatzvornahme eingeleitet. Die Ministerverordnung wurde am 5. Oktober 2018 erlassen und am 10. Oktober 2018 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Im Nachgang zum Inkrafttreten der PpUGV haben sich die DKG und der GKV-Spitzenverband auf eine Nachweisvereinbarung geeinigt. Die Sanktionsvereinbarung konnte bislang nicht abschließend geeint werden.

Die BKG hat die Diskussionen um Pflegepersonaluntergrenzen aktiv begleitet und die Krankenhäuser auch anhand von Berechnungsschemata zur Einschätzung der Auswirkungen unterstützt. Die Pflegepersonaluntergrenzen können dazu führen, dass Versorgungskapazitäten eingeschränkt werden müssen und Versorgungsengpässe entstehen. Der Arbeitsmarkt ist schwierig, viele Stellen können bereits heute nicht besetzt werden. Insbesondere die Fokussierung auf examinierte Pflegekräfte und die unzureichende Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen, z.B. die anerkannte Unterstützung durch andere Berufsgruppen („skill-mix“), wird als sehr problematisch angesehen. Mit der Verordnung erfolgt ein Eingriff in sinnvoll abgestimmte Prozess- und Organisationsstrukturen der Krankenhäuser, beispielsweise im Hinblick auf die interdisziplinäre Belegung von Stationen und die Stationsgrößen. Diese Regelungen verursachen einen hohen Bürokratie- und Organisationsaufwand mit zweifelhaften Verbesserungen in der Patientenversorgung.

II.2.4. Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG)

Die Koalitionspartner auf Bundesebene – CDU, CSU und SPD – haben im Rahmen ihres Koalitionsvertrages für die 18. Legislaturperiode angekündigt, eine Reform der Pflegeausbildung durchzuführen, um den Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege zu erleichtern. Nach einem ersten Arbeitsentwurf haben das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) schließlich im November 2015 einen Referentenentwurf und im Frühjahr 2016 den Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vorgelegt. Nachdem das Gesetzgebungsverfahren im Folgenden aufgrund verschiedener Interessensgegensätze ins Stocken geraten ist, haben sich die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und SPD am 6. April 2017 nach Vorlage eines Kompromissvorschlages zum Pflegeberufereformgesetz verständigt. Zur gesetzestechnischen Umsetzung haben sich die Koalitionsfraktionen auf Änderungsanträge zum Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe verständigt und diese am 31. Mai 2017 in die Beratungen des Gesundheitsausschusses eingebracht. Nach entsprechender Zustimmung von Bundestag und Bundesrat wurde das Gesetz am 24. Juli 2017 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Für die Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen wesentlichster Bestandteil des PflBRefG ist der Artikel 1 – Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG).

Mit dem Gesetz erfolgt die Einführung einer generalistischen Ausbildung, in der die bisherigen Ausbildungsberufe Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zusammengeführt werden. Alle Auszubildenden erhalten zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung,

in der sie einen Vertiefungsbereich in der praktischen Ausbildung wählen. Auszubildende, die im dritten Ausbildungsjahr die generalistische Ausbildung fortsetzen, erwerben den Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“. Auszubildende, die ihren Schwerpunkt in der Pflege älterer Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, können wählen, ob sie – statt die generalistische Ausbildung fortzusetzen – einen gesonderten Abschluss in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erwerben wollen. Sechs Jahre nach Beginn der neuen Ausbildungen soll überprüft werden, ob für die gesonderten Berufsabschlüsse in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege weiterhin Bedarf besteht. Der Beginn der neuen Ausbildung ist für den 1. Januar 2020 vorgesehen.

Das BMFSFJ und das BMG werden gem. § 56 PflBG ermächtigt, gemeinsam durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie eine Finanzierungsverordnung zu erlassen. Beide Verordnungen sind dem Bundestag zur Beschlussfassung zuzuleiten. Der Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die DKG haben im Benehmen mit den Ländern Vorschläge für die Regelungsinhalte der Grundsätze der Finanzierung übermittelt. Das Bundeskabinett hat am 13. Juni 2018 die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) verabschiedet. Am 19. Juni 2018 wurde der Referentenentwurf einer Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) vom BMG und BMFSFJ vorgestellt. Der Bundesrat hat am 21. September 2018 der PflAFinV und der PflAPrV zugestimmt. Die beiden Verordnungen wurden am 10. Oktober 2018 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Während die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ein gestuftes Inkrafttreten bis zum 1. Januar 2020 vorsieht, tritt die Finanzierungsverordnung bereits zum 1. Januar 2019 in Kraft. Sowohl das Gesetzgebungs- als auch die Rechtsverordnungsverfahren wurden auf Bundes- und Landesebene intensiv durch die DKG und die BKG begleitet.

Durch das PflBG ergeben sich eine Vielzahl von Auswirkungen auf die Landesebene und eine Umstellung der Finanzierung der Ausbildung. Vor allem mit dem Ziel, Nachteile im Wettbewerb zwischen auszubildenden und nicht auszubildenden Einrichtungen zu vermeiden, werden die Kosten der Pflegeausbildung gem. § 26 Abs. 1 PflBG durch einen Ausgleichsfonds finanziert. Die Finanzierung des Ausgleichsfonds nach PflBG erfolgt über ein Umlageverfahren (§ 28 PflBG). An der Finanzierung nehmen die Krankenhäuser, die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, das jeweilige Land und die soziale Pflegeversicherung / private Pflege-Pflichtversicherung teil (§ 26 Abs. 3 PflBG). Das jeweilige Land bestimmt die hierfür zuständige Stelle (§ 26 Abs. 6 PflBG); in Berlin das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo). Die zuständige Stelle ermittelt für den jeweiligen Finanzierungszeitraum die Höhe des Finanzierungsbedarfes aus der Summe aller Ausbildungsbudgets (§ 32 Abs. 1 PflBG). Das Ausbildungsbudget wird entweder als Pauschalbudget gem. § 30 PflBG oder als Individualbudget gem. § 31 PflBG verhandelt. Nach entsprechender Entscheidung des Landes gem. § 29 Abs. 5 PflBG Ende des Jahres 2018 erfolgt die Finanzierung im Zeitraum 2020/2021 über Pauschalbudgets gem. § 30 PflBG. Die Pauschalen sind gem. § 30 Abs. 3 alle zwei Jahre anzupassen.

Hierdurch ergibt sich eine Verlagerung der Verhandlung der Ausbildungskosten von der Orts- auf die Landesebene. Verhandelt werden Pauschalen für die Kosten der praktischen Ausbildung (§ 30 Abs. 1 Satz 1 PflBG) und Pauschalen für die Kosten der Pflegeschulen (§30 Abs. 1 Satz 2 PflBG). Die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind keiner Pauschalierung zugänglich und werden der zuständigen Stelle gem. § 30 Abs. 4 PflBG lediglich mitgeteilt. Vertragsparteien für die Vereinbarung der Pauschalen für die Vergütung der Kosten der praktischen Ausbildung sind die zuständige Behörde des Landes, die BKG, die Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land, die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen sowie der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Die gemeinsame Vereinbarung der Pauschalen zu den Ausbildungs-

kosten der Pflegeschulen wird von der zuständigen Behörde des Landes, den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen, dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie von Interessenvertretungen der öffentlichen und der privaten Pflegeschulen auf Landesebene getroffen. Kommt eine Vereinbarung bis zum 30. April des Vorjahres des Finanzierungszeitraums nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 36, in der auch die BKG anteilig Sitze inne hat, innerhalb von sechs Wochen. Um in den Verhandlungen weitestgehend geschlossen aufzutreten sowie die Interessen der Pflegeschulen bzw. deren Träger zu bündeln, wird die BKG die Funktion einer der Interessenvertretungen i. S. § 30 Abs. 1 S. 2 PflBG auf der Grundlage einer entsprechenden Mandatierung durch die Schulen wahrnehmen und somit an den Verhandlungen beider Pauschalen teilnehmen.

Zur Vorbereitung der Verhandlungen im Land Berlin zur Bestimmung der o. g. Pauschalen hat die BKG aufbauend auf einer Datenabfrage entsprechende Musterkalkulationen als Forderung erstellt und diese sowie verhandlungsstrategische Fragestellungen in einer Vielzahl von Arbeitsgruppensitzungen sowohl mit Vertretern des Mitglieds- / Schulbereiches als auch mit den weiteren Verhandlungspartnern auf Leistungserbringerseite abgestimmt. Die entsprechenden Verhandlungen auf Landesebene finden im Frühjahr 2019 statt.

Zur Umsetzung des PflBG auf der Landesebene und der Erörterung sich hieraus ergebender Herausforderungen wurden im Land Berlin verschiedene Arbeitsgruppen gebildet („Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege“, „Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung in der Ausbildung“, „Kooperationsstruktur“, „Praktische Ausbildung – berufsbegleitende Ausbildung“ und „Lehrerbildung“). Die BKG hat die Arbeitsgruppen aktiv begleitet und sich gegenüber dem Land Berlin im Laufe des Jahres 2018 zu einigen weiteren Themen positioniert (z. B. Anschubfinanzierung der Pflegeschulen).

II.2.5. Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Am 18. Februar 2016 haben sich die Gesundheitspolitiker von CDU/CSU und SPD auf ein gemeinsames Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems geeinigt. Auf Grundlage dieser Eckpunkte hat das BMG einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) erstellt. Die DKG hat hierzu nach ausführlicher Beratung mit den Landeskrankenhausgesellschaften eine Stellungnahme erarbeitet. Hierin begrüßte die DKG, dass mit dem Referentenentwurf die Weichen für die weitere Umsetzung der Finanzierungsreform für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung neu gestellt werden und der ursprünglich vorgesehene Weg einer preisorientierten Vergütung über landeseinheitliche Tagespauschalen durch ein System mit krankenhausindividuellen Budgets ersetzt wird. Die durch die Stellungnahme eingebrachte Kritik betraf u.a. die fehlende Möglichkeit im Rahmen der Budgetverhandlungen regionale und strukturelle Besonderheiten als Verhandlungstatbestand einzubeziehen und über den krankenhausindividuellen Basisentgeltwert zu finanzieren. Zudem forderte die DKG eine Streichung der neuen Vorschriften zur Berücksichtigung theoretischer Wirtschaftlichkeits- und Substitutionspotenziale. Des Weiteren forderte die DKG, die verpflichtende Anwendung des neuen Entgeltsystems im Hinblick auf die nur noch kurze verbleibende Vorbereitungszeit auf den 1. Januar 2018 zu verschieben.

Das Bundeskabinett hat am 3. August 2016 den Gesetzentwurf beschlossen. Auf Bundesebene wurde nach ausführlicher Beratung in den zuständigen Gremien eine Stellungnahme für den Krankenhausbereich zum Gesetzentwurf erarbeitet und in das weitere parlamentarische Verfahren eingebracht. In dieser stellte die DKG fest, dass der Gesetzentwurf wesentliche Kritikpunkte aus der Stellungnahme der DKG zum Referentenentwurf umsetzt: Die Optionsphase wurde um ein Jahr verlängert und die

verbindliche Einführung des neuen Entgeltsystems damit auf den 1. Januar 2018 verschoben. Bis Ende des Jahres 2019 ist die Anwendung des neuen Entgeltsystems budgetneutral ausgestaltet. Für die Vereinbarung des Budgets ab dem Jahr 2020 ist die Kürzungsmöglichkeit der Krankenkassen aufgrund von Wirtschaftlichkeitsreserven entfallen. Zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung können oberhalb des Veränderungswertes berücksichtigt werden. Der Krankenhausvergleich soll differenziert ausgestaltet werden mit einer stärkeren Berücksichtigung der regionalen und strukturellen Besonderheiten. Der ursprünglich vorgesehene durchschnittliche Landesentgeltwert entfällt, sodass der Gefahr eines Absenkungsmechanismus auf Durchschnittswerte entgegengewirkt wird. Kritik übte der Krankenhausbereich in der Stellungnahme u.a. an der fehlenden Sicherstellung einer vollständigen Finanzierung der Personalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ab dem Jahr 2020 sowie an dem vorgesehenen Verfahren zur kurzfristigen Anpassung der Bettenzahlen im Zusammenhang mit der Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Über das PsychVVG hinaus forderte die DKG die Festlegung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) auf einen bundeseinheitlichen Wert von 25 %.

Die Koalitionsfraktionen haben umfangreiche Änderungsanträge in die abschließenden Beratungen des Gesundheitsausschusses am 9. November 2016 eingebracht. Diese beinhalteten u.a. eine Streichung der geplanten Verpflichtung zur Bettenreduzierung bei stationsäquivalenter Behandlung. Zudem wurde für die Jahre 2017 bis 2019 die Möglichkeit der Nachfinanzierung bei einer Unterschreitung der Psych-PV-Vorgaben im Jahr 2016 eingebracht. Zwei weitere Änderungsanträge beinhalteten die bundeseinheitliche Festlegung der Höhe des FDA in den Jahren 2017 und 2018 auf 35 % mit einer Obergrenze für die Vereinbarung des FDA auf der Ortsebene in Höhe von 50 %.

Der Bundestag hat das PsychVVG am 10. November 2016 in 2. und 3. Lesung entsprechend der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses einschließlich der Änderungsanträge verabschiedet. Der Bundesrat hat das PsychVVG in seiner Sitzung am 25. November 2016 ohne Anrufung des Vermittlungsausschusses passieren lassen. Das PsychVVG ist am 23. Dezember 2016 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und in seinen wesentlichen Regelungen zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Die DKG hat in Zusammenarbeit mit den Landeskrankenhausgesellschaften Umsetzungshinweise erarbeitet, welche den Krankenhäusern im Land Berlin zeitnah nach Verabschiedung des Gesetzes zur Verfügung gestellt wurden. Die BKG hat die Krankenhäuser im Land Berlin aktuell und regelmäßig über das Gesetzgebungsverfahren sowie über die zentralen Inhalte informiert.

II.2.6. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG)

Am 17. Juni 2016 hat das Abgeordnetenhaus von Berlin das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) beschlossen.

Hintergrund der Neuregelung ist die Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen und das Entstehen neuer Hilfsstrukturen für psychisch kranke Menschen. Zudem hatte das Bundesverfassungsgericht Zwangsbehandlungen psychisch kranker Menschen wesentlich engere Grenzen gesetzt und die Zwangsmedikation als schwerwiegenden Eingriff in die körperliche Unversehrtheit gewertet. Mit dem neuen Gesetz sollte die Behandlung psychisch kranker Menschen auf eine rechtssichere und verbindliche Basis gestellt und an aktuelle rechtliche Vorgaben angepasste werden.

Die BKG hat im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens eingehend, zuletzt mit Schreiben vom 17. März 2016, zum PsychKG Stellung genommen. Die BKG hat die Absicht begrüßt, mit dem Gesetzentwurf die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Versorgung psychisch erkrankter Personen in Berlin an die sich verändernden Versorgungssituationen, die aktuelle höchstrichterlicher Rechtsprechung sowie die

Regelung des Bürgerlichen Gesetzbuches anzupassen. Es wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, interpretations- und widerspruchsfreier Gesetzesgrundlagen für die Behandlung psychisch erkrankter Personen sowie für die mit der Versorgung und Behandlung der Erkrankten befassten Einrichtungen, Organe und Institutionen zu schaffen. Gleichzeitig hat die BKG den Abbau bürokratischer Hemmnisse und die Stärkung der Eigenverantwortung der Leistungserbringer und hiermit verbunden eine möglichst weitgehende Deregulierung zur Verbesserung der Betriebsabläufe der Krankenhäuser gefordert.

Diesen Zielsetzungen wird das vorgelegte Gesetz nur in Teilen gerecht. Mit einer konsequenten sprachlichen Ersetzung „psychisch erkrankter Personen“ in Teil 3 des Gesetzes durch die Begrifflichkeit „untergebrachter Personen“ wurde jedoch einer wesentlichen Forderung der BKG nach entsprechender Klarstellung des Regelungsbereiches, z.B. in Bezug auf die Zuständigkeit der Besuchskommissionen, Rechnung getragen. Ein zunächst vorgesehenes aufsichtsrechtliches Genehmigungserfordernis bzgl. des mit der Versorgung der untergebrachten Personen befassten Personals wurde ebenso wie die Berücksichtigung von nicht definierten Qualitätsaspekten bei der Berichtspflicht der Einrichtungen gestrichen. Daneben fanden eine Reihe weiterer von der BKG vorgetragener Forderungen, wie z.B. die Reduzierung der Anzahl der Besuchskommissionen, die Bekanntgabe der Mitglieder der Besuchskommissionen gegenüber den Einrichtung, die Streichung der Regelung eines gesonderten psychiatrischen Patientenfürsprechers und ihre Einbindung in das Regelsystem des § 30 LKG sowie die Aufgabe eines unverhältnismäßigen Schutzes patientenbezogener Daten für die Verarbeitung in § 85 Abs. 1 PsychKG Berücksichtigung.

Ergänzend hat die BKG im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens nochmals darauf hingewiesen, dass die Versorgungssituation in den Berliner Kliniken durch einen sehr hohen Aufnahmedruck, sehr niedrige Verweildauern und eine Auslastung von nahezu 100 % gekennzeichnet ist. Vor diesem Hintergrund wurde nochmals die Weiterentwicklung der stationären Kapazitäten auf der Grundlage einer möglichst zeitnah durchzuführenden Überprüfung der Bedarfsanalyse und -prognose des Krankenhausplans 2016 sowie die Bereitstellung der erforderlichen und gesetzlich vorgesehenen Investitionsmittel durch das Land Berlin gefordert. Darüber hinaus hat die BKG erneut darauf hingewiesen, dass den vorgesehenen Personalvorhaltungen eine ausreichende und leistungsgerechte Finanzierung gegenüberstehen muss.

II.3. Krankenhausplanung und Investitionsförderung im Land Berlin

II.3.1. Umsetzung und Überprüfung des Krankenhausplans 2016

Nachdem der Senat von Berlin den Krankenhausplan 2016 im November 2015 beschlossen hatte, versandte die Planungsbehörde ab Januar 2016 den Krankenhäusern die Entwürfe der Feststellungsbescheide zur Umsetzung des Krankenhausplans 2016 des Landes Berlin. In den Entwürfen waren neben dem Anschreiben und dem als Anlage beigefügten Datenblatt, Formulare zur Bestätigung des Vorliegens struktureller und qualitativer Vorgaben des Krankenhausplans beigefügt. In dem erläuterten Anschreiben zu den Entwürfen legt die Planungsbehörde nochmals Rechtsgrundlagen und das vorgesehene Verfahren im Zusammenhang mit der Prüfung und Erfüllung der Qualitätsvorgaben dar. Die Geschäftsstelle hat eine rechtliche und inhaltliche Bewertung des von der Senatsgesundheitsverwaltung vorgesehenen Umsetzungsverfahrens zum Krankenhausplan 2016 vorgenommen und dem Vorstand sowie den Mitgliedern der BKG zur Verfügung gestellt. Soweit im Einzelfall von in Krankenhäusern Problemstellungen im Zusammenhang mit der Umsetzung des Krankenhausplans herangetragen wurden, hat die Geschäftsstelle die jeweiligen Krankenhäuser gegenüber der Planungsbehörde unterstützt. In einem Fall hat die Geschäftsstelle zur Unterstützung des Krankenhauses an einer ergänzenden Anhörung des Krankenhauses durch die Planungsbehörde teilgenommen. Im Hinblick auf die von der Planungsbehörde in Bezug genommenen Qualitätsvorgaben für die neurologische Frührehabilitation

im Krankenhausplan 2016 wurde in einer ergänzenden Stellungnahme nochmals darauf hingewiesen, dass diese von der BKG unter Hinweis auf die notwendige Evidenz von Qualitätsvorgaben nicht mitgetragen werden können.

Im Berichtszeitraum wurden seitens der Planungsbehörde eine Reihe von Anträgen auf Einzelfortschreibung an die BKG als unmittelbar Beteiligte, verbunden mit der Bitte um Stellungnahme bezüglich einer Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. einer qualitativen oder quantitativen Ergänzung des Feststellungsbescheides herangetragen. Die BKG hat die entsprechenden Anträge erörtert und der Planungsbehörde entsprechende Stellungnahmen übermittelt.

Im weiteren Verlauf des Berichtszeitraums hat die Geschäftsstelle die noch offenen Themen zur Umsetzung des Krankenhausplans, wie die Überprüfung der Bedarfsprognose im Jahr 2018 und die zukünftige gemeinsame Krankenhausplan Berlin/Brandenburg sowie weitere Themen, wie die Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA auf Landesebene an die Leitung der Senatsgesundheitsverwaltung herangetragen und die Abstimmung des weiteren Vorgehens gefordert.

Insbesondere im Hinblick auf den gesetzlich vorgesehenen Anwendungsautomatismus der sogenannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren hat die BKG mit Schreiben vom 23. November 2016 frühzeitig auf die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung zur Aussetzung und Prüfung der Relevanz der Planungs-QI für das Land Berlin eingebracht. Da eine entsprechende LKG-Änderung bis Ende 2017 noch nicht vorgelegt wurde, hat sich die BKG nochmals mit Schreiben vom 30. Januar 2018 an die Senatsgesundheitsverwaltung gewandt und unter Hinweis auf die zum 1. September 2018 vorgesehene Übermittlung der ersten Auswertungsergebnisse des Plan-QI-Verfahrens durch den G-BA an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden diese aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, das Gesetzgebungsverfahren rechtzeitig abzuschließen. Zudem hat die BKG mehrfach an die zügige Umsetzung der im Krankenhausplan für 2018 angekündigten Bedarfsüberprüfung des Krankenhausplans 2016 insbesondere für die Bereiche der Geriatrie und der Psychiatrie, u.a. in der konstituierenden Sitzung des Krankenhausbeirates für die 18. Legislaturperiode am 22. September 2017 erinnert.

In der Sitzung des Krankenhausbeirates am 19. November 2018 hat die Senatsgesundheitsverwaltung den Vorschlag zur Unterbrechung des Anwendungsautomatismus der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren durch Anpassung des Landeskrankenhausgesetzes aufgenommen und ein entsprechendes gesetzgebungsverfahren angekündigt. Zudem hat sie das Ergebnis der Überprüfung des Krankenhausplans 2016 auf der Grundlage der Daten des Jahres 2017 im Einzelnen dargelegt. Danach ergibt sich für den Planungszeitraum lediglich für den Bereich der Geriatrie einen Anpassungsbedarf von zusätzlich 58 geriatrischen Betten während des Planungszeitraumes bis Ende 2020. Die Geschäftsstelle hat den Vorstand und die Mitglieder der BKG laufend über den jeweiligen Stand der Umsetzung des Krankenhausplans informiert.

Auf der Grundlage der Daten der Jahre 2015 bzw. 2016 hat die Senatsgesundheitsverwaltung die bisher schon veröffentlichten Fallzahlen der Krankenhäuser in ausgewählten Leistungsbereichen als sogenannte Transparenzdaten zum Krankenhausplan fortgeschrieben und auf ihrer Homepage veröffentlicht. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Relevanz für die Versorgung der Bevölkerung wurden die Daten um die Fallzahlen der sogenannten Revisionsoperationen bei endoprothetischen Leistungen (Knie- und Hüft-TEP) ergänzt. Wie auch in den Vorjahren ist die Veröffentlichung der Fallzahlen im Einverständnis der Krankenhäuser erfolgt. Die Geschäftsstelle hat in diesem Zusammenhang nochmals darauf hingewiesen, dass eine rechtliche Verpflichtung zur Zustimmung nicht besteht.

II.3.2. Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin/Brandenburg – Krankenhausplan 2021

Die Senatsgesundheitsverwaltung hat die BKG im Rahmen der konstituierenden Sitzung des Krankenhausbeirates am 22. September 2017 erstmalig über erste Schritte zur Vorbereitung einer künftigen gemeinsamen Krankenhausplanung der Länder Berlin und Brandenburg und die hierfür vorgesehene Einrichtung eines gemeinsamen Regionalausschusses informiert. Die BKG hat der Bitte der Planungsbehörde entsprechend Vertreter und Stellvertreter der BKG für den Regionalausschuss benannt.

Am 25. September 2018 fand die konstituierende Sitzung des gemeinsamen Regionalausschusses zur Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg statt. Die Planungsbehörden der Länder Brandenburg und Berlin haben auf der Grundlage eines in der Sitzung vorgelegten Grundlagenpapiers „Die gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020“ – Hintergründe, Grundzüge und das vorgesehene Verfahren sowie eine Zeitplanung des Gemeinsamen Regionalausschusses dargelegt. Die BKG hat das Grundlagenpapier beraten und hierzu schriftlich Stellung genommen. Darin hat die BKG zunächst eine nähere Abstimmung der Krankenhausplanung mit Brandenburg in Anbetracht des großen Umfangs von Versorgungsaufgaben der Berliner Krankenhäuser für Patienten auch aus Brandenburg als sinnvoll befürwortet. In Anbetracht der sehr allgemein gehaltenen, auf dem Vorhanden aufbauenden Ausführungen zu möglichen Grundsätzen, Versorgungszielen und zur Methodik hat die BKG dem Grundlagenpapier dem Grunde nach zugestimmt. Insbesondere der bloße Impulscharakter der Ergebnisse der sogenannten Zukunftswerkstätten wurde hervorgehoben und festgestellt, dass eine verbindliche planerische Festlegung einzelner Versorgungsziele unter Einbindung aller an der Planung zu Beteiligten noch nicht erfolgt ist. Eine verbindliche Festlegung konkreter Versorgungsziele und daraus abgeleiteter Planungsmaßnahmen müssen einer gesonderten Konkretisierung und Abstimmung im Rahmen der Planungsverfahren der jeweiligen Länder vorbehalten bleiben. Eine Fortsetzung der Beratungen und abschließende Erörterung des Grundlagenpapiers unter Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen aller Beteiligten wurde für den 30. Januar 2019 vorgesehen.

Für die Aufnahme der Beratungen zum Krankenhausplan 2021 hat die Planungsbehörde im Frühjahr 2018 angekündigt, dass hierfür ab Mitte 2018 eine themenbezogene Beratung im Fachausschuss Krankenhausplanung vorgesehen ist. Die unmittelbar Beteiligten wurden gebeten, mögliche Themen und Schwerpunkte zu benennen. Nach Beratung möglicher Themen im Vorstand der BKG hat die BKG zunächst die Themenbereiche „Überprüfung der methodischen Grundlagen der Krankenhausplanung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Herausforderung der wachsenden Stadt für die Bedarfsermittlung“ sowie „Psychiatrie und psychosomatische Medizin“ ergänzend zu den Themen Geriatrie, (G-BA-)Stufung Notfallversorgung, Fachkräftemangel sowie onkologische Schwerpunkte vorgeschlagen.

II.3.3. Zentren & Schwerpunkte

Nach der mit dem Krankenhausstrukturgesetz erfolgten Neufassung des § 5 Abs. 3 KHEntgG vereinbarten die Vertragsparteien vor Ort die Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten auf Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nummer 2 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung), die von der Bundesschiedsstelle am 8. Dezember 2016 festgesetzt wurde. Diese wurde von der GKV beklagt und gekündigt. Mit dem PpSG wurde der § 5 Abs. 3 KHEntgG dahingehend geändert, dass ab 01.01.2020 die Zuschläge auf der Grundlage der vom G-BA bis zum 31. Dezember 2019 zu beschließenden Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten zu vereinbaren sind. Aktuell gilt sowohl die Bundesvereinbarung als auch die entsprechende Anlage mit den Aufgaben fort.

Gemäß § 2 Abs. 2 KHEntgG wird vorgegeben, dass besondere Aufgaben von Zentren eine Ausweisung und Festlegung dieser Aufgaben im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall (Feststellungsbescheid) gegenüber dem Krankenhaus voraussetzen. Mitte 2017 haben die Beratungen im Fachausschuss Krankenhausplanung bei der Senatsgesundheitsverwaltung über die planerische Ausweisung von Zentrumsaufgaben begonnen. Im Ergebnis der Beratungen hat die Senatsgesundheitsverwaltung ein Fachkonzept zunächst für Onkologische Zentren, Lungenzentren und Zentren für seltene Erkrankungen erstellt.

Die BKG hatte im Rahmen der Beratungen und mittels mehrerer Stellungnahmen erhebliche Änderungen an den unterschiedlichen Zwischenständen der Beratungen oder zumindest Übergangsregelungen gefordert, die teilweise auch aufgegriffen wurden. Das Fachkonzept bezieht sich nur auf einen Zentrumsausweis. Der Ausweis der onkologischen Schwerpunkte im Krankenhausplan sowie in den Feststellungsbescheiden bleibt insoweit erst einmal bestehen. Auf der Grundlage des Fachkonzeptes können Krankenhäuser Anträge auf planerische Ausweisung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG für die dort genannten Leistungsbereiche stellen. Im Fachausschuss Krankenhausplanung sollen weitere Versorgungsbereiche im Hinblick auf die Frage eines krankenhauserischen Zentrumsausweises erörtert werden.

II.3.4. Krankenhausinvestitionsförderung

Die Krankenhäuser haben im dualen Finanzierungssystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) einen gesetzlichen Anspruch auf eine Investitionsförderung für bauliche Anlagen und die technische Ausstattung, die ihre wirtschaftliche Sicherung gewährleistet, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellt und zur Beibehaltung und Steigerung der Effizienz und Qualität beiträgt. Die nachhaltige Wirkung investiver Maßnahmen stärkt den Gesundheits- und Wissenschaftsstandort Berlin und setzt wichtige Impulse für die wirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Entwicklung.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt, die Voraussetzungen für eine Förderung von Krankenhausinvestitionen anhand leistungsorientierter Investitionspauschalen zu schaffen (§ 10 KHG). Entsprechend veröffentlicht das InEK jährlich einen Katalog der Investitionsbewertungsrelationen. Das Land Berlin hat zum 1. Juli 2015 die Umstellung der Krankenhausförderung auf Investitionspauschalen vorgenommen und als erstes Bundesland die Investitionsbewertungsrelationen hierfür zugrunde gelegt.

Die BKG hatte zuletzt im Vorfeld der Wahlen zum Abgeordnetenhaus von Berlin, im Rahmen der Koalitionsverhandlungen sowie nach der Koalitionsbildung gegenüber der Landespolitik die unzureichende Investitionsförderung im Land Berlin kritisiert und insbesondere auch vor dem Hintergrund der wachsenden Stadt eine deutliche Anhebung der Investitionen und ein Abbau des Investitionsstaus gefordert. Mit dem Koalitionsvertrag 2016-2021 wird das Ziel verfolgt, den Sanierungsstau in Berlin abzubauen und einen neuen Sanierungsrückstand durch höhere Ersatzinvestitionen zu verhindern. Hierzu sollen alternative Finanzierungsmöglichkeiten genutzt und mit einer Trendwende in der Krankenhausfinanzierung die Krankenhäuser von der Aufbringung von Eigenmitteln entlastet werden. Die Investitionsquote des Landes Berlin soll auf den Bundesdurchschnitt angehoben werden.

Mit dem Doppelhaushalt 2018/2019 wurden die Haushaltsansätze für die Investitionspauschale mit 90 Millionen Euro in 2018 und 80 Millionen Euro in 2019 gegenüber 2017 sogar abgesenkt. Erst mit den zusätzlichen einmaligen Sondermitteln (SIWANA) und der Kreditfinanzierung, die die zukünftigen Haushalte auf lange Sicht belasten, keine Planungssicherheit bieten und die Bestandsfinanzierung weiter auf sehr niedrigem Niveau belassen, stehen für 2018 140 Millionen Euro und für 2019 160 Millionen Euro zur Verfügung. Der bestandserhaltende Investitionsbedarf liegt aber bei rund 256 Millionen Euro

pro Jahr (Berechnung mit der InEK-Methode, ohne Charité). Es besteht eine jährliche Förderlücke von rund 100 Millionen Euro. In den letzten 20 Jahren ist bereits eine Förderlücke von rund 2,1 Milliarde Euro entstanden.

Wenn infolge der unzureichenden Investitionsfinanzierung Eigenmittel für drängendste Investitionen in Abschreibungen und Darlehnsfinanzierung gebunden sind, fehlen sie beim Personal. Eine wesentliche Zukunftsaufgabe wird es daher sein, die hohe Personalbelastung und den Fachkräftemangel insbesondere durch Investitionen in arbeitssparende technische Innovationen und durch die Schließung der Förderlücke entgegenzuwirken. Die Zunahme der Bevölkerung in der Metropolregion Berlin führt zu einem steigenden Versorgungsbedarf. Zu berücksichtigen ist auch, dass es in Berlin einen besonders hohen investiven Nachholbedarf gibt. Der IT-Sicherheit, dem Datenschutz, der Betriebssicherheit der Medizintechnologie und der medizinische Versorgungssicherheit (Ausfallszenarien) müssen zukünftig einen noch höheren Stellenwert eingeräumt werden. Auch um die Chancen der Digitalisierung für die medizinische Versorgung nutzen zu können, sind erhebliche Investitionen in die IT-Infrastruktur erforderlich. Gleiches gilt für die steigenden Anforderungen an Qualitätssicherungsverfahren, Patientensicherheit und Infektionsschutz.

In zahlreichen Gesprächen und durch Stellungnahmen wurde im Berichtszeitraum regelmäßig auf eine notwendige Erhöhung der Investitionsfinanzierung hingewiesen. Zur Bestimmung des bedarfsnotwendigen Investitionsvolumens für die Jahre 2020 bis 2030 hat die BKG unter Heranziehung verschiedener Berechnungsmodelle und anhand einer empirischen Erhebung in den Krankenhäusern Ende 2018 eine Analyse vorgenommen, die eine transparente Sicht auf notwendige Finanzierungsziele bietet. Die Krankenhäuser haben hierfür eine Planung ihrer notwendigen Investitionsmaßnahmen für den 10-Jahreszeitraum vorgenommen. Auf dieser Grundlage fordert die BKG eine Krankenhaus-Investitionsoffensive des Berliner Senats mit einem Gesamtvolumen von 3,5 Milliarden Euro für die Jahre 2020 bis 2030. Neben dem Ersatzinvestitionsbedarf von rund 256 Millionen Euro pro Jahr (Berechnung nach InEK-Methode) macht die Erhebung deutlich, dass zur Auflösung des Investitionsstaus und zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen in Berlin (wachsende Stadt, Digitalisierung etc.) ein zusätzlicher Investitionsbedarf von jährlich rund 100 Millionen Euro besteht. Der Berliner Senat muss den Krankenhäusern für die Bewältigung der zentralen Anforderungen politische und vor allem finanzielle Unterstützung geben. Die bisher zur Verfügung gestellten investiven Mittel reichen hierfür nicht aus und müssen in den künftigen Haushalten nachhaltig erhöht werden.

II.4. Vertragliche Regelungen auf Landesebene

II.4.1. Ausbildungs-Ausgleichsfonds gem. § 17a Abs. 5 KHG

Gemäß § 17a Abs. 5 KHG vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene mit dem Ziel, eine Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser im Wettbewerb mit nicht ausbildenden Krankenhäusern zu vermeiden, einen Ausbildungs-Ausgleichsfonds. Der Ausbildungs-Ausgleichsfonds ist von der Landeskrankenhausgesellschaft zu errichten und zu verwalten.

Das Fondsvolumen des Ausgleichsfonds erhöhte sich von 55,3 Millionen Euro im Jahr 2016 auf 56,0 Millionen Euro im Jahr 2017 und auf 58,7 Millionen Euro im Jahr 2018. Der vereinbarte landeseinheitliche Ausbildungszuschlag betrug im Jahr 2016 63,21 Euro, im Jahr 2017 62,57 Euro und im Jahr 2018 63,05 Euro. Dieser wurde jeweils von den Krankenhäusern für die ab dem 1. Januar des Jahres aufgenommenen Patienten erhoben und in monatlichen Abschlagszahlungen an den Ausgleichsfonds jeweils zur Monatsmitte abgeführt. Die ausbildenden Krankenhäuser erhielten das für ihr Krankenhaus dem Ausgleichsfonds zugrunde gelegte Ausbildungsbudget in monatlichen Abschlagszahlungen aus dem Aus-

gleichsfonds ausgezahlt. Um die Zahlungsfähigkeit des Ausgleichsfonds zu gewährleisten, enthält der Rahmenvertrag Regelungen zur Liquiditätssicherung, die zu gleichen Teilen von den Krankenkassen und den Krankenhäusern getragen wurden.

Eine hausindividuelle Abweichung zwischen der Summe der an den Fonds geleisteten Abschlagszahlungen und den tatsächlich in Rechnung gestellten und vereinnahmten Ausbildungszuschlägen wurde über die hausindividuellen Abschlagszahlungen an den Ausbildungs-Ausgleichsfonds im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen. Soweit das hausindividuell vereinbarte Ausbildungsbudget von dem dem Ausbildungsfonds zugrunde gelegten Ausbildungsbudget abwich, wurde dieser Differenzbetrag im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen hausindividuell als Ausgleich geltend gemacht und umgesetzt.

Die Krankenhäuser im Land Berlin wurden vom Ausbildungs-Ausgleichsfonds jährlich über die vereinbarte Höhe des Ausgleichsfonds und des jeweiligen landeseinheitlichen Ausbildungszuschlages sowie über die verfahrenstechnischen Umsetzungsschritte informiert. Gemäß § 11 der Rahmenvereinbarung hat der Ausbildungs-Ausgleichsfonds die Krankenhäuser ebenso über die für sie dem Ausgleichsfonds im jeweiligen Jahr zugrunde gelegten Annahmen (voraussichtliches Ausbildungsbudget und Fallzahlen) sowie die Höhe der Abschlagszahlungen an den Fonds sowie die Abschlagszahlungen aus dem Fonds informiert. Gemäß der gesetzlichen Verpflichtung nach § 17a Abs. 5 Satz 2 KHG hat die BKG jährlich eine Rechenschaftslegung über die Verwendung der Mittel erstellt und den Krankenkassenverbänden zugeleitet.

II.4.2. Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin und Kompetenzzentrum Weiterbildung

Ende 2009 haben sich die DKG, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband auf eine gemeinsame Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten und stationären Bereich verständigen können. Diese Bundesvereinbarung trat zum 1. Januar 2010 in Kraft und ersetzte die bisherige aus dem Jahr 2001 stammende Vereinbarung der DKG und der GKV-Spitzenverbände.

Im Jahr 2012 konnten sich die BKG, die KV Berlin und die Ärztekammer Berlin auf eine Vereinbarung zur Errichtung einer gemeinsamen Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin im Land Berlin verständigen. Die BKG hat die Krankenhäuser im Land Berlin umfassend über die Vereinbarung auf Bundes- und Landesebene und über die Errichtung der gemeinsamen Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin informiert. Die gemeinsame Koordinierungsstelle hat die Aufgabe, die Koordination und Organisation der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf regionaler und ggf. überregionaler Ebene zu gewährleisten. Der Gesetzgeber hat mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-VSG die gesetzliche Grundlage für das Förderprogramm Weiterbildung in der Allgemeinmedizin geändert. Die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist nunmehr im neuen § 75 a SGB V geregelt. Aufgrund dessen hat sich die DKG mit der KBV, dem GKV-SV, im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung und im Benehmen mit der Bundesärztekammer auf eine neue Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin geeinigt, welche zum 1. Juli 2016 in Kraft trat.

Mit Inkrafttreten des neuen § 75a SGB V wurde die Anzahl der von den Kostenträgern zu fördernden Allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen für den ambulanten und stationären Bereich auf insgesamt mindestens 7500 pro Jahr angehoben. Des Weiteren ist das bisher geltende Gebot der Stellenumwidmung entfallen. Die Förderung für den stationären Bereich beträgt seit dem 1. Juli 2016 monatlich 1.360 Euro im Gebiet der inneren Medizin (bisher 1.020 Euro) mit ihren Spezialisierungen und im Gebiet der Allgemeinmedizin. Für Weiterbildungsabschnitte in einem anderen Gebiet der unmittelbaren Pa-

tientenversorgung entsprechend der jeweiligen Weiterbildungsabschnitte in einem anderen Gebiet der Patientenversorgung entsprechend der jeweiligen Weiterbildungsordnung beträgt die Förderung 2.340 Euro (bisher 1.740 Euro) pro Monat für eine Vollzeitstelle. Zudem sieht die neue Vereinbarung auch eine regelmäßige Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Angemessenheit der Förderung vor.

Aufgrund der gesetzlichen Änderung und der neuen Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin war es notwendig die auf Landesebene bestehende Vereinbarung vom 1. Juli 2012 zwischen der BKG, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Ärztekammer Berlin an die notwendigen Vorgaben der Bundesvereinbarung anzupassen. Die neue Vereinbarung trat rückwirkend zum 1. Juli 2016 in Kraft.

Gemäß der am 1. Juli 2017 in Kraft getretenen Anlage IV sollten zur weiteren Stärkung der von Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung für die ambulante Versorgung in Deutschland in jedem KV Bezirk Einrichtungen (sogenannte Kompetenzzentren Weiterbildung) errichtet und betrieben werden, die durch geeignete Maßnahmen die Weiterbildung unterstützen und durch diese Maßnahmen die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auf die ambulante Tätigkeit und die Niederlassung optimal vorbereiten. Gleichzeitig sollen die Kompetenzzentren Weiterbildung durch geeignete Verfahren der Medizindidaktik die Qualität der Angebote und Maßnahmen sichern. Unter geeigneten Maßnahmen werden insbesondere Seminare, Schulungen sowie Trainings, Mentoring Programme und Curricula verstanden, die dem fachlichen und persönlichen Kompetenzzuwachs der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und der medizindidaktischen Qualifikation der Weiterbilder dienen. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sollen auf die ambulante Tätigkeit und die Niederlassung optimal vorbereitet werden. Eine nahtlose Anbindung zwischen Studium und allgemeinmedizinischer Weiterbildung soll erleichtert werden.

Zur Umsetzung der entsprechenden bundesrechtlichen Vorgaben erarbeitete der Beirat der gemeinsamen Koordinierungsstelle Berlin gemeinsam mit dem Institut für Allgemeinmedizin ein entsprechendes Konzept, sodass die BKG mit der Ärztekammer Berlin, der KV Berlin und der Charité eine im Jahr 2017 eine entsprechende Vereinbarung zur Errichtung eines Kompetenzzentrums Weiterbildung Berlin schloss. Das Kompetenzzentrum Berlin hat zum 1. Januar 2018 seine Arbeit aufgenommen. Die fortlaufenden Seminare für Weiterbildungsassistenten als auch die Train-the-Trainer Seminare waren stets gut besucht. Das Mentoringprogramm steht als zusätzliches Angebot für alle Teilnehmenden des Seminarprogramms zur Verfügung.

II.4.3. Landesgremium nach § 90a SGB V

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2011 wurden die Länder ermächtigt, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu bilden. Ziel war es u. a., die Mitspracherechte der Länder bei der ambulanten Bedarfsplanung und der sektorenübergreifenden Versorgung zu stärken. Das aufgrund der Ermächtigung beschlossene Berliner Gesetz zur Errichtung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V trat am 12. Dezember 2012 in Kraft. Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V in Berlin, an dem die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung, die KV Berlin, die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Berlin, die BKG, die Ärztekammer Berlin, die Psychotherapeutenkammer Berlin sowie sachkundige Personen zur Wahrnehmung von Patienteninteressen, der Landesarzt für Psychiatrie und der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung beteiligt sind, kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben sowie zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen zu Über- und Unterversorgung Stellung nehmen. Die BKG ist Mitglied in dem Landesgremium und vertritt dort die Interessen der Berliner Krankenhäuser.

Das Gemeinsame Landesgremium hat im Berichtszeitraum fünf Sitzungen abgehalten. Themenschwerpunkte waren insbesondere

- die AG Patientenpfade – Schnittstellenmanagement in der akuten Schlaganfallversorgung mit einem Teilbericht inklusive Präsentation und Beschlussfassung,
- die ambulante Notfallversorgung und Portalpraxen,
- ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung auf Basis des Letter of Intent zur Versorgungssteuerung (LOI),
- AG Barrierefreiheit im Berliner Gesundheitswesen sowie
- Planungen für die künftige Struktur und Arbeit des GLG90a.

Mit dem LOI zur Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Verwaltungsbezirke im Rahmen der Bedarfsplanung auf Landesebene auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013 wurde das Ziel gesetzt, die regionalen Unterschiede zwischen den Verwaltungsbezirken in der ambulanten ärztlichen Versorgung anzugleichen. Im Landesgremium wird deren Umsetzung regelmäßig beobachtet und die Weiterentwicklung erörtert. Das Landesgremium hatte im Jahr 2016 Empfehlungen zur ambulanten Notfallversorgung abgegeben, auf deren Grundlage ein dreiseitiger Rahmenvertrag gemäß § 115 SGB V zwischen den Krankenkassen, der KV Berlin und der BKG abgeschlossen wurde. Nach wie vor steht die ambulante Notfallversorgung in Berlin vor großen Herausforderungen, die ein sektorübergreifendes Vorgehen erforderlich machen. Das Landesgremium hat daher eine AG Notfallversorgung eingerichtet, die sich insbesondere mit der Einrichtung von Notdienstpraxen beschäftigt.

II.4.4. Dreiseitiger Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr. 3 SGB V zum Notdienst

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz sind auch Änderungen der Rahmenbedingungen zur ambulanten Notfallversorgung verbunden gewesen. Gem. § 75 Abs. 1b SGB V ist zur Entlastung der Rettungsstellen vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen regelhaft mit Krankenhäusern zusammenarbeiten und Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Ferner sollte die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes in einem dreiseitigen Landesvertrag gem. § 115 Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 3a SGB V zwischen Krankenkassenverbänden, KV Berlin und BKG bis zum 30. Juni 2016 geregelt werden. Mit dem KHSG wurden ferner Vergütungsregelungen geändert. Bis zum 31. Dezember 2016 ist im EBM eine Differenzierung nach Schweregraden (§ 87 Abs. 2a SGB V) und die Schaffung eines eigenen Honorarvolumens für Notfalleleistungen unter Wegfall der Begrenzung oder Minderung dieses Honorars (§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V) aufzunehmen.

Eine trägerübergreifende Facharbeitsgruppe der BKG hat zunächst wichtige Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung und die zukünftige Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes erörtert; die Ergebnisse wurden in die Beratungen des Landesgremiums nach § 90a SGB V eingebracht. Die Senatsverwaltung für Gesundheit und die KV Berlin haben ebenfalls ihre Erwartungen und Positionen dargelegt. Hierbei hat der damalige Gesundheitssenator deutlich herausgestellt, dass er der Einrichtung von Notdienstpraxen im Land Berlin eine sehr hohe Bedeutung beimisst. Nach Erörterung der jeweiligen Vorstellungen hat das Landesgremium Kriterien für die Einrichtung von Notdienstpraxen und deren Berücksichtigung in einem dreiseitigen Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr. 3 SGB V empfohlen.

In den folgenden Vertragsverhandlungen hat die BKG die Notwendigkeit der Aufnahme ergänzender Vergütungsregelungen zur Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen deutlich gemacht. Mangels Schiedsstellenfähigkeit entsprechender Vergütungsregelungen waren über die im Landesgre-

mium nach § 90 a SGB V erörterten Kriterien keine weiteren Regelungen vertraglich konsentierbar. Der mit Wirkung zum 1. Juli 2016 zwischen KV Berlin, den Landesverbänden der Krankenkassen und der BKG geschlossene dreiseitige Landesvertrag über die Grundsätze der Zusammenarbeit bei der Einrichtung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes hat eine flächendeckende Abdeckung und gleichmäßige Verteilung von Notdienstpraxen im Land Berlin, bevorzugt an großen Krankenhäusern, d. h. mit höheren ambulanten Notfallzahlen, zum Ziel. Der Verweis auf § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V stellt klar, dass auch Krankenhäuser ohne Notdienstpraxis berechtigt bleiben, Patienten im Notfall ambulant behandeln zu können.

II.5. Landesbasisfallwert und Fixkostendegressionsabschlag

II.5.1. Landesbasisfallwert für die Jahre 2017 bis 2019

Gemäß § 10 KHEntgG vereinbaren die BKG sowie die Krankenkassenverbände auf Landesebene mit Wirkung für die örtlichen Vertragsparteien jährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert für das folgende Kalenderjahr. Der Landesbasisfallwert stellt die Grundlage für die Ermittlung der Erlösbudgets nach § 4 KHEntgG im Rahmen der krankenhausesindividuellen Entgeltverhandlungen und für die Abrechnung der DRG-Fallpauschalen dar. Die Vorbereitungen für die Verhandlungen erfolgten im Wesentlichen auf der Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG im Rahmen des Datenprojektes mit der Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) sowie ergänzender Umfragen in den Krankenhäusern zur Unterstützung der Positionierung der BKG in den bevorstehenden Verfahren. Darüber hinaus erfolgten eine intensive Abstimmung und ein entsprechender Erfahrungsaustausch innerhalb einer Arbeitsgruppe der Landeskrankenhausesgesellschaften.

Gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG haben die Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor zu vereinbaren. Dieser dient im Folgejahr der Angleichung der Landesbasisfallwerte an den einheitlichen Basisfallwertkorridor gemäß § 10 Abs. 8 KHEntgG. Maßgeblich für die Höhe des einheitlichen Basisfallwertes ist das Berechnungsergebnis des InEK auf Grundlage der Meldungen der Landeskrankenhausesgesellschaften gemäß § 10 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG, das um den Veränderungswert erhöht wird. Gemäß § 10 Abs. 8 Satz 1 KHEntgG beträgt die obere Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors +2,5 % und die untere Grenze -1,02 % in Bezug zum einheitlichen Basisfallwert. Für das Jahr 2017 wurde ein einheitlicher Basisfallwert von 3.376,11 Euro mit einer oberen Korridorergrenze von 3.460,51 Euro sowie einer unteren Korridorergrenze von 3.341,67 Euro vereinbart. Im Jahr 2018 betrug der einheitliche Basisfallwert 3.467,30 Euro mit einer oberen Korridorergrenze von 3.553,98 Euro sowie einer unteren Korridorergrenze von 3.431,93 Euro. Für das Jahr 2019 wurde ein einheitlicher Basisfallwert von 3.544,97 Euro mit einer oberen Korridorergrenze von 3.633,60 Euro sowie einer unteren Korridorergrenze von 3.508,81 Euro vereinbart.

In den Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden zum Landesbasisfallwert 2017 am 01. und 20. Dezember 2016 konnte eine Einigung in Höhe von 3.350,91 Euro (+2,22 %) erreicht werden. Dem Landesbasisfallwert wurden 1.015.000 CM-Punkte (+2,9 %) zu Grunde gelegt. Berichtigungen und Ausgleichs des Landesbasisfallwertes 2017 wurden nicht vereinbart. Die Genehmigung wurde mit Wirkung zum 1. Februar 2017 erteilt.

Für das Jahr 2018 haben sich die Vertragsparteien auf einen Landesbasisfallwert für Berlin in Höhe von 3.444,38 Euro ohne Ausgleichs und 3.449,91 Euro mit Ausgleichs für die Tarifierhöhungsrate 2017 verständigt. Der Landesbasisfallwert erhöht sich mit Ausgleichs um 99 Euro (+ 2,95 %). Der Vereinbarung lagen 1.036.000 Bewertungsrelationen zugrunde. Die Senatsverwaltung hat die Vereinbarung mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 genehmigt.

Im Rahmen der Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2019 konnte mit den Krankenkassen am 16. November 2018 eine Verständigung in Höhe von 3.532,50 Euro (+2,56 % gegenüber dem Landesbasisfallwert 2018 ohne Ausgleich) und 1.046.000 CM-Punkten (+1,85 %) erreicht werden. Der Landesbasisfallwert 2019 wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2019 genehmigt.

Der Landesbasisfallwert Berlin liegt weiterhin unter dem Bundesdurchschnitt. Neben der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch das Land werden die Tarifsteigerungen und zusätzlichen Anforderungen durch den G-BA und den Gesetzgeber durch die im Landesbasisfallwert seit Jahren gedeckelten Preiszuwächse nur teilweise finanziert. Insoweit hat die BKG im Rahmen der Krankenhausreformdiskussion insbesondere eine Aufhebung der Budgetdeckelung zur Refinanzierung der Personalkosten und Abschaffung der hohen Abschläge auf Mehrleistungen gefordert.

II.5.2. Fixkostendegressionsabschlag

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz ist in § 10 Abs. 13 KHEntgG neu geregelt worden, dass die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 30.09. jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, einen von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag) vereinbaren.

Gemeinsam mit den anderen Landeskrankenhausgesellschaften hat sich die BKG intensiv auf diese ersten Verhandlungen vorbereitet. Die Landeskrankenhausgesellschaften haben u.a. ein Gutachten beim RWI zur Ermittlung der Höhe des FDA sowie ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben. Zudem hat die BKG zahlreiche interne Auswertungen vorgenommen und entsprechende Abstimmungen im Rahmen einer Verhandlungskommission vorgenommen. Am 26. September 2016 hat eine erste Verhandlung mit den Krankenkassenverbänden in Berlin stattgefunden, die ergebnislos verlief.

Nachdem in den ersten Verhandlungen in anderen Bundesländern die Krankenkassen unverhältnismäßig hohe Abschlagsforderungen gestellt haben, wurden seitens der Landeskrankenhausgesellschaften zahlreiche Initiativen zur Änderung der gesetzlichen Regelungen ergriffen. Auch die BKG hatte sich diesbezüglich mehrfach an die Landespolitik gewandt und um eine Unterstützung für eine gesetzliche Normierung des FDA geworben. Letztlich wurde mit dem PsychVVG der FDA für die Jahre 2017 und 2018 einheitlich auf 35 % festgelegt und die Möglichkeit der Erhöhung dieses Abschlagsatzes auf maximal 50 % begrenzt. Damit wurden weit auseinanderliegende Verhandlungspositionen zur Höhe des Abschlags und langwierige Verhandlungen und Schiedsstellenverfahren vermieden.

Die gesetzlichen Festlegungen zum Fixkostendegressionsabschlag haben die Versorgungssituation in Berlin als wachsende Stadt mit einer erheblichen Umlandversorgung und einem hohen Krankheitschweregrad nur unzureichend berücksichtigt. Der durch die Leistungszuwächse erforderliche und durch die Krankenhausplanung flankierte Kapazitätsaufbau wurde nicht als Ausnahmeregelung für den Fixkostendegressionsabschlag auf Mehrleistungen im Gesetz aufgenommen. Die BKG hatte gegenüber der Politik daher gefordert, dass die Kosten der Leistungszuwächse und Strukturanpassungen nicht einseitig auf die Krankenhäuser abgewälzt werden dürfen.

Zur Unterstützung ihrer Vorbereitungen zur Verhandlung des Fixkostendegressionsabschlages in den Budgetverhandlungen hat die BKG den Krankenhäusern verschiedene Unterlagen zur Verfügung gestellt. Ergänzend wurde in Zusammenarbeit mit der DKTIG ein FDA-Tool angeboten, welches die Überleitung, die Leistungsplanung und die Ermittlung der Höhe des FDA im Rahmen der Verhandlungsvorbereitung und -durchführung ermöglicht.

II.6. Budget- und Entgeltverfahren 2016 bis 2018

Budget- und Entgeltverfahren für das Jahr 2016

Das zum 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) führte an verschiedenen Stellen zu Auswirkungen auf die zuvor geltenden Rahmenbedingungen der Budgetverhandlungen. Neben dem neu aufgelegten Pflegestellen-Förderprogramm (§ 4 Abs. 8 KHEntgG) wurde darüber hinaus das Hygiene-Förderprogramm, abgesehen von der Förderung von hygienebeauftragten Ärzten, um drei Jahre verlängert sowie um weitere Fördertatbestände erweitert. Der überwiegende Teil der neu vorgesehenen Regelungen (z. B. Fixkostendegressionsabschlag, Pflegezuschlag, Qualitätszu- und abschläge, gezielte Absenkungen oder Abstufungen von Bewertungsrelationen) tangiert jedoch noch nicht die Budgetverhandlungen im Vereinbarungszeitraum 2016. Die Krankenhäuser im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung konnten zum 1. Januar 2013 zum ersten Mal optional das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG einführen. Die einst vorgesehene verpflichtende Einführung für das Jahr 2015 wurde durch das GKV-FQWG auf das Jahr 2017 verschoben. Die freiwillige Option bestand somit auch im Jahr 2016.

Die von der DKG mit Beteiligung der Landeskrankenhausgesellschaften erarbeiteten Hinweise und Empfehlungen zu den wesentlichen Verfahrensregelungen der Budgetverhandlungen für das Jahr 2016 wurden den Krankenhäusern im Frühjahr 2016 für die Bereiche KHEntgG, BPfIV und Ausbildung zur Verfügung gestellt. Im Mittelpunkt der Verhandlungen für das Jahr 2016 für den somatischen Bereich standen insbesondere die Diskussionen und die Erörterungen der Leistungsstrukturen unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages, die Leistungsmengen (Casemix als auch Fallzahl), der Mehrleistungsabschlag, der Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte sowie Anzahl und Höhe der krankenhausspezifischen Entgelte. Im Vordergrund der Verhandlungen für die psychiatrischen Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen standen nach wie vor die Vereinbarung der Gesamtbeträge nach den Vorgaben des § 6 BPfIV und der Umstieg auf das neue pauschalierende Entgeltsystem (PEPP) inkl. Leistungsmengenplanung und -überleitung. Hauptthema im Bereich der Ausbildungsbudgets war weiterhin die Frage der Finanzierung der Kosten der Praxisanleitung. Bis zum Jahresende 2016 lagen für ca. ein Drittel der Krankenhäuser Genehmigungen bzw. Einigungen mit den Krankenkassenverbänden vor. Zum Jahresende 2018 war dies für ca. 95 % der Krankenhäuser der Fall.

Budget- und Entgeltverfahren für das Jahr 2017

Für den Vereinbarungszeitraum 2017 sind als Folge des KHSG einige neue Verhandlungspunkte zu verzeichnen. Dazu gehören in erster Linie der Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG für vereinbarte Mehrleistungen im Fallpauschalenbereich, der Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG, der den bisherigen Versorgungszuschlag ersetzt und die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der G-BA-Richtlinien (hier: QFR-RL). Darüber hinaus sind infolge der Aufträge an die Vertragsparteien auf Bundesebene zur gezielten Absenkung oder Abstufung von Bewertungsrelationen und zur Korrektur der Sachkostenvergütung zusätzliche normative Eingriffe bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen erfolgt, die einen nicht unerheblichen Einfluss auf den Gesamt-Casemix eines Krankenhauses ausüben können. Neue Rahmenbedingungen für die Budgetverhandlungen ergeben sich beispielsweise auch aus der Festsetzung der Vereinbarung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren (Zentrumsvereinbarung) durch die Bundesschiedsstelle am 8. Dezember 2016 oder den Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen.

Mit dem PsychVVG, welches im Wesentlichen zum 1. Januar 2017 in Kraft trat, wurden auch die Rahmenbedingungen für die Budgetverhandlungen der Jahre ab 2017 im BPfIV-Bereich grundlegend ge-

ändert. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfiel. Stattdessen erfolgte eine Aufwertung der Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort durch die Neuausrichtung des Entgeltsystems als Budgetsystem. Die verpflichtende Anwendung des Psych-Entgeltsystems wurde um ein weiteres Jahr auf das Jahr 2018 verschoben, wodurch die noch nicht umgestiegenen Krankenhäuser somit letztmalig für den Vereinbarungszeitraum 2017 die Entscheidung treffen konnten, ob sie weiter nach altem Recht verhandeln möchten oder ob ein Umstieg auf das neue pauschalierende Vergütungssystem erfolgen soll.

Die von der DKG mit Beteiligung der Landeskrankenhausesgesellschaften erarbeiteten Hinweise und Empfehlungen zu den wesentlichen Verfahrensregelungen der Budgetverhandlungen für das Jahr 2017 wurden den Krankenhäusern im Frühjahr 2017 für die Bereiche KHEntgG, BPfIV und Ausbildung zur Verfügung gestellt. Eine Sitzung des Pflegesatzausschusses der BKG fand im September 2017 statt. Hierbei wurden die wesentlichen Aspekte der Budget- und Entgeltverhandlungen des Jahres 2017 erörtert. Da die erstmalige Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlages im Rahmen der Budgetverhandlungen 2017 die Krankenhäuser vor enorme Herausforderungen stellt, hat die BKG ein umfangreiches Unterlagenpaket mit Gutachten und Excel-Dateien zur Verfügung gestellt und in Zusammenarbeit mit der DKTIG das web-basierte FDA-Tool zur Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlages für das Budgetjahr 2017 angeboten.

Im Mittelpunkt der Verhandlungen für das Jahr 2017 für den somatischen Bereich standen insbesondere die Diskussionen und die Erörterungen der Leistungsstrukturen unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages, die Leistungsmengen (Casemix als auch Fallzahl), der Fixkostendegressionsabschlag, der Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte, Anzahl und Höhe der krankenhausesindividuellen Entgelte sowie die Vereinbarung der neuen Zusatzentgelte ZE2017-133 und -134. Im Vordergrund der Verhandlungen für die psychiatrischen Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen standen die Vereinbarung der Gesamtbeträge nach den Vorgaben des § 6 BPfIV, der Umstieg auf das neue pauschalierende Entgeltsystem (PEPP) inkl. Leistungsmengenplanung und überleitung, die neuen Nachweispflichten zum Umsetzungsgrad der Psych-PV, zur zweckentsprechenden Mittelverwendung und zu den vereinbarten Mitteln für Personal und die neue Nachverhandlungsmöglichkeit ab dem Jahr 2017 für zusätzlich zu besetzende Stellen bei Unterschreitung der Vorgaben der Psych-PV. Hauptthema im Bereich der Ausbildungsbudgets war weiterhin die Frage der Finanzierung der Kosten der Praxisanleitung.

Bis zum Jahresende 2017 lagen für ca. ein Fünftel der Krankenhäuser Genehmigungen bzw. Einigungen mit den Krankenkassenverbänden vor. Zum Jahresende 2018 war dies für ca. zwei Drittel der Krankenhäuser der Fall.

Budget- und Entgeltverfahren für das Jahr 2018

Für den Vereinbarungszeitraum 2018 sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Wesentlichen unverändert geblieben. Die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen einschließlich daraus ggf. resultierender Vergütungsabschläge, die Zu- und Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung sowie die Qualitätszu- und -abschläge dürften frühestens ab dem Vereinbarungszeitraum 2019 relevant sein. Erwähnung finden soll in diesem Zusammenhang jedoch die im DRG-Katalog 2018 erfolgte Einführung der Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 (erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten) und die damit einhergehende Ausgliederung in Höhe von 130 Millionen Euro, die sich entsprechend mindernd auf das vom InEK adjustierte nationale Casemixvolumen auswirkt. Im Anwendungsbereich der BpflV ist ab dem Vereinbarungszeitraum 2018 das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) von sämtlichen Krankenhäusern und Fachabteilungen verbindlich anzuwenden, wobei die budgetneutrale Anwendung noch bis zum Jahr 2019 erfolgt. Weiterhin erhalten psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung erstmals im Vereinbarungszeitraum 2018 die Möglichkeit der Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld und können hierfür eine krankenhaushausindividuelle Vergütung vereinbaren.

Die von der DKG mit Beteiligung der Landeskrankenhausesgesellschaften erarbeiteten Hinweise und Empfehlungen zu den wesentlichen Verfahrensregelungen der Budgetverhandlungen für das Jahr 2018 wurden den Krankenhäusern im Frühjahr 2018 für die Bereiche KHEntgG, BpflV und Ausbildung zur Verfügung gestellt. Der bisherige Pflegesatzausschuss der BKG wurde in „Fachausschuss Finanzierung“ umbenannt. Eine erste Sitzung des neuen Fachausschuss Finanzierung fand im Oktober 2018 statt. Hierbei wurden insbesondere die aktuellen Gesetzgebungsverfahren, die BSG Rechtsprechung zur Neurologischen und Geriatrischen Komplexpauschale, die Investitionsfinanzierung im Land Berlin und wesentliche Aspekte der Budget- und Entgeltverhandlungen erörtert. Da die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlages die Krankenhäuser auch im Rahmen der Budgetverhandlungen für das Jahr 2018 noch vor große Herausforderungen stellt, hat die BKG analog zum Jahr 2017 ein umfangreiches Unterlagenpaket mit Gutachten und Excel-Dateien zur Verfügung gestellt. Weiterhin wurde in Zusammenarbeit mit der DKTIG das web-basierte FDA-Tool zur Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlages auch für das Budgetjahr 2018 angeboten.

Im Mittelpunkt der Verhandlungen für das Jahr 2018 für den somatischen Bereich standen insbesondere die Diskussionen und die Erörterungen der Leistungsstrukturen unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages, die Leistungsmengen (Casemix als auch Fallzahl), der Fixkostendegressionsabschlag, der Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte, Anzahl und Höhe der krankenhaushausindividuellen Entgelte sowie die Umsetzung der verschiedenen Förderprogramme (z. B. Hygiene und Pflege). Im Vordergrund der Verhandlungen für die psychiatrischen Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen standen die Vereinbarung der Gesamtbeträge nach den Vorgaben des § 6 BpflV, der Umstieg auf das neue pauschalierende Entgeltsystem (PEPP) inkl. Leistungsmengenplanung und -überleitung, die Nachweispflichten zum Umsetzungsgrad der Psych-PV, zur zweckentsprechenden Mittelverwendung und zu den vereinbarten Mitteln für Personal und die Nachverhandlungsmöglichkeit für zusätzlich zu besetzende Stellen bei Unterschreitung der Vorgaben der Psych-PV. Hauptthema im Bereich der Ausbildungsbudgets war weiterhin die Frage der Finanzierung der Kosten der Praxisanleitung.

Bis zum Jahresende 2018 lagen für ca. ein Viertel der Krankenhäuser Genehmigungen bzw. Einigungen mit den Krankenkassenverbänden vor.

II.7. Ambulante Leistungen der Krankenhäuser

II.7.1. Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)

Gemäß dem im Oktober 1994 auf der Grundlage des Gesundheitsstrukturgesetzes eingeführten § 115b SGB V können Patienten ohne Einweisung ein Krankenhaus zur Durchführung einer ambulanten Operation aufsuchen. Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Regelung wurde auf der Bundesebene ein Vertrag zum ambulanten Operieren im Krankenhaus geschlossen, der dazu dient, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen einschließlich der notwendigen Anästhesien im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Vertragsärzten und den Krankenhäusern zu fördern.

Gemäß § 7 des AOP-Vertrages werden die im AOP-Katalog aufgeführten sowie die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte mit den Preisen für den Regelfall der für den Standort des Krankenhauses geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Der für die Leistungen des ambulanten Operierens der Krankenhäuser zugrunde zu legende Punktwert betrug für das Jahr 2016 10,4361 Cent, 10,53 Cent für das Jahr 2017 und 10,6543 Cent für das Jahr 2018. Die BKG hat die Krankenhäuser über die jährlichen Punktwerte informiert und Empfehlungen bezüglich einzelner Abrechnungsfragen zur Verfügung gestellt.

Die Vertragspartner GKV, KBV und DKG sind vertraglich dazu verpflichtet, jährlich erforderliche Anpassungen der Operationen und sonstiger Prozeduren des AOP-Kataloges vorzunehmen. Die BKG hat regelmäßig zum Ende des jeweiligen Jahres den Krankenhäusern den jeweils aktualisierten AOP-Katalog zur Verfügung gestellt. Zur weiteren Unterstützung der Krankenhäuser und um die vorgenommenen Anpassungen transparent zu machen sowie die vertraglich vorgesehene Meldung der AOP-Leistungen zu erleichtern, hat die BKG die entsprechenden Informationsdateien jährlich in einer Word-Version auf ihrer Homepage zur Verfügung gestellt.

Die Krankenhäuser wurden zudem laufend über aktuelle rechtliche Entwicklungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V, unter anderem zur Abrechnung von Portimplantationen zur Vorbereitung einer Chemotherapie, zur Abrechnung präoperativer Laboruntersuchungen und zur Abrechnung der Grundpauschale bei fachgleicher Überweisung informiert und Handlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt.

II.7.2. Ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser

Die Berliner Krankenhäuser leisten einen erheblichen Beitrag zur ambulanten Notfallversorgung der Berliner Bevölkerung, deren Sicherstellung ohne sie faktisch nicht gewährleistet werden kann. Die Notaufnahmen sind vielfach überlastet. Zudem ist die finanzielle Unterdeckung dramatisch. Die bestehende Sektorentrennung wird der Versorgungsrealität nicht gerecht. Die BKG hat daher die Einrichtung einer Arbeitsgruppe des Landesgremiums § 90a SGB V unterstützt.

Die Arbeitsgruppe soll Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung, insbesondere zu Umfang und Verteilung der Notdienstpraxen im Land Berlin und die Organisation der Zusammenarbeit an den jeweiligen Standorten, erarbeiten. Die BKG hatte auf der Grundlage entsprechender Abstimmungen in ihren Gremien eine inhaltliche Konkretisierung der Anforderungen an Notdienstpraxen vorgenommen. Die Erörterungen insbesondere über die Einrichtung von „KV-Notdienstpraxen“ an Krankenhäusern werden über den Berichtszeitraum hinaus fortgesetzt.

Neben diesen Aktivitäten auf Landesebene hält die BKG es für erforderlich, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen an die Versorgungsrealitäten angepasst werden. Die Strukturen müssen sich an den Bedürfnissen der Patienten und nicht an Sektoren orientieren. Eine sektorenübergreifende Notfallversorgung erfordert gleichberechtigte Leistungserbringer und eine ordnende und steuernde Sicherstellungsverantwortung durch die Länder auf der Grundlage einer gemeinsamen Bedarfsplanung. Neben einer bedarfsgerechten Einrichtung von Notdienstpraxen zur Entlastung der Rettungsstellen sind insbesondere die Rahmenbedingungen für den hohen Anteil der Notfallpatienten, die auch weiterhin der Leistungsstrukturen der Krankenhäuser bedürfen, weiterzuentwickeln. Dringend notwendig sind hierbei die Einführung einer eigenständigen aufwandsgerechten Vergütungsregelung und eine direkte Abrechnung mit den Krankenkassen. Die BKG hat ihre Überlegungen zur Ausgestaltung einer sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung in einem Positionspapier zusammengefasst und in die Beratungen auf Landesebene eingebracht.

Vor diesem Hintergrund wurde es seitens der BKG auch begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit hat am 18. Dezember 2018 ein Eckpunktepapier zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Es orientiert sich sehr eng an den im Sommer 2018 vom Sachverständigenrat für Gesundheit vorgelegten Vorschlägen zur zukünftigen Ausgestaltung der Notfallversorgung. Das BMG beabsichtigt zu Beginn des 2. Quartal 2019 einen Referentenentwurf vorzulegen.

Zur Steigerung des Bekanntheitsgrades der Rufnummer 116117 und deren Inanspruchnahme durch die Berliner Bevölkerung und um die Patienten zielgerecht zu erreichen, haben die BKG und die KV-Berlin ein gemeinsames Plakat für die Berliner Rettungsstellen entwickelt. Das gemeinsame Plakat soll über die Rufnummer 116117 der Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes informieren und Patienten sensibilisieren, wenn Sie sich nicht sicher sind, welchen Versorgungsweg sie wählen können. Das Plakat wurde am 25. Januar 2019 im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt. Die Krankenhäuser mit angeschlossener Notfalleinrichtung haben entsprechende Plakate erhalten.

II.7.3. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V

Mit der Neufassung des § 116b SGB V zum 1. Januar 2012 verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, mittels der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) einen interdisziplinären, vorrangig sektorenübergreifenden Versorgungsbereich zu schaffen, der es ermöglicht, die Versorgung von Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren und seltenen Erkrankungen zu verbessern. Der G-BA regelt die Einzelheiten der ASV in Form einer Richtlinie. Die am 20. Juli 2013 in Kraft getretene Richtlinie zur ASV des Gemeinsamen Bundesausschusses (G BA) legt in einem allgemeinen Paragraphenteil die für alle Erkrankungen verbindlichen Anforderungen fest. In den Anlagen werden für die jeweilige Indikation der Patientenkreis, der Behandlungsumfang, die Qualifikationsanforderungen an die Behandler sowie die spezifischen sächlichen Voraussetzungen konkretisiert. Die Appendizes der Anlagen beschreiben den Behandlungsumfang im Detail.

An der ASV sind Krankenhäuser und Vertragsärzte sowie medizinische Versorgungszentren (MVZ) teilnahmeberechtigt. Gemäß § 116b Abs. 3 SGB V werden die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Abs. 1 SGB V um Vertreter der Krankenhäuser ergänzt, sodass sie mit jeweils neun Vertretern der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser sowie drei unparteiischen Mitgliedern besetzt sind. Aufgabe des erweiterten Landesausschusses (eLA) ist die Durchführung des Anzeige- und Prüfverfahrens, in dem Vertragsärzte und Krankenhäuser die Erfüllung der maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nachweisen, um eine Berechtigung zur Teilnahme an der ASV zu erlangen. Mit Wirkung zum 31. Dezember 2016 endete die vorangegangene Amtsperiode und konnte mit einer Ausnahme auf Seiten der Unparteiischen mit derselben Besetzung für die Amtsperiode ab 1. Januar 2017

fortgesetzt werden. In Berlin wurde zudem durch den eLA der Erledigungsausschuss als Arbeitsausschuss gegründet.

Bisher gibt es für folgende Erkrankungen die Möglichkeit zur Behandlung in der ASV: Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (TBC, seit 24. April 2014), Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT, seit 26. Juli 2014), Gynäkologische Tumoren (seit 10. August 2016), Pulmonale Hypertonie (seit 1. Juni 2016), Marfan-Syndrom (seit 30. Juni 2015) und Mukoviszidose (seit 18. März 2017), Rheumatologische Erkrankungen (seit 19. April 2018), urologische Erkrankungen (seit 26. April 2018), Morbus Wilson (seit 12. Juni 2018) und seltene Lebererkrankungen (seit 16. August 2018). Der Erledigungsausschuss des eLA Berlin hat die entsprechenden Teilnahmeunterlagen für diese Konkretisierung erarbeitet und bereits bestehende Formulare überarbeitet. Die Beschlussfassung einiger Teilnahmeunterlagen durch den eLA Berlin konnte im Berichtszeitraum noch nicht für alle Formulare abgeschlossen werden.

Beim Erweiterten Landesausschuss sind in der Zwischenzeit insgesamt 14 Teilnahmeanzeigen eingegangen; davon wurden vier betreffend der Konkretisierung zu TBC, sieben Anzeigen betreffend der gastrointestinale Tumoren (GIT) und eine Anzeige zu Gynäkologischen Tumoren positiv beschieden.

Die BKG hat sich stets für die Möglichkeit einer institutionellen Benennung der hinzuzuziehenden Fachärzte ausgesprochen und sich auch in der näheren Vergangenheit insbesondere im Erledigungsausschuss wiederholt für eine Änderung der bisherigen Vorgehensweise des eLA, eine namentliche Benennung auch von den hinzuziehenden Fachärzten zu fordern, eingesetzt. Am Anfang des Berichtszeitraumes hat der eLA nunmehr über die Frage der Möglichkeit der institutionellen Benennung von hinzuzuziehenden Fachärzten einen Grundsatzbeschluss gefasst, wonach künftig auch eine institutionelle Benennung der hinzuzuziehenden Fachärzte möglich ist. Die KV Berlin hat in entsprechenden Anzeigeverfahren Widerspruch und Klage beim Sozialgericht Berlin eingereicht, welche im August 2018 durch die KV Berlin zurückgenommen wurde.

Auch hinsichtlich der 24-Stunden Notfallversorgung konnte sich die BKG gegen die Stimmen der KV Berlin durchsetzen, sodass auch hier eine institutionelle Benennung ausreichend ist.

Des Weiteren konnte sich die BKG mit ihrer Auffassung durchsetzen, dass die Zweimonatsfrist bereits mit Eingang der Teilnahmeanzeige (Teilnahmeanzeige mittels der durch den eLA bereitgestellten Anzeigeformulare und den darin geforderten Angaben) zu laufen beginnt. Der Ablauf der Zweimonatsfrist wird ggf. unterbrochen, falls etwaige Unterlagen bzw. Nachweise bei Eingang der Teilnahmeanzeige fehlen und die Geschäftsstelle des eLA diese nachfordert. Diese Vorgehensweise entspricht nicht nur der gesetzlichen Regelung des § 116 SGB V, sondern führt auch insgesamt zu einer Beschleunigung des Verfahrens bei der Geschäftsstelle des eLA, da die Zweimonatsfrist nunmehr unabhängig davon an- und ggf. sogar abläuft, ob die Unterlagen und Nachweise formal vollständig sind oder nicht.

Im aktuellen Berichtszeitraum ist es der BKG zudem gelungen die Anzeigeformulare weiter zu verschlanken und das Verfahren damit zu vereinfachen. Während zu Beginn der Umsetzung des neuen § 116 b SGB V die Anzeigesteller noch die vollständige Anlage zur Einhaltung der Qualitätssicherungs-Richtlinien ausfüllen mussten, konnte zunächst erreicht werden, dass diese für Krankenhäuser nur entsprechend gelten und das Ausfüllen damit obsolet war. Die entsprechende Einhaltung der QSV wird nunmehr mittels Verpflichtungserklärung vom Anzeigesteller versichert. In der Zwischenzeit hat der Erledigungsausschuss zudem die Entfernung der Anhänge zur Verpflichtungserklärung beschlossen. Anstelle der Anhänge zur Verpflichtungserklärung wurde eine dynamische Verweisung in die Matrix aufgenommen.

II.7.4. Weitere ambulante Leistungsbereiche im Krankenhaus

Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhaushnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Gemäß § 118 SGB V sind psychiatrische Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im u. g. Vertrag vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Der GKV-SV, die DKG und die KBV legen gem. § 118 Abs. 2 S. 2 SGB V in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen bedürfen. Die aktuell gültige Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V trat zum 1. Juli 2010 in Kraft.

Gem. § 120 Abs. 2 SGB V werden die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Die Vergütung kann pauschaliert werden. Entsprechend dieser Vorgaben vereinbaren die Krankenhäuser im Land Berlin Quartalspauschalen pro Patient in Einzelverträgen mit den Kostenträgern. Die BKG begleitete bei Bedarf auch diese Verhandlungen.

Mit der PIA-Doku-Vereinbarung vom 2. Februar 2018 wurde die Dokumentation in den Psychiatrischen Institutsambulanzen bundeseinheitlich neu geregelt. Ursprünglich war diese bis zum 1. Juli 2018 umzusetzen. Da die technische Umsetzung seitens einiger Softwarehersteller zum 1. Juli 2018 nicht sichergestellt werden konnte, wurde die verpflichtende Anwendung der neuen Dokumentationssystematik auf den 1. Januar 2019 verschoben. Die BKG stand den Krankenhäusern bei Umsetzungsfragen im Zusammenhang mit der PIA-Doku-Vereinbarung beratend zur Seite.

Gemäß § 118 Abs. 3 SGB V legen der GKV-SV, die DKG und die KBV in einem Vertrag fest, welche Patienten der ambulanten Behandlung in Psychosomatischen Institutsambulanzen bedürfen, unter welchen Voraussetzungen eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Einrichtungen als bedarfsgerecht anzusehen ist sowie die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung und das Verfahren zum Nachweis der Vertragsvorgaben. Im Berichtszeitraum fanden zahlreiche Verhandlungsrunden statt, die die BKG in Gremien beratend begleitete. Ein Abschluss einer Vereinbarung kam im Berichtszeitraum nicht zustande.

Gemäß § 117 SGB V sind Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 SGB V genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen, ermächtigt. Der GKV-SV, die KBV und die DKG vereinbaren gemäß § 117 Abs. 1 S. 3 und 4 SGB V die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Der Vertrag wurde in einem Schiedsverfahren durch das erweiterte Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung mit Wirkung zum 1. Dezember 2016 festgelegt. Die Vereinbarung bundeseinheitlicher Grundsätze zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation gem. § 120 Abs. 3 S. 4 SGB V wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2017 durch die Bundesschiedsstelle gem. § 18a KHG festgesetzt. Die BKG hat ihre Mitglieder regelmäßig über die aktuellen Entwicklungen informiert.

Neben den beschriebenen Bereichen existieren weitere ambulante Leistungsbereiche, wie z.B. Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V und Geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V. Die BKG unterstützte die Krankenhäuser u.a. bei Schiedsstellenverfahren zur Vergütung von Sozialpädiatrischen Zentren.

II.8. Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

II.8.1. Externe datenschützte Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Die vom G-BA beschlossene Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) regelt die auf Bundes- und Landesebene einzurichtenden Strukturen der externen vergleichenden Qualitätssicherung im stationären Bereich, ihre Finanzierung sowie die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für den Fall von Auffälligkeiten.

Zur Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V hat die BKG mit den Krankenkassenverbänden im Land Berlin unter Beteiligung der ÄKB und dem Pflegerat Berlin-Brandenburg ein Vertragswerk geschaffen, das die organisatorischen und inhaltlichen Belange der zu errichtenden Gremien auf Landesebene regelt. Zur Steuerung des Qualitätssicherungsverfahrens wurde ein Lenkungsausschuss für die externe vergleichende Qualitätssicherung gebildet. Im Berichtszeitraum hat die BKG den Vorsitz im Lenkungsausschuss bis April 2017 wahrgenommen und im Anschluss turnusgemäß den stellvertretenden Vorsitz für zwei Jahre übernommen.

Für die Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden ärztliche Fachgruppen für die Bereiche Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, Neonatologie, Geburtshilfe, Pneumonie und Dekubitus Prophylaxe unter Beteiligung von Vertretern der BKG eingerichtet. Zur organisatorischen Unterstützung der Fachgruppen und des Lenkungsausschusses bei der Durchführung des strukturierten Dialoges sowie der Krankenhäuser bei beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen wurde ein Qualitätsbüro bei der Ärztekammer Berlin (QBB) eingerichtet. Der Datenservice der BQS-Hamburg war auch im Berichtszeitraum mit der Annahme der Daten aus den Berliner Krankenhäusern, der Durchführung der erforderlichen Datenpflege sowie den Auswertungen im Auftrag der Landesebene beauftragt.

Die Fachgruppen haben im Berichtszeitraum 2016 – 2018 eingehend den strukturierten Dialog im Falle statistischer Auffälligkeiten der Auswertungsergebnisse für die Verfahrensjahre 2016, 2017 und 2018 mit den Krankenhäusern geführt, hieraus abzuleitende Qualitätssicherungsmaßnahmen erörtert und die Krankenhäuser mit dem Ziel einer kontinuierlichen Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung beraten bzw. informiert. Die ärztlichen Fachgruppen haben dem Lenkungsausschuss regelmäßig über die Ergebnisse des strukturierten Dialoges berichtet. Im Ergebnis haben die Fachgruppen die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der stationären Leistungserbringung bestätigt. Sofern im Einzelfall statistische Auffälligkeiten bei der Leistungserbringung bestanden, wurden diese im strukturierten Dialog mit Vertretern der Krankenhäuser konstruktiv erörtert und im Folgejahr überprüft.

Zudem hat der Lenkungsausschuss eine Arbeitsgruppe „Wiederkehrende Probleme in der Fachgruppenarbeit“ eingerichtet. Die Arbeitsgruppe hat unter Beteiligung von Vertretern der BKG am Beispiel des Leistungsbereiches Orthopädie/Unfallchirurgie gemeinsam mit Vertretern der Fachgruppe beispielhaft eine Analyse bestehender Problemstellungen vorgenommen und eine Matrix möglicher Lösungsansätze/Verantwortlichkeiten erarbeitet. Die vom Lenkungsausschuss beschlossene Matrix soll zukünftig Grundlage einer strukturierten Ansprache wiederkehrender Problemstellungen sowohl auf Landesebene als auch mit der Bundesebene ermöglichen.

Der Lenkungsausschuss hat im Berichtszeitraum neun Mal getagt. In dieser Zeit hat der Lenkungsausschuss die jährlichen Berichte der Fachgruppen über die Ergebnisse der stationären Qualitätssicherungsmaßnahmen und des strukturierten Dialoges entgegengenommen und beraten. Die Berichte über die Entwicklung der Qualitätssicherung auf Landesebene wurden im Rahmen des indirekten Verfahrens beschlossen und an die Bundesebene bzw. den G-BA weitergeleitet. Daneben hat sich der Lenkungsausschuss jährlich mit dem Haushaltsplan für die Finanzierung der Aufgaben des Qualitätsbüros Berlin befasst und den Bericht der Rechnungsprüfer entgegengenommen. Auf der Grundlage der Empfehlungen des Lenkungsausschusses hat die BKG für das jeweilige Verfahrensjahr mit den übrigen Vertragsparteien und der ÄKB eine Vereinbarung über einen Qualitätssicherungszuschlag zur Erfüllung der Aufgaben auf Landesebene vereinbart.

II.8.2. Externe datengeschützte, sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Mit Inkrafttreten der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) am 2. Dezember 2010 wurden die Grundlagen für die Entwicklung und Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung geschaffen. Zum 1. Januar 2016 wurde bundesweit das bisherige Verfahren der stationären Qualitätssicherung „PCI und Koronarangiografie“ als erstes sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren eingeführt. Zum 1. Januar 2017 hat der G-BA zur Qesü-RL ein zweites Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion“ (QS-WI) beschlossen.

Zur Umsetzung der Qesü-RL waren Landesarbeitsgemeinschaften (LAGen) durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und die Verbände der Krankenkassen zu bilden. Zur Annahme der Daten aus den Krankenhäusern ist eine Datenannahmestelle entweder bei der Landeskrankenhausgesellschaft oder bei der LQS (in Berlin das QBB) einzurichten. Für die Vertragsärzte (einschließlich der Belegärzte) und der Leistungen der ermächtigten Ärzte erfolgte eine Datenannahme durch die KV Berlin. Die BKG hatte in einer Reihe von Gesprächen einen intensiven Informations- und Meinungsaustausch zur Umsetzung der Qesü-RL mit den übrigen Vertragspartnern auf Landesebene aufgenommen.

Am 21. Juli 2016 hat der G-BA vor dem Hintergrund der offenkundigen Umsetzungsprobleme Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung beschlossen. Neben einer Klarstellung der Finanzierung der Aufgaben der datengestützten Qualitätssicherung auf Landesebene einschließlich der notwendigen Strukturen durch die Krankenkassen wurde festgelegt, dass die auf Landesebene vorhandenen Strukturen für die Umsetzung der Qesü-RL genutzt werden sollen. Nachdem der G-BA die Einzelheiten der Umsetzung beschlossen hat, haben die Vertragsparteien auf Landesebene nach intensiven Verhandlungen einen Vertrag zur Umsetzung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) im Land Berlin einschließlich einer Geschäftsordnung der Landesarbeitsgemeinschaft in Berlin mit Wirkung zum 30. September 2017 konsentiert. Das Vertragswerk orientiert sich weitgehend an den Vorgaben der Qesü-RL. Sie sieht die zur Umsetzung Errichtung einer Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) und Steuerung durch einen Lenkungsausschusses vor. Mit der administrativen Unterstützung des Lenkungsausschusses und neu einzurichtender Fachgruppen sollte das QBB als Geschäftsstelle beauftragt werden. Diese sollte auch die Funktion einer Datenannahmestelle für den stationären Bereich übernehmen, nachdem die BKG erklärt hatte, diese Funktion nicht auf eigene Kosten zu übernehmen.

Mit dem Ziel, die bewährten Strukturen des QBB neben der Wahrnehmung der Aufgaben zur Umsetzung der stationären Qualitätssicherung auch für die Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie der zukünftig von der Bundesebene weiterentwickelten datengestützten Qualitätssicherung

(DEQS-RL) nutzen zu können, wurden mit der Ärztekammer Berlin Möglichkeiten einer Ausgliederung des QBB aus der Trägerschaft der Ärztekammer erörtert. Unter Abwägung der für den Übergang zugrunde gelegten Eckpunkte und rechtlichen Rahmenbedingungen soll der Übergang des QBB möglichst bis Ende des 1. Halbjahres 2019, jedoch bis spätestens 31. Dezember 2019, abgeschlossen sein. Ein Vertragstext für eine Anpassung des Qualitätssicherungsvertrages sowie ein Konzept für die rechtliche und inhaltliche Gestaltung eines Betriebsüberganges wurde zwischen der Ärztekammer, den Krankenkassenverbänden und der BKG inzwischen weitgehend konsentiert.

Vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich von der Bundesebene zum 1. Januar 2019 vorgesehenen Überführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) unter das Dach einer Rahmenrichtlinie zur datengestützten Qualitätssicherung (DeQS-RL) waren die Vertragsparteien der Qesü-RL im Herbst 2018 auf Landesebene darin überein gekommen, die institutionelle Umsetzung der Qesü-RL auf Landesebene auszusetzen und direkt im Rahmen der Umsetzung der neuen Rahmenrichtlinie ab 1. Januar 2019 vorzunehmen. Sobald die Nichtbeanstandung der DeQS-RL vorliegt, ist die Aufnahme von Gesprächen über ggf. notwendige Vertragsanpassungen des Vertragswerkes zur Qesü-RL zur Einrichtung einer LAG-DeQS-RL und zur Übernahme entsprechender Aufgaben durch das QBB in zukünftiger Trägerschaft der LAG-DeQS vorgesehen.

Ungeachtet der laufenden Verhandlungen auf Landesebene zur Umsetzung der G-BA-Richtlinien zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hat sich die Geschäftsstelle vor dem Hintergrund der von der Landesebene nicht zu verantwortenden Verzögerung bei der Einrichtung u.a. einer Datenannahmestelle auf Landesebene für eine Verlängerung der Annahmefristen der PCI-Daten der Krankenhäuser des Verfahrensjahres 2016 eingesetzt. Nachdem das IQTIG einer Verlängerung der Datenlieferung zugestimmt hatte, hat sich die Geschäftsstelle kurzfristig an die Vertragspartner der stationären Qualitätssicherung auf Landesebene (Krankenkassenverbände, Ärztekammer Berlin) gewandt und eine Annahme der bei den Krankenhäusern gespeicherten Daten der Qesü-RL des Verfahrensjahres 2016 durch das QBB vorgeschlagen. In der Folge konnte ein entsprechendes Verfahren unter Einbeziehung des QBB und des Datenservices bei der BQS für die Verfahrensjahre 2016 bis 2018 vereinbart werden. Damit wurde ermöglicht, dass auch für die von den Krankenhäusern im Land Berlin erhobenen PCI-Daten Auswertungen durch die Bundesebene erstellt werden konnten.

II.8.3. Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborene

Die Richtlinie zur Qualitätssicherung für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) sieht für Perinatalzentren, die dem G-BA erklärt haben, die Personalvorgaben der Richtlinie ab dem 1. Januar 2017 nicht erfüllen zu können, einen klärenden Dialog auf Landesebene vor. Verantwortlich für die Umsetzung der G-BA Richtlinie ist der Lenkungsausschuss für die stationäre Qualitätssicherung. Er hatte zur Umsetzung eine Fachgruppe zur Durchführung des klärenden Dialoges unter Beteiligung der Krankenkassenverbände, der Ärztekammer Berlin und der BKG eingerichtet. Sie wird durch einen Vertreter der Planungsbehörde und der Fachgruppe Neonatologie ergänzt und durch das QBB organisatorisch unterstützt.

Die Fachgruppe hat am September 2017 den klärenden Dialog mit den Perinatalzentren im Land Berlin auf der Grundlage eines abgestimmten Fragebogens zur Durchführung des klärenden Dialoges aufgenommen. In zahlreichen Sitzungen wurden die eingereichten Unterlagen und Antworten der Perinatalzentren gemeinsam erörtert, Gespräche mit den Perinatalzentren geführt und Zielvereinbarungen mit den Perinatalzentren getroffen.

Die Fachgruppe hat die in der QFR-RL vorgesehenen halbjährlichen Berichte für das Land Berlin erarbeitet. Diese wurden vom Lenkungsausschuss beschlossen und zum 31. Januar 2018 bzw. 31. Juli 2018

dem G-BA fristgerecht übermittelt. In dem Bericht werden der Sachstand zum Verfahren und insbesondere auch die von den Perinatalzentren angeführten Gründe für die Nichterreichung der Personalvorgaben beschrieben. Als wesentliche Gründe wurden von den Perinatalzentren insbesondere plötzliche, unvorhersehbare gesundheitlich bedingte Ausfälle beim Personal und unvorhersehbare Aufnahme- und Belegungsspitzen sowie die fehlende Verfügbarkeit von qualifiziertem Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt genannt. Von den Perinatalzentren wurde zudem geäußert, dass die Vorgabe der Wiedererfüllung der Personalvorgaben im Falle von unvorhersehbaren Belegungsspitzen innerhalb von nur 2 Schichten mit verhältnismäßigem Vorhalteaufwand nicht möglich ist. Eine vom G-BA geforderte Prognose der Erreichung der Ziele bis zum Ende des Jahres 2019 konnte auf der Grundlage der im Berichtszeitraum vorliegenden Daten – wie auch in den meisten übrigen Bundesländern – noch nicht abgegeben werden. Zudem wurde auf den für alle Beteiligten des klärenden Dialoges erheblichen Verfahrens- und Dokumentationsaufwand hingewiesen.

Die vom Lenkungsausschuss eingerichtete Fachgruppe ist beauftragt, den klärenden Dialog weiter fortzuführen. Den Perinatalzentren wurde empfohlen, den Dialog zu nutzen, dem G-BA die Gründe für eine, ggf. objektiv bestehende Unmöglichkeit der Erfüllung der Personalvorgaben des G-BA darzulegen.

II.8.4. Strukturierter Qualitätsbericht

Der G-BA beschließt über Inhalte und Umfang der seit 2013 jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Der strukturierte Bericht soll den Stand der Qualitätssicherung, insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie der Umsetzung der Mindestmengenregelung, darstellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist über den in der Vereinbarung festgelegten Empfängerkreis hinaus von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen.

Im Berichtszeitraum hat der G-BA weitere Änderungen zu Inhalt und Form des strukturierten Qualitätsberichts der Krankenhäuser beschlossen. Neben der Einführung einer sogenannten „Positivliste“ derjenigen Krankenhäuser und deren Standorte, für die eine Berichtspflicht besteht, hat der G-BA Plausibilisierungsregelungen zur Validierung der Qualitätsberichte beschlossen. Durch eine frühzeitige Plausibilisierung bereits im Rahmen der Erfassung und vor der Lieferung der Daten, sollen Fehler oder Auffälligkeiten noch vor dem Abgabe des Berichts bei der Annahmestelle durch das Krankenhaus identifiziert und beseitigt werden können. Hierzu hat der G-BA einen webbasierten Plausibilisierungsdienst eingerichtet.

Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V hat eine Arbeitsgruppe damit beauftragt, eine Analyse des Standes der Barrierefreiheit von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung im Land Berlin vorzunehmen und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten. Für den stationären Bereich sollte hierbei auf die Daten zur Barrierefreiheit in den strukturierten Qualitätsberichten zurückgegriffen werden. Die BKG wurde hierzu gebeten, eine entsprechende vergleichende Auswertung der Qualitätsberichtsdaten der Krankenhäuser vorzunehmen. Sie hat ein entsprechendes Softwaretool angeschafft und eine vergleichenden Auswertung der Qualitätsberichtsdaten der Krankenhäuser zur Barrierefreiheit zur Verfügung gestellt. Dieser fand Eingang in den entsprechenden Bericht der Patientenbeauftragten an das Gemeinsame Landesgremium. Unter Verweis auf diese Ergebnisse hat die Patientenbeauftragte die in den Qualitätsberichten öffentlich zur Verfügung stehenden Angaben als unvollständig und inkongruent sowie kaum auffindbar und schwer nutzbar für die Patienten kritisiert. In einem Gespräch mit der Patientenbeauftragten hat die Geschäftsstelle mögliche Problemstellungen beraten. Im Ergebnis bestand Einvernehmen, dass die Kriterien des Qualitätsberichts und hierzu von den Krankenhäusern

gemachte Angaben auch weiterhin Grundlage der Darstellung und Bewertung der Barrierefreiheit der Krankenhäuser im Land Berlin bleiben sollen. Mit dem Ziel, die Datengrundlage für die Darstellung der Barrierefreiheit weiter zu verbessern, hat die BKG den Krankenhäusern empfohlen, die Angaben zur Barrierefreiheit jeweils sorgfältig zu ermitteln und den Qualitätsbericht vollständig auszufüllen. Sofern einzelne Kriterien nicht für alle Fachabteilungen des Krankenhauses zutreffen oder sinnvoll sind, sollte nach Möglichkeit eine Darstellung auf Fachabteilungsebene erfolgen. Zudem wurde den Krankenhäusern empfohlen, Angaben zu einem Ansprechpartner für Betroffene aufzunehmen. Zur Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit, z.B. durch ein erleichtertes Auffinden der Informationen, hat die BKG das DKTIG gebeten, im Rahmen der aktuellen Überarbeitung des BKV/DKV Möglichkeiten eines entsprechenden Sucheinstiegs sowie eine gesonderte Seite mit Patientinformationen zur Thematik zu prüfen.

Die BKG hat die Krankenhäuser im Land Berlin im Berichtszeitraum regelmäßig über die Beschlüsse des G-BA und entsprechende Umsetzungshinweise informiert. Im Zusammenhang mit den vom G-BA beschlossenen Sanktionsregelungen wurden den Krankenhäusern rechtliche Hinweise und Empfehlungen – insbesondere zur Frage der Standortdefinition und der Berücksichtigung von Tageskliniken – zur Verfügung gestellt. Die BKG hat die Krankenhäuser mit Arbeitshilfen zur Erstellung der strukturierten Qualitätsberichte und Ausfüllhinweisen unterstützt.

II.8.5. Gemeinsamer Bundesausschuss

Der G-BA hat im Berichtszeitraum zahllose Beschlüsse gefasst, die mittelbare oder unmittelbare Auswirkungen auf die Krankenhäuser im Land Berlin haben. Neben den unter den an andere Stelle im Geschäftsbericht im Einzelnen beschriebenen Themen und Richtlinien betreffen diese insbesondere folgenden Regelungsbereiche:

- Katalog von Leistungen oder Leistungsbereiche zugelassener Krankenhäuser, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen (§ 136b SGB V)
- Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
- Mindestmengenregelung nach § 136b Abs. 1 SGB V (Mm-R)
- Einzelheiten zu Qualitätskontrollen im Krankenhaus nach § 275a i. V. m. § 137 Abs. 3 SGB V
- Festlegung eines gestuften Systems von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c SGB V gemäß § 137 Abs. 1 SGB V
- Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln nach § 137a Abs. 3 SGB V
- Grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V zur Verbesserung der Patientensicherheit und Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme sowie deren Finanzierung (§ 136a Abs. 3 SGB V)
- Konkretisierung eines unabhängigen Zweitmeinungsverfahrens für planbare Eingriffe gemäß § 27b Absatz 2 SGB V
- Nutzenbewertungen zu Arzneimitteln nach § 35a SGB V
- Bewertung nichtmedikamentöser und diagnostischer und therapeutischer Verfahren sowohl im Krankenhaussektor (gemäß § 137c SGB V) als auch im vertragsärztlichen Bereich (gemäß § 135 SGB)
- Richtlinien zur Erprobung nach § 137e SGB V sowie Bearbeitung der Anträge auf Erprobung nach § 137e Abs. 7 SGB V durch den G-BA
- Bewertung von Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V

Die BKG hat die Krankenhäuser im Berichtszeitraum regelmäßig über die Beschlüsse des G-BA sowie Verfahrensregelungen und Finanzierungsabstimmungen auf Bundesebene informiert.

II.9. EDV und Statistik

II.9.1. Krankenhausstatistik

Auf der Grundlage der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) erfolgt durch das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg eine jährliche Erhebung von Daten der Krankenhäuser sowie der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, deren organisatorische Einheiten, personelle und sachliche Ausstattung sowie der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik schaffen unter anderem die statistische Basis für gesundheitspolitische Betrachtungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausplanung und -finanzierung beteiligten Institutionen als Datengrundlage. Weiterhin werden die Ergebnisse von der Wissenschaft und Forschung genutzt und dienen zur Information der Öffentlichkeit.

Um die Krankenhäuser von einer manuellen Erfassung der Statistikdaten zu entlasten und die Übermittlung zwischen Krankenhäusern und Statistischen Landesämtern zu erleichtern, hat das Statistische Bundesamt eine Datenschnittstelle im xml-Format definiert, die zur Übernahme von in Krankenhaus-Informationssystemen vorhandenen Daten und zur maschinenlesbaren Übermittlung der Erhebungsbögen an die Statistischen Landesämter dienen sollte. Die BKG hat den Krankenhäusern ein auf dieser Grundlage von der DKG entwickeltes Krankenhausstatistikmodul zur Verfügung gestellt, das jährlich aktualisiert wurde. Mit diesem Programm konnten die Statistikdaten aus den EDV-Systemen der Krankenhäuser eingelesen, überprüft und ergänzt sowie als Ergebnis dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg in elektronischem Format zur Verfügung gestellt werden. Das Programm der DKG wurde letztmalig im Jahr 2018 veröffentlicht und wird im Jahr 2019 von den Online-Meldeverfahren eSTATISTIK.core und IDEV abgelöst.

Auf der Grundlage der im Rahmen der Krankenhausstatistik-Verordnung durch die Krankenhäuser zur Verfügung gestellten statistischen Daten werden seitens des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg sowie des Statistischen Bundesamtes jährliche Berichte zu den Grund-, Kosten- und Diagnosedaten veröffentlicht. Seitens der BKG werden den Krankenhäusern in Berlin regelmäßige Auswertungen, Auszüge sowie Übersichten zu den aktuellen Statistiken sowie Entwicklungen im Krankenhausbereich zur Verfügung gestellt.

Ergänzend zu den statistischen Kennzahlen des Statistischen Landes- und Bundesamtes stellt die BKG den Krankenhäusern jährlich eine von der DKG veröffentlichte Broschüre „Zahlen, Daten, Fakten“ zur Verfügung, die eine ausführliche Zusammenfassung von Zahlen und Schaubildern über aktuelle Entwicklungen des deutschen und internationalen Gesundheits- und Krankheitswesens beinhaltet.

II.9.2. Datenübermittlung nach §§ 120, 301 SGB V und § 17c KHG

In dem Berichtszeitraum führten gesetzliche Änderungen, krankenhaushausindividuelle Vereinbarungen sowie die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme zu umfangreichen Fortschreibungen der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG wurden insoweit mehrere Fortschreibungen, Nachträge und Schlüsselfortschreibungen vorgenommen. Die BKG hat die Krankenhäuser regelmäßig über die Veränderungen bei der Abrechnung nach §§ 120, 301 SGB V und § 17c KHG informiert. Gleichzeitig wurde die im Jahr 2016 beschlossene Umstellung auf IP-basierte Übermittlungstechnologien (FTAM/IP) durch regelmäßige Informationen sowie Umstellungshinweise für Krankenhäuser begleitet.

II.9.3. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Der Gesetzgeber sieht gemäß § 291 a SGB V den Aufbau einer sektorenübergreifenden, sicheren Telematikinfrastruktur (TI) zum digitalen Informationsaustausch im Gesundheitswesen vor und hat hiermit die Selbstverwaltung beauftragt. Die Telematikinfrastruktur soll alle Akteure des Gesundheitswesens im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung vernetzen und den sektoren- und systemübergreifenden sowie sicheren Austausch von Informationen gewährleisten. Die BKG hat die Krankenhäuser regelmäßig über die jeweiligen Verfahrens- und Umsetzungsschritte zur Einführung der eGK informiert.

II.9.4. DRG-Benchmarkverfahren

Mit der Einführung des DRG-Systems ist u.a. eine hohe Leistungstransparenz im Krankenhausbereich verbunden. Entsprechend bilden die Daten nach § 21 KHEntgG und darauf basierende DRG-Auswertungen eine wesentliche Grundlage für die Budget- und Entgeltverhandlungen und für die Krankenhausplanung. Zudem werden im Rahmen der Qualitätssicherung DRG-Daten, z.B. in der Darstellung des Qualitätsberichtes, eingesetzt. Vor diesem Hintergrund hat die BKG den Krankenhäusern auf der Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2015 (DRG- und PEPP-Benchmarking 2016), des Jahres 2016 (DRG- und PEPP-Benchmarking 2017) und des Jahres 2017 (DRG- und PEPP-Benchmarking 2018) jeweils umfangreiche Auswertungen und Analysen im Rahmen eines Benchmarkverfahrens zur Verfügung gestellt.

Die Auswertungen bieten einen aktuellen Überblick über die leistungsbezogenen Daten und Entwicklungen in den Erlös- und Leistungsstrukturen und dienen insbesondere zur Unterstützung der Vorbereitung der Budget- und Entgeltverhandlungen sowie für krankenhauserne interne Planungs- und Steuerungsprozesse. Die Auswertungsberichte stellen einleitend relevante Kennzahlen zur stationären Versorgung im Land Berlin auch in Gegenüberstellung zu anderen Bundesländern sowie dem Bundesdurchschnitt auf der Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes bzw. des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg dar. In einem weiteren Kapitel erfolgt eine differenzierte Auswertung auf DRG-Ebene in Form einer Leistungsstruktur- sowie einer Schweregradanalyse der 50 häufigsten DRGs (gemessen am jeweiligen effektiven Case-Mix in Berlin). In Ergänzung hierzu wurde eine differenzierte Analyse des Leistungsspektrums in den Berliner Krankenhäusern auf der Ebene der 50 häufigsten Diagnosen (ICD) und Prozeduren (OPS) durchgeführt.

Die Auswertungen basieren jeweils auf den Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2015, 2016 bzw. 2017 und beziehen alle voll- und teilstationären Leistungen der Berliner Krankenhäuser ein. Zudem wird die Entwicklung ausgewählter Kennzahlen im Zeitverlauf dargestellt. Ergänzend hierzu wurden außerdem Auswertungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Fällen bereitgestellt. Die psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen wurden anhand der häufigsten PEPPs (gemessen an der jeweiligen Fallzahl in Berlin) in Bezug auf voll- und teilstationäre Fälle sowie ICD- und OPS-Kodierungen ausgewertet.

Das DRG-Benchmarking stellt die Leistungs- und Erlösstrukturen der Berliner Krankenhäuser in aggregierter und anonymisierter Form dar. Die BKG stellt Krankenhäusern die Auswertungen ergänzend in einer nicht verkürzten Form als passwortgeschützten Download auf der BKG-Website zur Verfügung. Dies ermöglicht einen Vergleich der hauseigenen Daten mit den jeweiligen Daten auf Landesebene. Die Analysen und Auswertungen im Rahmen des Benchmark-Verfahrens auf der Grundlage aktuell zur Verfügung stehender Daten zeigen den erheblichen Strukturwandel, den die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren vollzogen haben. So weist Berlin mit 52 Betten je 10.000 Einwohner eine der niedrigsten Bettendichten unter den Bundesländern auf. Auch bei der Verweildauer, der Auslastung sowie der Fallzahlhäufigkeit nimmt Berlin eine hervorragende Stellung ein.

II.9.5. LKA-Auswertung Psychiatrie/Psychosomatik

Zur Unterstützung der Budgetverhandlungen für den BPfIV-Bereich hat die BKG im Berichtszeitraum jeweils LKA-Auswertungen für die Fachabteilungen für Allgemeine Psychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik erstellt. Analysiert wurden die wichtigsten Kennziffern der genannten Fachabteilungen, ergänzt um eine Auswertung der Personal- und Sachkosten je Tag für diesen Bereich.

II.9.6. Auswertung der Ausbildungsbudgets

Zur Unterstützung der Verhandlungen der hausindividuellen Ausbildungsbudgets der Krankenhäuser erstellt die BKG jährlich Auswertungen der Vereinbarungsergebnisse im Land Berlin. Die Auswertung bietet eine Orientierung und Einschätzung bezüglich der eigenen Forderung und ermöglicht eine Bewertung der von den Krankenkassen häufig eingebrachten Vergleichsbetrachtungen (z. B. zur Höhe der durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz). Die Auswertung wurde für die Bereiche der Gesundheits- und Krankenpflege- bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege durchgeführt. Für die weiteren Ausbildungsberufe lagen lediglich Vereinbarungen für eine bzw. zwei Ausbildungsstätten/Verbundschulen vor, weshalb eine Auswertung aufgrund der Gewährleistung der Anonymität nicht vorgenommen werden konnte. In den Jahren 2016 bis 2018 wurden den Krankenhäusern Auswertungen für die Budgetjahre 2014, 2015 und 2016 zur Verfügung gestellt.

II.9.7. Erstellung von Qualitätsberichten: IPQ/Easy-QB

Die BKG hat auch im Jahr 2016 das „Internet Portal Qualitätsbericht (IPQ)“ der Landeskrankenhausesgesellschaften u.a. für die öffentliche Darstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit der DKTIG unterstützt und den Krankenhäusern zur einfachen und komfortablen Erstellung des gesetzlichen Qualitätsberichts angeboten. Der Dienst zur Erstellung des Qualitätsberichts über das IPQ wurde mit dem Berichtsjahr 2016 eingestellt. Das IPQ bietet den Krankenhäusern jedoch weiterhin die Möglichkeit, ihre im Berliner bzw. Deutschen Krankenhausverzeichnis hinterlegten Daten zu verwalten und zu aktualisieren.

Für das Berichtsjahr 2016 wurde von der DKTIG in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsforen Leipzig GmbH das Portal EasyQB als Nachfolger des IPQ entwickelt und den Krankenhäusern gegen eine geringe Gebühr zur Verwendung angeboten. Das Portal EasyQB wurde zum Berichtsjahr 2017 ebenfalls eingestellt. Die BKG hat für dieses Berichtsjahr die DKTIG dabei unterstützt, den Krankenhäusern im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit der Firma netfutura mit dem Produkt „promatoQBM“ eine Alternative zu den weggefallenen Produkten IPQ und EasyQB zu bieten.

II.10. Hospiz- und Palliativversorgung

Das Hospiz- und Palliativgesetz ist am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten. Durch die Einführung des Gesetzes können gemäß einer Neuregelung des § 39 a Abs. 2 SGB V nunmehr auch Krankenhäuser ambulante Hospizdienste, die von den Krankenkassen gefördert werden, mit der Sterbebegleitung der Versicherten beauftragen, die ihre letzte Lebensphase dort verbringen. Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales hat zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und ambulanten Hospizdiensten eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. Unter Beteiligung der BKG wurden ein Musterkooperationsvertrag und Informationsblätter für Krankenhausmitarbeiter entwickelt. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe wurden am 11. November 2017 bei einer Fachveranstaltung präsentiert.

Des Weiteren wurde mit dem Hospiz- und Palliativgesetz die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in § 132 g SGB V festgeschrieben. Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI können den Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Die Bewohner sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbegleitung aufgezeigt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene am 13. Dezember 2017 das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung vereinbart. Auf Landesebene wurde im Oktober 2018 zusätzlich ein pauschales Vergütungsverfahren für die Beratungsleistung unter Beteiligung der BKG in der AG § 75 SGB XI vereinbart.

Im September 2010 wurde der Öffentlichkeit eine „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ vorgestellt. Deren Erstellung erfolgte unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband sowie der Bundesärztekammer. Mit der Charta soll ein maßgeblicher Impuls für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen gesetzt werden. Ausgehend von der Charta wurden in einem mehrjährigen Prozess unter Federführung der vorgenannten Institutionen und unter Beteiligung von etwa 50 Organisationen aus dem Bereich des Gesundheitswesens „Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie“ erarbeitet und im Oktober 2016 der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Handlungsempfehlungen beruhen auf drei grundsätzlichen Zielen, deren Umsetzung in einer nationalen Strategie angestrebt wird:

1. einer in ganz Deutschland bedarfsgerechten, für alle Betroffenen zugänglichen Hospiz- und Palliativversorgung mit hoher Qualität,
2. einer in ganz Deutschland gesicherten Finanzierung einer qualitativ hochwertigen Hospiz- und Palliativversorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, anderen Wohnformen sowie in der häuslichen Umgebung und
3. einer auf wissenschaftlicher Grundlage und Qualitätssicherung beruhenden Hospiz- und Palliativversorgung zum Wohle der Betroffenen.

Gegliedert nach den fünf Leitsätzen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, wurden in einer Vielzahl von Handlungsfeldern Analysen der Ausgangssituation vorgenommen und Ziele sowie ein Maßnahmenkatalog zur Umsetzung formuliert. Die dabei aufgegriffenen Themen umfassen:

- Gesellschaftliche Herausforderungen
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung
- Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus
- Entwicklung von Hospiz- und Palliativkompetenzen in stationären Pflegeeinrichtungen
- Hospiz- und Palliativversorgung bestimmter Personengruppen
- Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke
- Bildungsqualität in verschiedenen Berufsfeldern
- Forschung in der Hospiz- und Palliativversorgung
- Die europäische und internationale Dimension

Am 29. Juni 2017 tagte der 6. Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung und regte eine zukünftige aktive Beteiligung u. a. der BKG insbesondere auch in Hinblick auf die Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Charta und die Arbeitsgruppen des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung. Daraufhin hat die BKG am 22. September 2017 zur Eröffnung der 20. Berliner Hospizwoche die Charta und ihre Handlungsempfehlungen unterzeichnet. Des Weiteren wurde die BKG Mitglied des Runden Tisches

Hospiz- und Palliativversorgung und beteiligt sich an den Arbeitsgruppen „Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen“ und „Umsetzung Charta“.

Am 4. Dezember 2017 fand die konstituierende Sitzung der AG „Umsetzung Charta“ statt. Im Jahr 2018 wurde das umfangreiche Handlungsfeld „Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus“ bearbeitet. Zunächst wurde die Ausgangssituation der Krankenhäuser ermittelt, um im Anschluss durch die Sammlung von best-practice-Beispielen Ansätze zur Umsetzung des Maßnahmenkatalogs zu entwickeln. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe wurden am 28. November 2018 bei einer Fachveranstaltung präsentiert. Die BKG hat außerdem eine Ergebnisdatenbank erstellt und diese auf ihrer Website den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

Wesentliche Themen der Sitzungen der AG „Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeeinrichtungen“ innerhalb des Berichtszeitraumes waren die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die haus- und fachärztliche Palliativbetreuung in Pflegeeinrichtungen, die Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132 g SGB V und die damit verbundene Entwicklung einer einheitlichen Notfallverfügung für Berlin.

II.11. Stationäre Pflegeeinrichtungen

II.11.1. Rechtliche Rahmenbedingungen auf Bundesebene

II.11.1.1. Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II

Die für die stationären Pflegeeinrichtungen seit ihrer Einführung umfassendste Reform der Pflegeversicherung ist durch das PSG II erfolgt. Im Mittelpunkt des Gesetzes stand dabei die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gemäß § 14 SGB XI. Mit dieser Neufassung war auch die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments, dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA), verbunden. Anhand der Ergebnisse der Prüfung werden die Pflegebedürftigen in einen, der seit 1. Januar 2017 geltenden fünf Pflegegrade – anstatt der vorher geltenden Pflegestufen – eingeordnet. Die bei der Prüfung durch den MDK maßgeblichen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (Begutachtungsrichtlinien) wurden vor diesem Hintergrund neu gefasst. Menschen, die vor Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes bereits pflegebedürftig im Sinne des SGB XI waren, wurden zum 1. Januar 2017 gemäß § 140 SGB XI in die neuen Pflegegrade übergeleitet. In Bezug auf die Pflegesätze stationärer Pflegeeinrichtungen wurden mit dem PSG II für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile der Versicherten eingeführt. Damit wird das Ziel verfolgt, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Zudem wird verhindert, dass Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz infolge des Erreichens höherer Pflegegrade höhere Eigenanteile als nach dem vorherigen Recht tragen müssen.

Die BKG hat die Pflegeeinrichtungen und den Fachausschuss Pflegeeinrichtungen fortlaufend über das Gesetzgebungsverfahren zum PSG II und über die wesentlichen Neuregelungen informiert. Nach Vorliegen des abschließenden Gesetzestextes hatte die Geschäftsstelle zudem die mit dem PSG II verbundenen Änderungen sowie die wesentlichen Auswirkungen der Neuregelungen im Rahmen einer Sondersitzung des Fachausschusses Pflegeeinrichtungen ausführlich vorgestellt und hierauf aufbauend wesentliche Positionen der BKG für die Verhandlungen der Verbände mit den Kostenträgern zur Umsetzung des PSG II auf Landesebene abgestimmt.

II.11.1.2. Gesetzliche Änderungen in § 115 SGB XI für die vollstationäre Pflege

Mit der zum 17. Dezember 2008 in Kraft getretenen Pflge­transparenzvereinbarung stationär (PTVS) haben die Vereinbarungspartner nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI – u.a. der GKV-Spitzenverband sowie die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene – die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege festgelegt.

Die Einführung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes machte eine Anpassung der PTVS erforderlich. Die Auswahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner wurde auf die eingeführten Pflegegrade angepasst. Die neue PTVS trat zum 1. Januar 2017 in Kraft. Für die Dauer von 12 Monaten ab Inkrafttreten der Vereinbarung wurde bei der Veröffentlichung der Prüfergebnisse im Transparenzbericht der Hinweis gegeben, dass ein Einrichtungsvergleich nur auf der Grundlage von Berichten mit gleicher Prüfgrundlage und Bewertungssystematik möglich ist.

Der Gesetzgeber hat durch die Einführung des § 115 Abs. 3a SGB XI beschlossen, dass die Pflegevergütung gekürzt wird, wenn die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen insbesondere der Verpflichtungen aus dem Versorgungsvertrag oder den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen nach § 84 Abs. 5 und 6 SGB XI ganz oder teilweise nicht einhält. Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI auf Bundesebene haben durch den Qualitätsausschuss gem. § 115 Abs. 3b SGB XI das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung vereinbart. Eine Verletzung der Verpflichtungen der Pflegeeinrichtung wird gem. § 115 Abs. 3a SGB XI vermutet bei:

1. Einem planmäßigen und zielgerichteten Verstoß des Trägers der Einrichtung gegen die Verpflichtung zur Einhaltung der nach § 84 Abs. 5 S. 2 Nr. 2 SGB XI vereinbarten Personalausstattung
2. Nicht nur vorübergehender Unterschreitung der nach § 84 Abs. 5 S. 2 Nr. 2 SGB XI vereinbarten Personalausstattung
3. Nichtbezahlung der nach § 84 Abs. 2 S. 5 SGB XI bzw. nach § 89 Abs. 1 S. 4 SGB XI zugrunde gelegten Gehälter.

Die Vereinbarung trat am 1. April 2018 in Kraft.

Die BKG hat die Neufassung der PTVS und das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung im Fachausschuss Pflegeeinrichtungen beraten und die angeschlossenen Mitgliedspflegeeinrichtungen über die wesentlichen Änderungen informiert.

II.11.2. Rechtliche Rahmenbedingungen auf Landesebene

II.11.2.1. Rahmenverträge nach § 75 SGB XI

Die landesweiten Rahmenverträge gemäß § 75 SGB XI für die vollstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege regeln insbesondere den Inhalt der Pflegeleistungen, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung, die Zusatzleistungen, die Personalschlüssel sowie die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme und der Abrechnung der Entgelte. Vertragsparteien sind die Landesverbände der Pflegekassen, das Land Berlin als Sozialhilfeträger und die Verbände der stationären Pflegeeinrichtungen, darunter die BKG.

Im Berichtszeitraum erfolgten entsprechende Anpassungen der geltenden Rahmenverträge durch den Abschluss von Ergänzungsvereinbarungen zu den Rahmenverträgen gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI für die vollstationäre Pflege, die Kurzzeitpflege sowie für die teilstationäre Pflege im Land Berlin. Die Ergänzungsvereinbarungen enthalten die zwischen den Vertragspartnern des Rahmenvertrages, den Verbänden der Pflegekassen, dem Sozialhilfeträger und den Leistungserbringerverbänden vereinbarten neuen Personalrichtwerte differenziert nach Pflegegraden für die allgemeine Pflege, die segregativen Wohnbereiche, die Kurzzeitpflege und die Tagespflege. Sie traten zum 1. Januar 2017 in Kraft.

Die Verhandlungen von Verträgen nach § 132a SGB V zur Erbringung von medizinischer Behandlungspflege in den besonderen Wohnbereichen der Anlagen B und C, finanziert durch nach dem Krankenversicherungsrecht, konnten im Mai 2017 abgeschlossen werden. Im Anschluss haben die Vereinbarungspartner des Rahmenvertrages die Neugestaltung der Anlagen B und C des Rahmenvertrages für die vollstationäre Pflege durch eine Ergänzungsvereinbarung verabschiedet. Die Neugestaltung zielt darauf ab, die in den Anlagen beschriebenen Strukturvoraussetzungen für die Leistungserbringung an den aktuellen Stand der pflegefachlichen und technischen Entwicklung anzupassen.

Die Vereinbarungspartner des Rahmenvertrages haben im Jahr 2018 mit der Anpassung des Rahmenvertrages gemäß dem zweiten und dritten Pflegepersonalstärkungsgesetz begonnen. Die Verhandlungen zur Neugestaltung des Rahmenvertrages dauern über den Berichtszeitraum hinaus an.

II.11.2.2. Berliner Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII

Gemäß dem Berliner Rahmenvertrag besteht eine ständige Kommission (Kommission 75) aus Vertretern der Vereinbarungspartner, die für alle Entscheidungen im Zusammenhang mit Vereinbarungen nach § 75 SGB XII zuständig ist. Die Kommission 75 beschloss im Berichtszeitraum eine grundlegende Reform in der Ausgestaltung des Berliner Rahmenvertrags Soziales zum 1. April 2017. Die neuen Anlagen 4, 7, 10 und 11 wurden inhaltlich geändert und redaktionell neu gefasst. Des Weiteren wurde die Anlage zum Berliner Rahmenvertrag „Regelungen und Empfehlungen zum Schutz der Leistungsberechtigten vor sexualisierter Gewalt und Missbrauch“ beschlossen. Entwickelt unter Beteiligung von externem Sachverstand wurden in der Anlage u.a. die verbindliche Einführung von Schutzkonzepten und deren Begleitung getroffen. Zum Ende des Berichtszeitraumes gilt der Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII in der Fassung vom 1. April 2017.

II.11.2.3. Wohnteilhabegesetz (WTG)

Im März 2016 hat die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales einen Entwurf einer Verordnung zur Anhörung der Wohnteilhabe-Mitwirkungsverordnung (WTG-MitwirkV) gemäß § 29 S. 1 Nr. 1 WTG vorgelegt. Die BKG erarbeitete eine umfangreiche Stellungnahme. Die Forderung der BKG aufnehmend – erfolgte eine Vereinfachung des Wahlverfahrens, welches in § 10 WTG-MitwirkV geregelt wird. Die WTG-MitwirkV wurde schließlich von der SenGeSoz erlassen und ist durch die Veröffentlichung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Sie hat somit die bis dato geltende Heimmitwirkungsverordnung – HeimmwV vom 19. Juli 1976 abgelöst. Die WTG-MitwirkV normiert insbesondere die Bildung von Bewohnerbeiräten (§ 1 WTG-MitwirkV), die Mitwirkung des Bewohnerbeirates (§ 3 WTG-MitwirkV) sowie die Pflichten des Einrichtungsträgers (§ 4 WTG-MitwirkV). Die Vorschriften der WTG-MitwirkV gelten u.a. für vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege, für vollstationäre Einrichtungen der Kurzzeitpflege sowie für teilstationäre Einrichtungen der Tagespflege.

II.11.2.4. Landespflegeplan 2016

Die Bundesländer sind gemäß § 9 SGB XI beauftragt eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftlich pflegerische Versorgungsstruktur vorzuhalten. Der Landespflegeplan als Nachweis der Aufgabenerfüllung wird in einem fünfjährigen Zyklus veröffentlicht und gibt einen Überblick über die gesamte pflegerische Versorgung in Berlin. Der Landespflegeplan 2016 - Pflege- und pflegeunterstützende Angebote in Berlin - wurde am 10. Juni 2016 veröffentlicht und gibt ausgehend von den maßgeblichen pflegepolitischen Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene sowie der mengenmäßigen Entwicklung der Pflegebedürftigen insbesondere einen detaillierten Überblick über die bestehenden Angebote und Versorgungsschwerpunkte der ambulanten und stationären Pflege im Land Berlin und stellt – bezogen u.a. auf die Pflegebedürftigen, die Versorgungsformen sowie die Beschäftigten in der Pflege – eine Prognose für die diesbezügliche Entwicklung bis zum Jahr 2030 dar. Das Berliner Projekt wurde erstmals im Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in den Landespflegeplan aufgenommen. Ein weiterer in den Landespflegeplan aufgenommener Schwerpunkt ist die „Arbeit und Ausbildung in der Altenpflege“.

II.11.3. Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus

Das Berliner Projekt zur medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen besteht seit April 1998. Ein wesentlicher Schwerpunkt der Weiterentwicklung des Berliner Projekts im Berichtszeitraum war die Neufassung der Pauschale für die medizinisch-therapeutischen Leistungen. Im vorherigen Berichtszeitraum wurde mit Wirkung zum 1. Juli 2015 eine neue Systematik zur Vergütung der Heilmittelerbringung im Rahmen des Berliner Projekts vereinbart. Ein Bestandteil der damaligen Vergütung war die Anhebung der Heilmittelpauschale von 1,08 Euro auf 1,30 Euro je Belegtag und je teilnehmendem Versicherten (Grundpauschale) sowie die Einführung von versicherten- und diagnosebezogenen, zeitlich befristeten Zusatzpauschalen. Diese Vergütungssystematik wurde im Berichtszeitraum durch eine Arbeitsgruppe des Lenkungsausschusses evaluiert. Aufgrund der hohen personellen Kapazitäten für das händische Abrechnungsverfahren seitens der am Projekt beteiligten Krankenkassen und des beauftragten Controllingunternehmens hat die Geschäftsstelle zusammen mit dem Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg ein neues Finanzierungsmodell für die Heilmittelversorgung im Berliner Projekt entwickelt. Das neue Finanzierungsmodell schafft die bisherige Abrechnung der zusätzlichen Heilmittelpauschalen wieder ab und ersetzt sie durch eine morbiditätsabhängige Pauschale auf der Grundlage der Abrechnungswerte der zusätzlichen Heilmittelpauschalen von 2015 und 2016. Die neue Heilmittelpauschale im Berliner Projekt setzt sich zusammen aus:

1. Morbiditätsabhängige Pauschale:

Die laut Vertrag in 2015 und 2016 abrechenbaren und nach Prüfung ausgezahlten zusätzlichen Heilmittelpauschalen wurden je Einrichtung gelistet, aufsummiert und auf Belegtage umgerechnet. Für jede Einrichtung wurde ein individueller Betrag je Belegtag ermittelt der für zwei Jahre festgesetzt wird. Anschließend wurde aus allen individuellen Beträgen ein Durchschnitt über alle Einrichtungen (0,39 Euro) gebildet.

2. Grundpauschale

Da der Referenzwert der Regelversorgung (2,31 Euro) von den Kostenträger als Obergrenze der im Durchschnitt über alle Pflegeeinrichtungen zu zahlenden Pauschalen festgelegt wurde, wird von diesem die durchschnittliche morbiditätsabhängige Pauschale (0,39 Euro) abgezogen. Dies ergibt eine Grundpauschale in Höhe von 1,91 Euro je Belegtag. Im Vergleich zur vorherigen Grundpauschale (1,30 Euro je Belegtag) entspricht dies einer Steigerung von ca. 47 %. Es erfolgt außerdem eine jährliche Dynamisierung der Grundpauschale.

Als Gesamtergebnis des neuen Finanzierungsmodells entsteht eine hausindividuelle Heilmittelpauschale, die den Finanzierungsbedarf der individuellen Klientel in den Einrichtungen berücksichtigt. Es wurden einrichtungsindividuelle Vereinbarungen mit einer Laufzeit von zwei Jahren abgeschlossen, die zum 1. Juli 2018 in Kraft getreten sind.

Im vorherigen Berichtszeitraum hatte der Lenkungsausschuss die Einrichtung einer Arbeitsgruppe beschlossen, um die Anpassung der ärztlichen Vergütung zu prüfen. Das Ergebnis dieser Beratungen sieht eine Anhebung der ärztlichen Pauschale ab dem 1. April 2017 auf 2,45 Euro (brutto) pro Belegtag und teilnehmendem Versicherten von bislang 2,39 Euro (brutto) vor. Dies entspricht einer Steigerung um rund 2,5 %. Die Vereinbarung trat zum 1. April 2017 in Kraft und die vertragliche Anpassung des § 8 Abs. 1 des Vertrages nach § 73c SGB V wurde auf der Grundlage einer Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag nach § 73c SGB V vorgenommen.

Im Oktober 2017 wurde ein neuer Abschnitt 37.3 (Leistungen zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführt. Diese neuen EBM-Leistungen waren noch nicht im Vertrag nach § 73c SGB V enthalten, weshalb die o. g. Arbeitsgruppe die Aufnahme dieser EBM-Leistungen innerhalb des Berliner Projektes erörtert hat. Um die palliativmedizinische Versorgung im Berliner Projekt zu stärken, beschloss der Lenkungsausschuss eine weitere Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag nach § 73c SGB V, in welcher die Vergütung der Leistungen des Abschnitts 37.3 EBM ab dem 1. Oktober 2018 für zwei Jahre neben der ärztlichen Pauschale des Berliner Projekts geregelt ist.

Zur ergänzenden Unterstützung der Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen des Berliner Projekts werden von den Vertragspartnern des Berliner Projekts zweimal jährlich ganztägige berufsgruppenübergreifende Seminare (Schnittstellenseminare) veranstaltet. Im Berichtszeitraum haben insgesamt fünf Schnittstellenseminare stattgefunden.

Die neu gestaltete Internetseite des Berliner Projektes ist seit dem 1. August 2016 unter www.berliner-projekt.de erreichbar und enthält neben Informationen, u.a. für Versicherte, Ärzte und Pflegeeinrichtungen, zum Berliner Projekt auch eine Kurzdarstellung der Projekteinrichtungen nebst einer Verlinkung auf die Internetseite der Einrichtungen. Die überarbeitete Website liefert eine zeitgemäße Darstellung des Berliner Projekts und soll die am Berliner Projekt teilnehmenden Pflegeeinrichtungen bei der Beratung der an einem Pflegeplatz interessierten Versicherten unterstützen. Mit dem Ziel der Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit sowie zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Beratung der an einem Pflegeplatz interessierten Versicherten wurde die Informationsbroschüre zum Berliner Projekt aktualisiert.

Am Abend des 28. Juni 2018 hat der Lenkungsausschuss zusammen mit den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen öffentlichkeitswirksam und unter Einzug der Politik das 20jährige Jubiläum des Berliner Projektes begangen. Gesundheitssenatorin Dilek Kolat hatte sich zur Unterstützung des Berliner Projektes mit einem Redebeitrag an der Eröffnung der Festveranstaltung beteiligt.

Zum Ende des Berichtszeitraums waren 18 Pflegeeinrichtungen, die durch die BKG vertreten werden, am Berliner Projekt beteiligt. In sechs dieser Einrichtungen erfolgte die medizinische Grundversorgung durch angestellte Ärzte und in 12 Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte. Den per Geschäftsordnung des Lenkungsausschusses alle zwei Jahre zwischen den beteiligten Kostenträgern, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Leistungserbringerverbänden wechselnden Vorsitz hatte bis zum 20. März 2018 die Kassenärztliche Vereinigung Berlin inne. Der Vorsitz wurde für zwei Jahre an den Vertreter der BKG übergeben.

II.11.4. Entgeltvereinbarungen

II.11.4.1. Basisentgeltvereinbarungen für die Jahre 2016, 2017 und 2018

Im Land Berlin werden zwischen den Verbänden der Pflegekassen, dem Sozialhilfeträger und den Leistungserbringerverbänden unter Beteiligung der BKG Basisentgelte gemäß § 86 Abs. 2 SGB XI jährlich oder zweijährlich vereinbart. Das im Berichtszeitraum geltende Basisentgelt für das Jahr 2016 wurde im Jahr 2015 zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringerverbänden im Land Berlin vereinbart. Für das Jahr 2016 galt für die Einrichtungen, die bislang alle vereinbarten Basisentgeltsteigerungen abgeschlossen haben, folgendes Basisentgelt:

2016	Pflege	Unterkunft	Verpflegung	Summe
Stufe 0	38,74 EUR	12,64 EUR	6,36 EUR	57,74 EUR
Stufe 1	54,58 EUR	12,64 EUR	6,36 EUR	73,58 EUR
Stufe 2	74,89 EUR	12,64 EUR	6,36 EUR	93,89 EUR
Stufe 3	89,38 EUR	12,64 EUR	6,36 EUR	108,38 EUR
Stufe Härtefall	101,74 EUR	12,64 EUR	6,36 EUR	120,74 EUR

Der Betriebskostensatz für das Jahr 2016 wurde in Höhe von 31,61 EUR festgelegt. Der Betriebskostensatz wurde zu 60 % den allgemeinen Pflegeleistungen zugeordnet; 40 % des Betriebskostensatzes bildet das Entgelt für Unterkunft. Für das Jahr 2017 wurde mit den Kostenträgern eine Steigerung des Basisentgeltes um 2,14 % auf Grundlage der Vergütung des Jahres 2016 vereinbart. Für das Jahr 2017 ergibt sich folgendes Basisentgelt:

2017	Pflege	Unterkunft	Verpflegung	Summe
Pflegegrad 1	39,56 EUR	12,91 EUR	6,49 EUR	58,96 EUR
Pflegegrad 2	55,74 EUR	12,91 EUR	6,49 EUR	75,14 EUR
Pflegegrad 3	76,49 EUR	12,91 EUR	6,49 EUR	95,89 EUR
Pflegegrad 4	91,29 EUR	12,91 EUR	6,49 EUR	110,69 EUR
Pflegegrad 5	103,92 EUR	12,91 EUR	6,49 EUR	123,32 EUR

Der Betriebskostensatz für das Jahr 2017 wurde in Höhe von 32,29 Euro festgelegt. Der Betriebskostensatz wurde zu 60 % den allgemeinen Pflegeleistungen zugeordnet; 40 % des Betriebskostensatzes bildet das Entgelt für Unterkunft. Für das Jahr 2018 wurde mit den Kostenträgern eine Steigerung des Basisentgeltes um 2,5 % auf Grundlage der Vergütung des Jahres 2017 vereinbart. Für das Jahr 2018 ergibt sich folgendes Basisentgelt:

2018	Pflege	Unterkunft	Verpflegung	Summe
Pflegegrad 1	40,55 EUR	13,23 EUR	6,65 EUR	60,43 EUR
Pflegegrad 2	57,13 EUR	13,23 EUR	6,65 EUR	77,01 EUR
Pflegegrad 3	78,40 EUR	13,23 EUR	6,65 EUR	98,28 EUR
Pflegegrad 4	93,57 EUR	13,23 EUR	6,65 EUR	113,45 EUR
Pflegegrad 5	106,52 EUR	13,23 EUR	6,65 EUR	126,40 EUR

Der Betriebskostensatz für das Jahr 2018 wurde in Höhe von 33,09 Euro festgelegt. Der Betriebskostensatz wurde zu 60 % den allgemeinen Pflegeleistungen zugeordnet; 40 % des Betriebskostensatzes bildet das Entgelt für Unterkunft.

Für die Beantragung von Entgeltsteigerungen findet der hierfür von den Kostenträgern erstellte „Antrag (Kostenblatt) zum Abschluss einer Vergütungsvereinbarung gemäß § 85 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Land Berlin“ Anwendung. Mit diesem Antragsformular ist die einrichtungsindividuelle Darlegung von Kostennachweisen und prospektiven Kostenkalkulationen in den Bereichen Pflegepersonal, Betriebskosten und Verpflegung verbunden.

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben des § 92c SGB XI wurden für den vorgesehenen Übergang im Rahmen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes ab dem 1. Januar 2017 für Pflegeeinrichtungen neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade vereinbart. Dabei wurden drei Antragsvarianten unterschieden:

Antragsvariante a: Mit dieser Antragsvariante wurde die Umstellung der am 31. Dezember 2016 gültigen Entgelte von Pflegestufen in Pflegegrade zum 1. Januar 2017 beantragt. Bei der Umstellung der Entgelte auf der Grundlage dieser Antragsvariante wurden ggf. für das Jahr 2017 schon vereinbarte Entgeltsteigerungen berücksichtigt.

Antragsvariante b: Mit dieser Antragsvariante wurde die Umstellung der am 31. Dezember 2016 gültigen Entgelte von Pflegestufen in Pflegegrade und die Steigerung der umgestellten Entgelte um die in der AG § 75 SGB XI für 2017 verhandelte Steigerungsrate in Höhe von 2,14 % berücksichtigt.

Antragsvariante c: Mit dieser Antragsvariante wurde die Umstellung der am 31. Dezember 2016 gültigen Entgelte von Pflegestufen in Pflegegrade und die Steigerung der umgestellten Entgelte um eine individuelle Steigerungsrate beantragt.

Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile ermittelt worden. Die Verhandlungspartner der AG § 75 SGB XI haben sich darauf verständigt, dass für die Bewohner, die in einem segregativen Wohnbereich versorgt werden, ein eigener Eigenanteil zu ermitteln ist. Der Antrag auf Neuverhandlung der Entgelte in der Kurzzeitpflege erfolgte grundsätzlich analog zur vollstationären Langzeitpflege. Im Rahmen der Antragstellung im Jahr 2017 konnten die Träger der Pflegeeinrichtungen beantragen, dass das bisherige Entgelt für die Jahre 2018 bis 2019 mit der vereinbarten Steigerungsrate von 2,5 % fortgeschrieben werden soll.

II.11.4.2. Vergütungszuschläge

Im Zuge der Neuregelungen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurde der § 87b SGB XI aufgehoben und ein neuer § 43b SGB XI eingeführt, welcher nunmehr den vorher nicht vorhandenen Individualanspruch an zusätzlicher Betreuung und Aktivierung aus der Pflegeversicherung enthält. Im Rahmen der Verhandlungen der Basisentgelte für die Jahre 2016 und 2017 wurde mit den Kostenträgern vereinbart, die Vergütungszuschläge nach § 43b SGB XI (für 2015: 4,69 Euro/Tag) analog der Basisentgelte um 2,14 % auf 4,79 Euro/Tag für das Jahr 2016 und 4,90 Euro/Tag für das Jahr 2017 zu steigern.

Im Rahmen der Verhandlungen der Basisentgelte für die Jahre 2018 und 2019 wurde mit den Kostenträgern vereinbart, die Vergütungszuschläge nach § 43b SGB XI analog der Basisentgelte um 2,5 % auf 5,02 Euro/Tag für das Jahr 2018 und 5,15 Euro/Tag für das Jahr 2019 zu steigern.

Der Zuschlag zur Refinanzierung der Freistellung zur Praxisanleitung wurde im Jahr 2018 angepasst. Der neue Refinanzierungsbetrag für die Praxisanleitung beträgt 1.806,60 Euro je Auszubildenden im Jahr. Bei der Beantragung des Vergütungszuschlages zur Refinanzierung der Praxisanleitung findet der „Antrag (Kostenblatt) zum Abschluss einer Vergütungsvereinbarung gemäß § 85 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Land Berlin „Anwendung. Der antragstellenden Pflegeeinrichtung ist freigestellt, ob der mit oben beschriebenen Verfahren ermittelte Vergütungszuschlag zur Refinanzierung der Praxisanleitung in voller Höhe oder nur in Teilen beantragt wird.

II.11.5. Landespflegeausschuss nach § 92a SGB XI

Der Landespflegeausschuss nach § 92a SGB XI besteht insbesondere aus Vertretern der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der zuständigen Landesbehörde, die auch die Geschäftsstelle führt. Der Landespflegeausschuss kann einvernehmlich Empfehlungen abgeben, insbesondere zum Aufbau und zur Weiterentwicklung eines regionalen und fachlich gegliederten Versorgungssystems einander ergänzender Pflegedienste und Pflegeheime. Darüber hinaus wird der Landespflegeausschuss an der Aufstellung des Landespflegeplans nach § 2 Abs. 1 Landespflegeeinrichtungsgesetz beteiligt.

Wesentliche Themen der Sitzungen des Landespflegeausschusses innerhalb des Berichtszeitraumes waren die Beteiligung des Sozialhilfeträgers an den Abrechnungsprüfungen des MDK sowie die Anpassung der Qualitätsprüfrichtlinien und Umsetzung der Vorgaben zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen. Des Weiteren hat sich der Landespflegeausschuss mit den Umsetzungserfordernissen durch das zweite Pflegestärkungsgesetz auf Landesebene und dem Landespflegeplan befasst. Der Landespflegeausschuss setzte sich außerdem mit der Umsetzung und Begleitung des Projektes der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und dem Projekt „Akutkrankenhaus als window of opportunity für nachhaltige Demenzbehandlung“ auseinander. Weitere Themen waren die Umsetzung des Pflegeberufereformgesetzes und die Versorgungssituation in der ambulanten Pflege.

Mit dem Ziel, aktuelle pflegepolitische Themen einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen, bietet der Landespflegeausschuss seit 2007 einmal jährlich öffentliche Tagesveranstaltungen mit unterschiedlichen Referenten an. Die Veranstaltungen werden jeweils von einer hierzu eingerichteten Arbeitsgruppe vorbereitet.

Die BKG ist gemäß der Verordnung über den Landespflegeausschuss mit einem Mitglied und zwei stellvertretenden Mitgliedern im Landespflegeausschuss vertreten.

II.11.6. Zusatzerhebung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015/2016

Die SenGeSoz führt ergänzend zur Bundespflegestatistik gemäß § 109 Abs. 1 SGB XI alle zwei Jahre eine Zusatzerhebung zur Bewohnerstruktur in den vollstationären Pflegeeinrichtungen des Landes Berlin durch. Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig. In den Berichtszeitraum fiel die Zusatzerhebung 2015/2016 zum Stichtag 15. Dezember 2015. Im Rahmen der Zusatzerhebung werden u.a. Daten zu den Ein- und Auszügen der Einrichtungen im 1. Quartal des auf den Stichtag folgenden Jahres sowie Zahlen zu den in den Pflegeeinrichtungen angestellten Auszubildenden ergänzend abgefragt. Als Sonderthema wurde die Betreuung und Pflege von Menschen mit der Pflegestufe 0 und der pflegebe gründenden Diagnose „psychische und Verhaltensstörungen“ in die in den Berichtszeitraum fallenden Zusatzerhebungen aufgenommen.

Die Zusatzerhebung 2015/2016 richtete sich an die drei Versorgungsbereiche vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen. Die Auswertung der Zusatzerhebung erfolgt durch das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Die Auswertungsergebnisse der Zusatzerhebung dienen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales als wesentliche Grundlage für die Erstellung des Landespflegeplans.

Mit Wirkung zum 28. Februar 2017 wurde der Vertrag zwischen dem Land Berlin und dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg im beiderseitigen Einvernehmen aufgehoben. Es wird demnach keine weiteren Zusatzerhebungen geben.

II.12. Schiedsstellen im Land Berlin

II.12.1. Schiedsstelle für die Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen nach § 18 a KHG

Gemäß § 18 a KHG wird für jedes Land oder jeweils für Teile eines Landes eine Schiedsstelle gebildet.

Die Geschäfte der Schiedsstelle nach § 18 a KHG werden im Land Berlin gemäß § 7 Pflegesatz-Schiedsstellenverordnung von einer Geschäftsstelle geführt, die im Wechsel von zwei Jahren jeweils bei der BKG und bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin einzurichten ist.

In den Jahren 2016 und 2017 wurden die Geschäfte der Schiedsstelle von der AOK Nordost geführt. Mit Wirkung ab dem 16. Januar 2018 hat die bei der BKG eingerichtete Geschäftsstelle der Schiedsstelle nach § 18 a KHG turnusgemäß für zwei Jahre die Führung der Geschäftsstelle übernommen. In den Jahren 2016 und 2017 wurden vier Schiedsstellenverfahren angesetzt, wobei bei einem Verfahren eine Einigung zwischen den Vertragsparteien ohne mündliche Verhandlung erfolgte.

Im Jahr 2018 haben im Land Berlin drei Schiedsstellenverhandlungen stattgefunden. Es wurden zwei Verfahren zur dreijährigen Geltungsdauer des Mehrleistungsabschlages (Entgeltzeiträume 2015 und 2016) sowie ein Verfahren zur Vergütungspauschale in Sozialpädiatrischen Zentren durchgeführt (Entgeltzeitraum 2016). Die hausindividuellen Schiedsstellenverfahren sind sowohl durch die BKG als auch durch die Mitgliedsverbände beratend und unterstützend begleitet worden.

II.12.2. Weitere Schiedsstellen

Die Schiedsstelle nach §§ 114, 115 SGB V entscheidet über die ihr zugewiesenen Aufgaben im Zusammenhang mit den zweiseitigen Verträgen (§ 112 Abs. 3 SGB V) und den dreiseitigen Verträgen (§ 115 Abs. 3 SGB V) auf Landesebene. Nach § 80 SGB XII wird für jedes Land oder für Teile eines Landes bei der zuständigen Landesbehörde eine Schiedsstelle gebildet, die Entscheidungen trifft, sofern zwischen dem Träger der Sozialhilfe und einem Einrichtungsträger oder seinem Verband keine Leistungs-, Vergütungs- oder Prüfungsvereinbarung nach § 75 SGB XII zustande kommt. Gemäß § 76 Abs. 1 SGB XI bilden die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam eine Schiedsstelle. Die Schiedsstelle entscheidet über die Rahmenverträge zur pflegerischen Versorgung nach § 75 SGB XI und setzt, soweit eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande kommt, auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze fest (§ 85 SGB XI). Im Berichtszeitraum fanden in diesen Schiedsstellen keine Verfahren bezogen auf die der BKG angeschlossenen Einrichtungen statt.

II.13. Weitere ausgewählte Tätigkeitsfelder

II.13.1. Landesgesundheitskonferenz

Mit dem Ziel, die gesundheitlichen Lebensbedingungen in Berlin und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu verbessern, wurde die Berliner Landesgesundheitskonferenz (LGK) erstmals im November 2004 durch die Gesundheitssenatorin einberufen. Die gesetzliche Grundlage für die LGK wurde mit dem Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, das am 1. Juli 2006 in Kraft getreten ist, geschaffen. Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz sind neben der BKG weitere Organisationen im Gesundheitswesen, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes, Institutionen der Wirtschaft und der Wissenschaft sowie die politische Senats- und Bezirksebene. Die Berliner Landesgesundheitskonferenz findet mindestens einmal im Jahr statt und stellt konkrete Empfehlungen zur Erreichung vorab formulierter gesundheitspolitischer Ziele auf. Die BKG ist in allen von der LGK eingerichteten und die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen betreffenden Gremien vertreten und hat hierzu jeweils ein Mitglied benannt. Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz legen jedes Jahr ein Schwerpunktthema für die Landesgesundheitskonferenz fest. Im Berichtszeitraum wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

2016: Sicherung und Entwicklung von Qualität in der Gesundheitsförderung

2017: Präventionsgesetz im Fokus: Gemeinsam für ein gesundes Berlin

2018: Wachsende Stadt, gesunde Stadt – Alterung und Zuwanderung in Berlin

II.13.2. Medizinische Versorgung ausländischer Patienten und Migranten

Durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) vom 1. März 2015 wurde mit Einführung des § 6a AsylbLG (neu) die infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgericht entstandene Gesetzeslücke (Ablehnung einer analogen Anwendung des Nothelferparagraphen § 25 SGB XII auch auf Asylbewerber) geschlossen. Jedoch bestehen auch nach der Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes die bereits bekannten Problematiken fort, insbesondere im Hinblick auf die Beweislast der Krankenhäuser. Als Antragsteller haben sie sämtliche anspruchsbegründenden Tatbestandsmerkmale zu beweisen.

Vor dem Hintergrund zunehmender Problemstellungen im Zusammenhang mit der praktischen Umsetzung des Verfahrens fanden mehrere Gespräche zwischen der Senatsgesundheitsverwaltung, Vertretern der Berliner Bezirksämter und der BKG statt. Gesprächsgrundlage waren zwischen den Bezirksämtern abgestimmte und überarbeitete Umsetzungshinweise und Fragebögen zur Umsetzung des Nothelferparagraphen. Ziel dieser Gespräche war es, Einvernehmen über eine einheitliche Verwaltungspraxis zu erreichen. Die BKG brachte im Rahmen dieser Gespräche ihre Forderungen nach einer Vereinfachung des Verfahrens, nach Beweiserleichterungen insbesondere in Bezug auf Identität und Bedürftigkeit des Patienten und nach einer Übersetzung des Fragebogens zum Antragsformular in mehrere Sprachen ein. Im Laufe der Gespräche war kein Entgegenkommen insbesondere in Bezug auf die von der BKG geforderten Beweiserleichterungen zu verzeichnen. Im Rahmen der im Berichtszeitraum stattgefundenen Sitzungen des Runden Tisches Flüchtlingsmedizin wurde seitens der BKG mehrfach an die ausstehende Überarbeitung der Umsetzungshinweise der Senatssozialverwaltung und der Bezirksämter zu § 25 SGB XII und § 6a AsylbLG und die durch die BKG angeforderte schriftliche Darlegung der Anforderungen der Berliner Bezirksämter für die Prüfung der sozialhilferechtlichen Tatbestandsmerkmale erinnert. In der Zwischenzeit hat die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales ein Hinweispapier für Leistungserbringer zur Verfügung gestellt, welches die BKG den Häusern entsprechend weiterleitete. Das Papier gibt u.a. allgemeine Hinweise zu den anspruchsberechtigten Personen, Versorgung von Neugeborenen, den Leistungsumfang und zur Kostenübernahme von Dolmetscherkosten.

Wegen des Bearbeitungsstaus im Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) bei der Bearbeitung von Anträgen auf Kostenerstattung für die stationäre Behandlung derjenigen Asylbewerber, bei denen eine Leistungsberechtigung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gegeben ist und den daraus resultierenden hohen Außenstände der Krankenhäuser hat sich die BKG im vorangegangenen Berichtszeitraum für eine schnelle Abhilfe und die zügige Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte eingesetzt. Am 16. Dezember 2015 wurde zwischen dem Land Berlin und der AOK Nordost, der BKK VBU, der DAK-Gesundheit und der Siemens-Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung über die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach den §§ 1a und 3 AsylbLG mit Wirkung zum 1. Januar 2016 geschlossen.

Weiterhin haben die Berliner Krankenhäuser hohe Außenstände bei der Abrechnungen von Leistungen von Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus nach § 25 SGB XII und § 6a AsylbLG. Vor diesem Hintergrund hat sich die BKG für eine Beweiserleichterung eingesetzt. Die Senatsgesundheitsverwaltung hat als ersten Schritt im September 2018 eine Clearingstelle für Menschen mit ungeklärtem Krankenversicherungsstatus eingerichtet und im Doppelhaushalt 2018/2019 Finanzmittel von jeweils 1,5 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Ab dem Jahr 2019 soll die Clearingstelle individuell prüfen, ob ein Anspruch auf Krankenversicherung besteht. Wird kein Kostenträger gefunden, übernimmt der Notfallfonds die Behandlungskosten über einen – auf Wunsch anonymen - Behandlungsschein. Damit Krankenhäuser in Berlin auch im Jahr 2018 Finanzmittel aus dem Fonds in Anspruch nehmen konnten, hat die BKG mit der Senatsgesundheitsverwaltung ein verkürztes Verfahren möglich gemacht. Für die Behandlungen und Rechnungsstellung zwischen dem 1. September 2018 und 30. November 2018 bestand für Krankenhäuser in Berlin die Möglichkeit, mit der Clearingstelle direkt abzurechnen. Nach Abzug der Kosten für die Clearingstelle haben die Berliner Krankenhäuser aus dem Fonds 1,3 Mio Euro erstattet bekommen.

Im Rahmen des Berliner Aktionsplans zur Einbeziehung ausländischer Roma hat der Berliner Senat die Auflegung eines Notfallfonds zur Finanzierung von Entbindungen bei nicht krankenversicherten Unionsbürgerinnen in prekären Verhältnissen beschlossen. Der Fonds ist ausschließlich für Unionsbürgerinnen gedacht, die keinen Krankenversicherungsschutz und keinen Zugang zu Leistungen nach dem SGB II und dem SGB XII haben und nicht in der Lage sind, die Kosten für ihre Entbindung aus eigener Kraft aufzubringen. Voraussetzung für die Auszahlung der Pauschale (1.500 Euro für eine vaginale Geburt, 2.400 Euro für eine Sectio) ist eine vorausgegangene Prüfung der Bedürftigkeit der Frau und die Ausstellung einer entsprechenden Bescheinigung durch eines der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung oder eine vertraglich gebundene Beratungsstelle. Der Fonds umfasst im Doppelhaushalt 2016/2017 300.000 Euro jährlich. Im Doppelhaushalt 2018/2019 wurde der Fonds mit 150.000 Euro jährlich berücksichtigt.

II.13.3. Datenschutz im Krankenhaus

Aufgrund des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) zum 25. Mai 2018 hat die BKG den Krankenhäusern zahlreiche Umsetzungshinweise zur Verfügung gestellt. Zu nennen sind hier beispielhaft die Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff DS-GVO, das Auskunftsrecht gemäß Art. 15 DS-GVO, das Recht auf Löschung/Recht auf „Vergessenwerden“ gemäß Art. 17 DS-GVO, das Recht auf Datenübertragbarkeit gemäß Art. 20 DS-GVO, das Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 DS-GVO, die Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu einem anderen Zweck, die Rechenschaftspflicht gemäß Art. 5 Abs. 2 DS-GVO usw.

Vor dem Hintergrund der in Berlin bestehenden speziellen Regelungen zum Datenschutz bei der Verarbeitung von Patientendaten hatte die BKG Ende 2016 gegenüber dem Land Berlin erneut eine Änderung des § 24 Absatz 7 Landeskrankenhausgesetzes (LKG) Berlin in Bezug auf die Auftragsverarbeitung ge-

fordert. Trotz der erfolgten Änderung des § 203 Strafgesetzbuches, einer anstehenden Änderung der ärztlichen Berufsordnung Berlin, einem Muster „Auftragsverarbeitungs-Vertrages“ für das Gesundheitswesen und der Regelungen in der Datenschutzgrundverordnung konnte eine abschließende Änderung des § 24 Abs. 7 LKG im aktuellen Berichtszeitraum nicht erreicht werden.

II.13.4. Akademische Lehrkrankenhäuser

Im Rahmen der Einführungsveranstaltungen in der Charité für das Praktische Jahr (PJ) haben die akademischen Lehrkrankenhäuser in Berlin den Studenten und Studentinnen ihre hausindividuellen Ausbildungsangebote präsentiert. Die Einführungsveranstaltungen haben in den Jahren 2016 bis 2018 jeweils in den Monaten April und Oktober stattgefunden. Die BKG hat im Vorfeld der Einführungsveranstaltungen die Koordination für die Präsentation der Berliner Kliniken sowie die organisatorische Abstimmung mit den Einrichtungen und der Charité übernommen.

Als Orientierungshilfe für die angehenden PJ-Studenten hat die BKG eine Informationsbroschüre zu den akademischen Lehrkrankenhäusern in Berlin zur Verfügung gestellt. Der Broschüre können in kompakter Form alle wesentlichen Informationen zu den Leistungsspektren, den Kontaktmöglichkeiten sowie den Fachabteilungs- und PJ-Fachgebietsangeboten der Berliner Lehrkrankenhäuser entnommen werden. Die Informationsbroschüre wurde in regelmäßigen Abständen aktualisiert und steht allen Interessierten auch als PDF-Datei auf der Internetseite der BKG zur Verfügung.

II.13.5. Klinisches Krebsregister

Mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) aus dem Jahr 2013 wurde der flächendeckende Aufbau klinischer Krebsregister zur Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung beschlossen (§ 65c SGB V), wobei die Einrichtung und der Betrieb durch landesrechtliche Vorgaben zu regeln sind. Das klinische Krebsregister für Berlin wurde im Rahmen eines länderübergreifenden gemeinsamen Klinischen Krebsregisters (KKR) zusammen mit dem Land Brandenburg errichtet. Die Landesärztekammer Brandenburg fungiert hierbei als Rechtsträgerin des Krebsregisters Berlin und Brandenburg.

Für alle Leistungserbringer begann im Land Berlin die Meldepflicht für Krebsneuerkrankungen zum 1. Juli 2016 mit einer Übergangsregelung für die Meldung bis zum 31. Oktober 2016. Auf der Website des Krebsregisters sind die entsprechenden Meldebögen bereitgestellt worden. Die Patienten müssen über die Meldung und über ihre Rechte (insbesondere Widerspruchsrecht) anhand eines vom KKR bereitgestellten Informationsblattes informiert werden. Für jede vollständige Meldung wird seitens des KKR eine entsprechende Meldevergütung bezahlt. Die BKG hatte zusammen mit dem Krebsregister und der Senatsgesundheitsverwaltung eine Informationsveranstaltung für die Krankenhäuser im Land Berlin durchgeführt und ist im Wissenschaftlichen Beirat des Krebsregisters vertreten.

II.13.6. Transplantationsmedizin

Zur Förderung des Transplantationswesens hat die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) für die Region Nord-Ost einen Beirat unter Beteiligung von Vertretern der Transplantationszentren, der Ärztekammer, der jeweiligen Landesbehörden sowie der Krankenhausgesellschaften eingerichtet. Neben der Beratung aktueller Problemstellungen im Zusammenhang mit der Spendergewinnung hat der Beirat u.a. auch den Vorschlag der DSO zur Bildung von Entnahmezentren und entsprechender Spenderver-

legungen erörtert. Vor dem Hintergrund der Organspende als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und mit dem Ziel einer grundsätzlichen Weiterentwicklung des Organspendewesens in Berlin hat sich die BKG vorbehaltlich der Klärung der rechtlichen, ethischen und finanziellen Fragestellungen grundsätzlich für eine Unterstützung des Projektes „Spenderverlegung“ ausgesprochen.

Die DKG und der GKV-SV haben sich über Eckdaten einer Finanzierungsregelung für eine angemessene finanzielle Unterstützung der Tätigkeiten der Transplantationsbeauftragten verständigt. Danach stehen jährlich achtzehn Millionen Euro zur Verfügung. Die BKG hat die Krankenhäuser regelmäßig über die Finanzierung der Tätigkeit von Transplantationsbeauftragten und das hierfür vorgesehene Verfahren informiert und entsprechende Empfehlungen und Hinweise gegeben.

Zur Förderung der Organspende in Deutschland hat die Bundesregierung im Spätsommer 2018 ein Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO) eingebracht. Für die Krankenhäuser wesentliche Aspekte sind die verbindliche Freistellung der Transplantationsbeauftragten, die Stärkung des Unterstützungsangebotes für Entnahmekrankenhäuser sowie eine Neuregelung der Finanzierung der Organentnahme mit dem Ziel der vollständigen Kostendeckung bei den Entnahmekrankenhäusern. Mit einem Inkrafttreten des GZSO wird im Sommer 2019 gerechnet.

II.13.7. Runder Tisch Geburtshilfe

Vor dem Hintergrund steigender Geburtenzahlen in Berlin und Engpässen in Geburtskliniken hat die Senatsgesundheitsverwaltung im September 2017 einen Runden Tisch „Geburtshilfe“ eingerichtet, bei dem mehr als 50 Vertreterinnen und Vertreter von Elterninitiativen, Leitern der Berliner Geburtskliniken, Hebammen, Krankenkassen, Ausbildungsstätten, KV, Kliniken sowie die BKG vertreten waren. Ziel war es, eine in Zukunft noch bessere ambulante und stationäre Versorgung für werdende Mütter, deren Angehörige und für die neugeborenen Kinder zu erreichen. Unter anderem auf der Grundlage von Ergebnissen von Workshops wurde das „Berliner Aktionsprogramm für eine sichere und gute Geburt“ Anfang 2018 beschlossen.

Mit dem Aktionsprogramm ist u.a. vorgesehen, die Ausbildungskapazitäten für Hebammen zu erhöhen und den Ausbau der Kreißsäle durch Landeszuschüsse zu unterstützen. Ein Aspekt des Aktionsprogrammes ist es, dem Fachkräftemangel auch durch eine Verbesserung von Arbeitsbedingungen der Hebammen zu begegnen und den Austausch von best-practice-Beispielen zu fördern. Die von der BKG gesammelten best-practice-Beispiele wurden mit der Senatsgesundheitsverwaltung unter Einbeziehung eines Leiters Geburtshilfe und einer Vertreterin des Berliner Hebammenverbandes beraten und abgestimmt. Eine entsprechende Übersicht über mögliche best-practice-Beispiele zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Hebammen hat die BKG in dem Runden Tisch vorgestellt. Weitere Maßnahmen richten sich an die Politik. Der Runde Tisch wird fortgesetzt, um die Abarbeitung des Aktionsplans zu begleiten.

II.13.8. Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V

Die Neufassung des § 17 c KHG enthielt die Verpflichtung der DKG und des GKV-Spitzenverbandes, eine Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V zu schließen. Am 1. Januar 2017 ist die (überarbeitete) PrüfV 2017 in Kraft getreten, diese gilt für die Rechnungsprüfung bei Patienten, die ab diesem Zeitpunkt in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Aufgrund abweichender Ansichten von DKG und GKV-SV konnten keine gemeinsamen Umsetzungshinweise abgestimmt

werden, so dass die überarbeitete PrüfvV 2017 in wesentlichen Passagen von den beteiligten Selbstverwaltungspartnern unterschiedlich ausgelegt wird. Die DKG hat unter Einbeziehung der Landeskrankenhausgesellschaften Umsetzungshinweise zur PrüfvV erarbeitet, welche die BKG unter Hinweis auf berlinspezifische Besonderheiten den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt hat.

II.13.9. Entlassmanagement

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39 Abs. 1a SGB V) die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements für den Zeitraum von bis zu sieben Tagen häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit bescheinigen können. Gemäß der Gesetzesbegründung wurde den Krankenhäusern das Ordnungsrecht allein mit dem Ziel der Überbrückung der Übergangsphase von der stationären zur ambulanten Versorgung übertragen und soll verhindern, dass es nach Krankenhausentlassung zu Versorgungslücken kommt.

Für die Verordnungstätigkeit der Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements war zunächst der Abschluss der dreiseitigen Rahmenvereinbarung zwischen der DKG, der KBV und dem GKV-SV gemäß § 39 Abs.1a S. 9 SGB V notwendig. Da dessen einvernehmliche Verabschiedung scheiterte, wurde der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement zunächst am 13. Oktober 2016 durch das erweiterte Bundesschiedsamt festgesetzt. Nach Klageerhebung der DKG, politischer Intervention und gesetzlicher Klarstellung trat der von den Vertragspartnern modifizierte Bundesvertrag am 1. Oktober 2017 in Kraft.

Krankenhäuser müssen seit diesem Stichtag ein standardisiertes Entlassmanagement für alle gesetzlich versicherten Patienten aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen vorhalten.

Gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen hat sich die BKG auf Einzelheiten zur Bereitstellung der notwendigen Formulare für die Krankenhäuser verständigt sowie mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Erteilung einer spezifischen Entlassmanagement-Betriebsstättennummer abgestimmt.

Die Umsetzung des Entlassmanagements hat die BKG mit zahlreichen Informationen, einer erstellten FAQ-Liste, der Übermittlung von Umsetzungshinweisen der DKG unterstützt. Im Rahmen einer Informationsveranstaltung im März 2018 wurde über die einschlägigen Rechtsgrundlagen, die erforderlichen Verfahrensschritte sowie zwingenden Anforderungen zur Umsetzung des Entlassmanagements informiert.

II.13.10. VG Media

Der Gesamtvertrag zwischen der VG Media und der DKG, der den in den Patientenzimmern zu zahlenden Tarif betrifft, lief am 31. Dezember 2017 aus. Die VG Media hat zum 1. Januar 2018 ihren Tarif von der Zahlweise pro Patientenzimmer auf die Zahlung pro Patientenbett umgestellt und die Beiträge erheblich erhöht. Vor diesem Hintergrund hat die DKG den Beschluss gefasst, die neuen Forderungen der VG Media keinesfalls mitzutragen und zur Klärung dieses Sachverhaltes die Schiedsstelle anzurufen.

Den Krankenhäusern in Berlin wurde empfohlen, eine unstreitige Mindestvergütung in Höhe von 0,50 Euro an die VG Media zu zahlen und den Restbetrag beim Amtsgericht Tiergarten zu hinterlegen. Zudem sollte beim Amts- und Landgericht eine Schutzschrift hinterlegt werden.

Die VG Media hat alle Landeskrankenhausesgesellschaften und die DKG aufgefordert, eine Unterlassungs- und Verpflichtungserklärung abzugeben. Dieser Aufforderung wurde nicht entsprochen. Die BKG hat eine Schutzschrift anfertigen und hinterlegen lassen. Die VG Media ist gegen die Empfehlungen der DKG und BKG im Einstweiligen Rechtsschutz vorgegangen, welches die DKG und BKG in erster Instanz gewonnen haben. Die gegen diesen Beschluss eingelegte Berufung der VG Media wurde nach der Verständigung zwischen DKG und VG Media auf einen neuen Gesamtvertrag zurückgenommen. Den einzelnen Krankenhausträgern wurde empfohlen sich dem Kompromiss des neuen Gesamtvertrages anzuschließen und die Rückabwicklung der Mindestvergütung und der Hinterlegung beim Amtsgericht Tiergarten zu veranlassen.

II.13.11. Positionen der BKG - Wahlen zum Abgeordnetenhaus 2016

Am 18. September 2016 haben die Wahlen zum Abgeordnetenhaus von Berlin und zu den Bezirksverordnetenversammlungen stattgefunden. Vor diesem Hintergrund hat die BKG im Vorfeld der Wahlen ihre wesentlichen Positionen für die kommende Legislaturperiode an die Politik gerichtet. Es wurde deutlich gemacht, dass mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) die Versorgungssituation in Berlin als wachsende Stadt nur unzureichend berücksichtigt wurde und die Sicherung und Finanzierung von ausreichendem, gut qualifiziertem und motiviertem Personal eine zentrale Herausforderung für die Krankenhäuser sowie die Voraussetzung für Qualität und Patientenorientierung ist. In der kommenden Legislaturperiode muss die Investitionsfinanzierung deutlich gestärkt, die Krankenhausplanung bedarfsgerecht weiterentwickelt, die ambulante Notfallversorgung besser organisiert und finanziert und die Rahmenbedingungen der Betriebskostenfinanzierung für Berlin verbessert werden. In der Koalitionsvereinbarung zwischen der SPD, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen für die Legislaturperiode 2016 bis 2021 wurden auch einzelne Aspekte aufgegriffen. So verfolgt die Koalition z.B. das Ziel, den Sanierungsstau in Berlin abzubauen und einen neuen Sanierungsrückstand durch höhere Ersatzinvestitionen zu verhindern.

II.13.12. Zeitarbeit in der Pflege

Die quantitative Zunahme von Zeitarbeitskräften in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen führt zu steigenden Kosten und höheren Belastungen des Stammpersonals in Hinblick auf die Abdeckung aller Schichtarbeitszeiten und des Dokumentationsaufwandes. Zudem ist zu befürchten, dass die Qualität der Pflege und die Patientensicherheit leiden könnten und der Fachkräftemangel in der Stammebelegschaft des Krankenhauses und in den stationären Pflegeeinrichtungen verstärkt wird.

Die BKG hat zur Thematik eine Arbeitsgruppe eingesetzt und Gespräche mit der Senatsgesundheitsverwaltung unter Einbeziehung des Arbeitsressorts geführt. Es wurden verschiedene Lösungsmöglichkeiten mit Experten aus dem Mitgliedsbereich diskutiert und abgestimmt. Auf dieser Grundlage hat die Geschäftsstelle ein Positionspapier zur Zeitarbeit in der Pflege erarbeitet. Es ist notwendig, die aktuelle Entwicklung zu stoppen und den Rückgriff auf Leasingpersonal zur Abdeckung kurzfristiger Schwankungen (z.B. aufgrund von Erkrankungen) zu begrenzen. Die BKG wird die Positionierung in die weiteren Beratungen der Thematik insbesondere gegenüber der Politik einbringen und sich für die Umsetzung der in dem Eckpunktepapier genannten Aspekte einbringen.

II.14. Öffentlichkeitsarbeit, Informationsdienste sowie Seminare und Veranstaltungen der BKG

II.14.1. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die BKG gibt zu aktuellen Problemfeldern und Ereignissen, die die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen im Land Berlin betreffen, Informationen an die Presse. Im Berichtszeitraum wurden insbesondere Presseinformationen zu den Themenschwerpunkten der Investitionsfinanzierung, des Landesbasisfallwertes, der Krankenhausgesetzgebung und –finanzierung sowie der ambulanten Notfallversorgung herausgegeben.

II.14.2. Informationsveranstaltungen

Im Berichtszeitraum hat die BKG verschiedene Informationsveranstaltungen durchgeführt. Beispielhaft sind folgende Veranstaltungsthemen zu nennen:

- Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und der Krankenhausfinanzierung
- Entlassmanagement
- Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin
- Qualitätsbericht 2016 / EasyQB
- Schnittstellenseminare für die Pflegeeinrichtungen der BKG

II.14.3. Website der BKG

Unter der Internetadresse www.bkgev.de bzw. www.berliner-krankenhausgesellschaft.de stehen allen Mitgliedern der BKG sowie Fachinteressierten zahlreiche Informationen und Serviceangebote online zur Verfügung. Die im Jahre 2015 überarbeitete Website wurde im Verlauf der folgenden Jahre besonders im internen Mitgliederbereich weiterentwickelt und bietet neben den bereits bekannten Funktionen seit 2018 zusätzliche Mitgliederbereiche für Mitglieder des Vorstandes sowie für Vertreter des Berliner Projekts. So können Mitglieder des Vorstandes nun Vorlagen und Sitzungsdokumente für Vorstandssammlungen jederzeit von der Website herunterladen. Im Bereich „Informationen“ werden weiterhin aktuelle Informationen, wie z.B. die Pressemitteilungen der BKG, aufgenommen. Der Bereich „Tagespresse“ enthält - wie bisher - eine tagesaktuelle Übersicht zu gesundheitsrelevanten Nachrichten aus der regionalen Tagespresse, welche um einen einleitenden Ausschnitt je Presseartikel ergänzt wurde. Ein Downloadbereich und ein Bereich „Zahlen, Daten, Fakten“ runden den öffentlichen Bereich „Informationen“ ab.

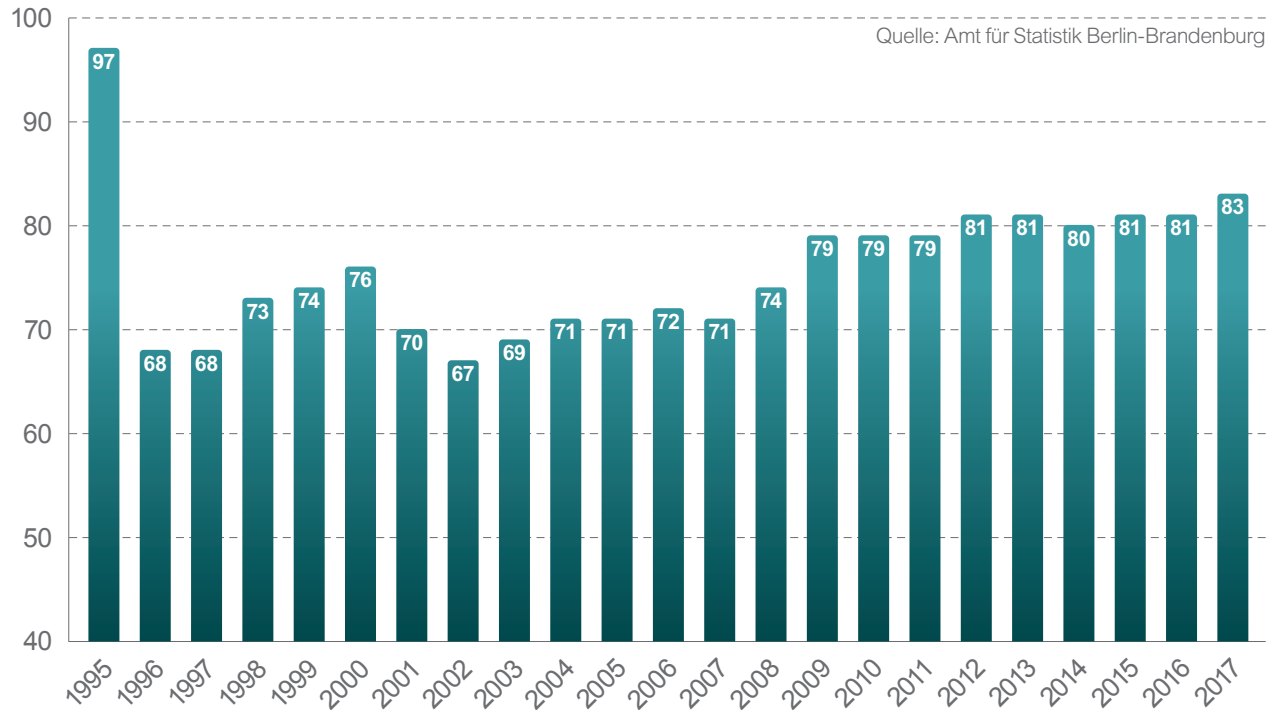
II.14.4. Berliner Krankenhausverzeichnis (BKV)

Unter der Internetadresse www.berliner-krankenhausverzeichnis.de steht seit dem 26. Januar 2009 das BKV auf einer eigenständigen Website in Verbindung mit dem Deutschen Krankenhausverzeichnis (DKV) zur Verfügung. Das BKV bietet Patienten und anderen Interessenten – auch überregional – die Möglichkeit, Krankenhäuser gezielt nach Lage, Behandlungsarten, Leistungsstruktur und anderen Qualitätsmerkmalen zu suchen und zu vergleichen. Die BKG aktualisiert den Datenstamm jährlich im Zuge der Veröffentlichung der Qualitätsberichtsdaten. Mittels des Online-Erfassungstools IPQ steht den Krankenhäusern außerdem die Möglichkeit zur Verfügung, bestimmte Daten tagesaktuell zu aktualisieren, was das BKV von vergleichbaren Portalen anderer Anbieter abhebt.

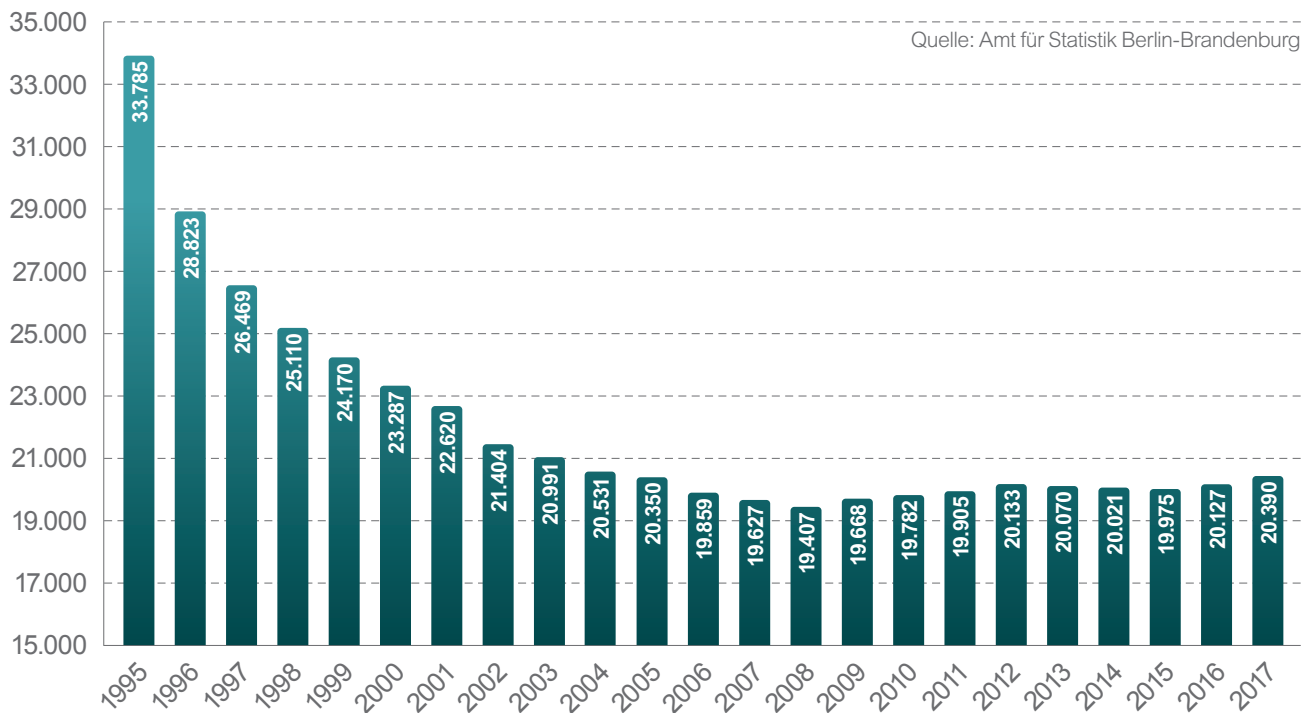
III. Entwicklung der Krankenhäuser im Überblick für die Jahre 1995 bis 2017

Die nachfolgenden Darstellungen geben einen Überblick über ausgewählte statistische Kennzahlen des Krankenhausbereichs im Land Berlin.

Anzahl Krankenhäuser im Land Berlin

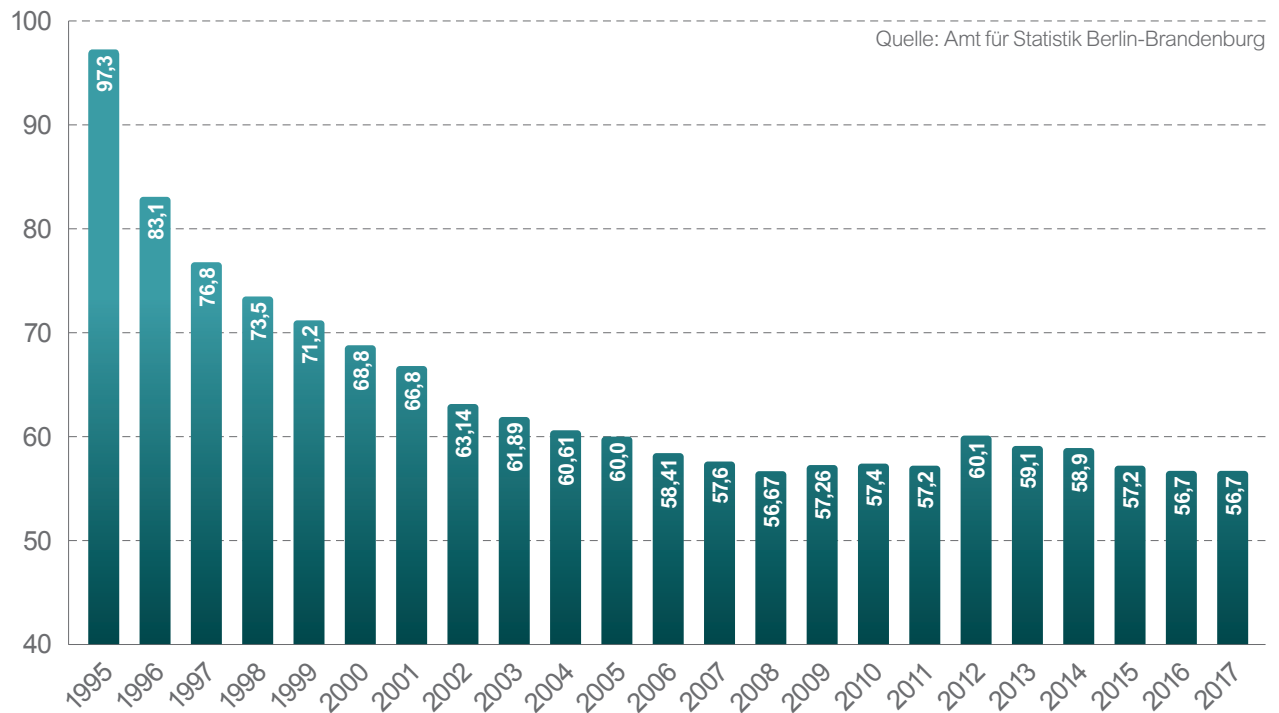


Anzahl der Betten in Berliner Krankenhäusern (vollstationäre Behandlung)



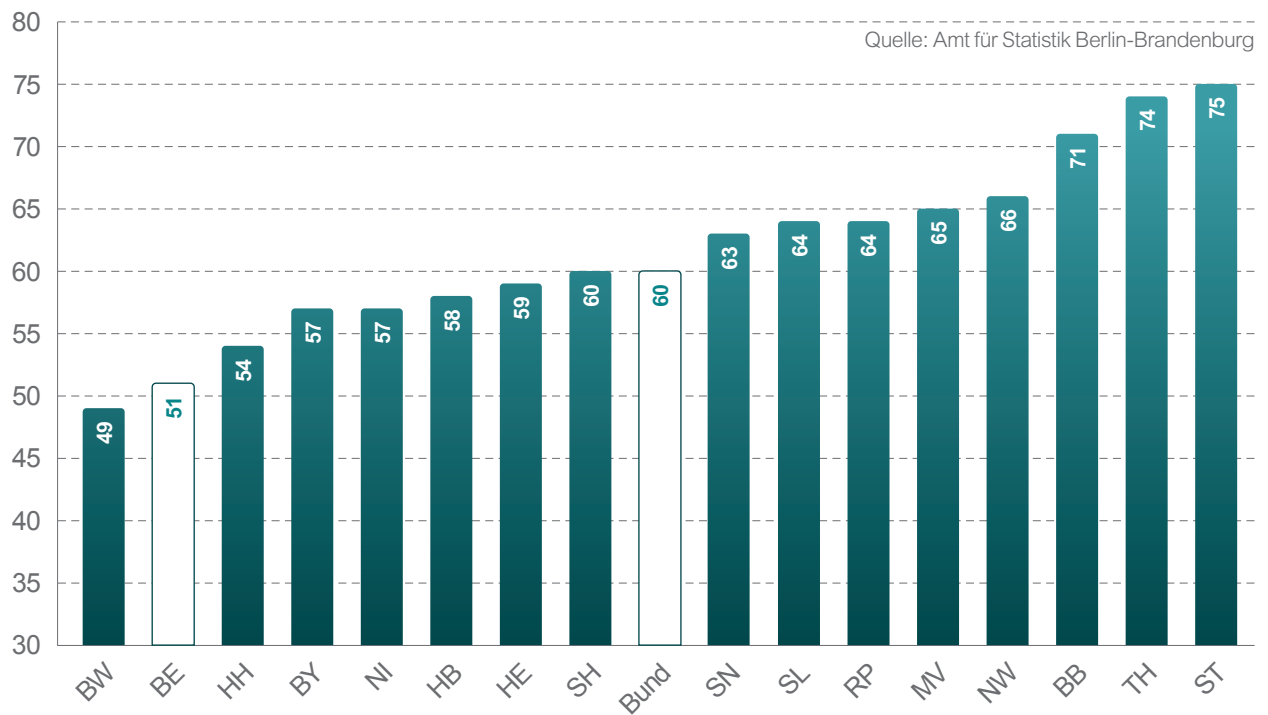
Anzahl der Betten je 10.000 Einwohner (vollstationäre Behandlung)

ohne Umlandversorgungsbereignung; berechnet auf der Basis durchschnittlicher Bevölkerung in Berlin, Berücksichtigung der Einwohner gem. Zensus 2011 ab 2012

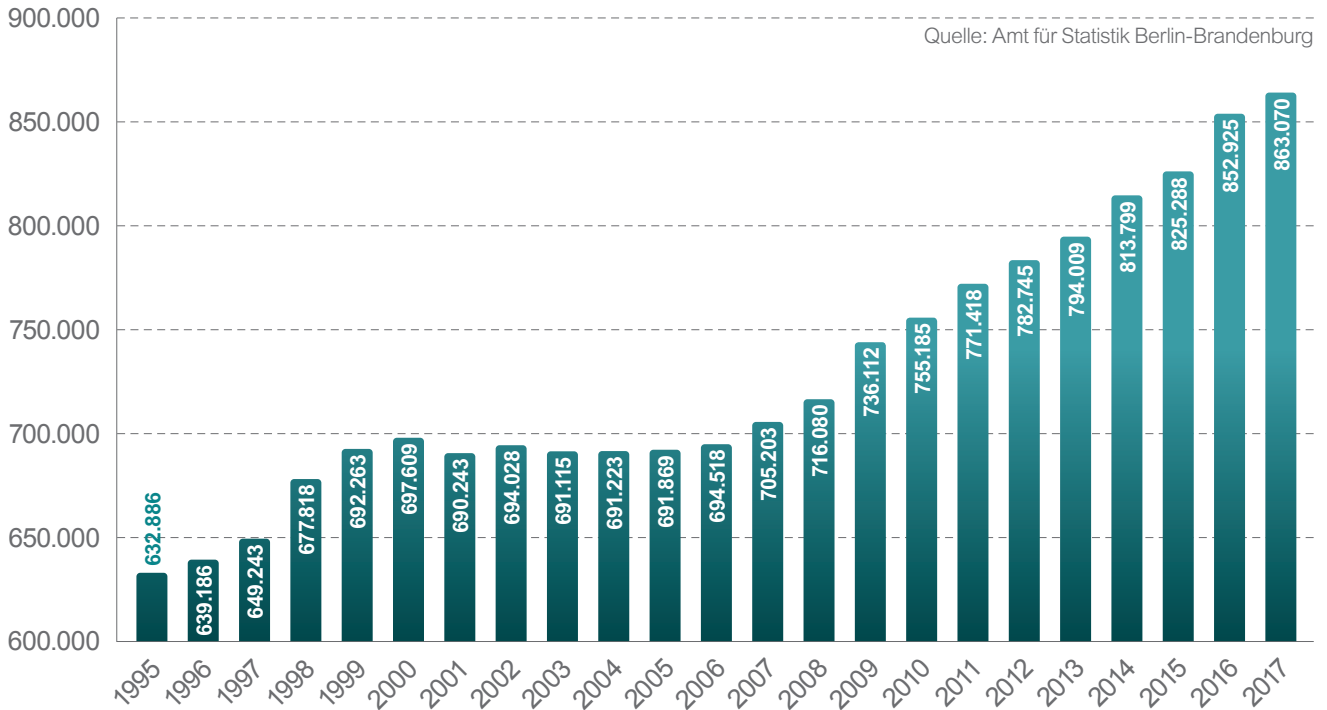


Betten je 10.000 Einwohner 2017 im Bundesvergleich (umlandversorgungsbereignet)

Bevölkerungsbezogene vollstationäre Bettendichte, jeweils um die Umlandversorgung bereignet

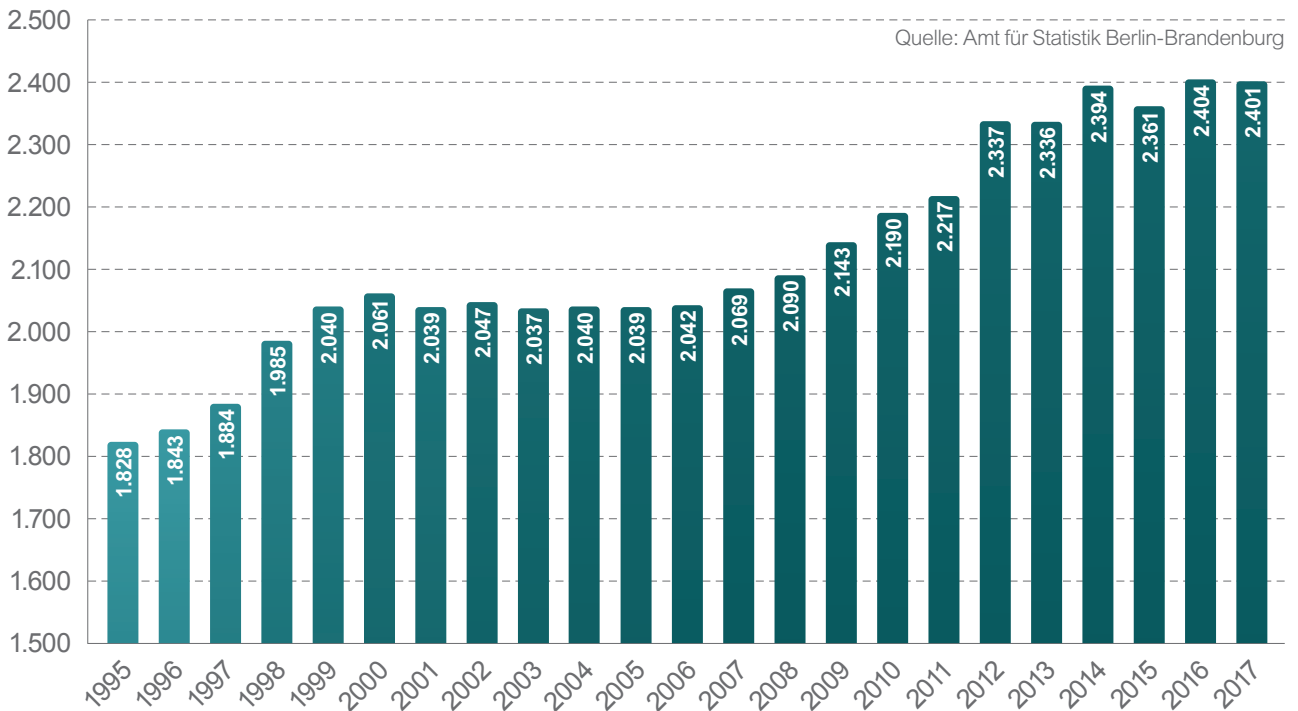


Behandlungsfälle in Berliner Krankenhäusern (vollstationäre Behandlung)



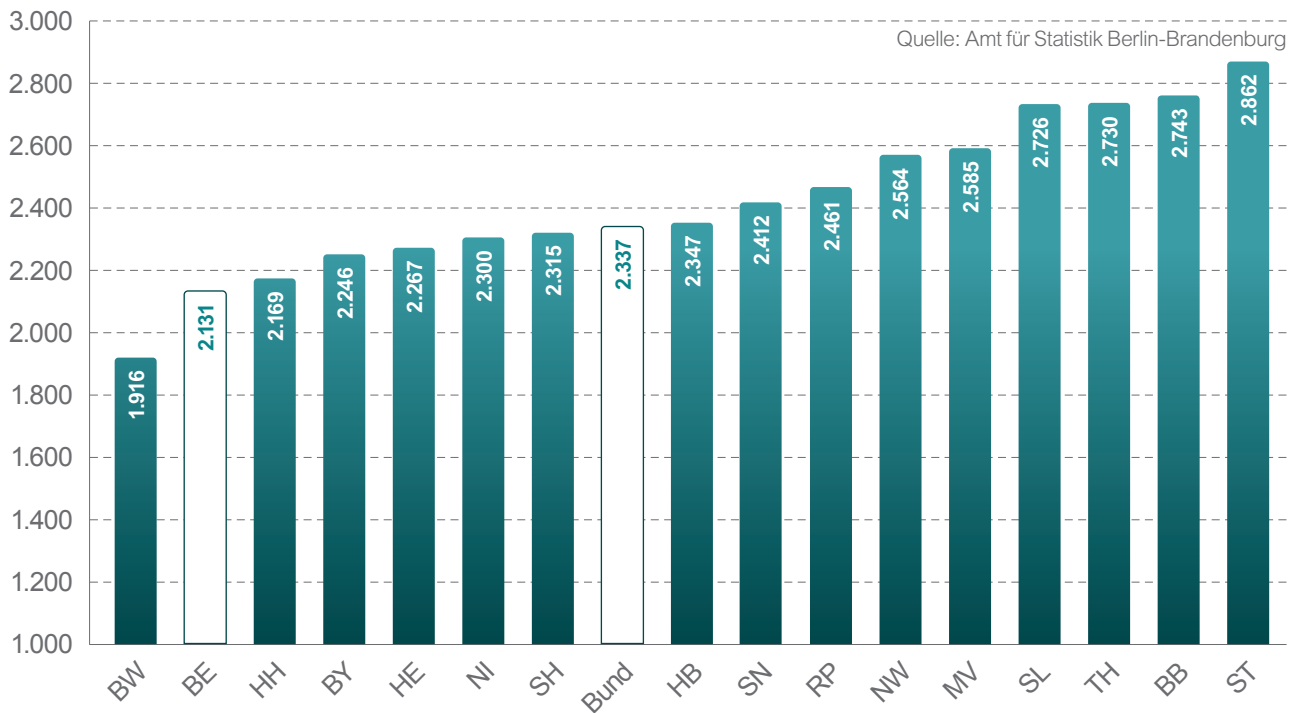
Behandlungsfälle je 10.000 Einwohner (vollstationäre Behandlung)

ohne Umlandversorgungsabrechnung; berechnet auf der Basis durchschnittlicher Bevölkerung in Berlin, Berücksichtigung der Einwohner gem. Zensus 2011 ab 2012



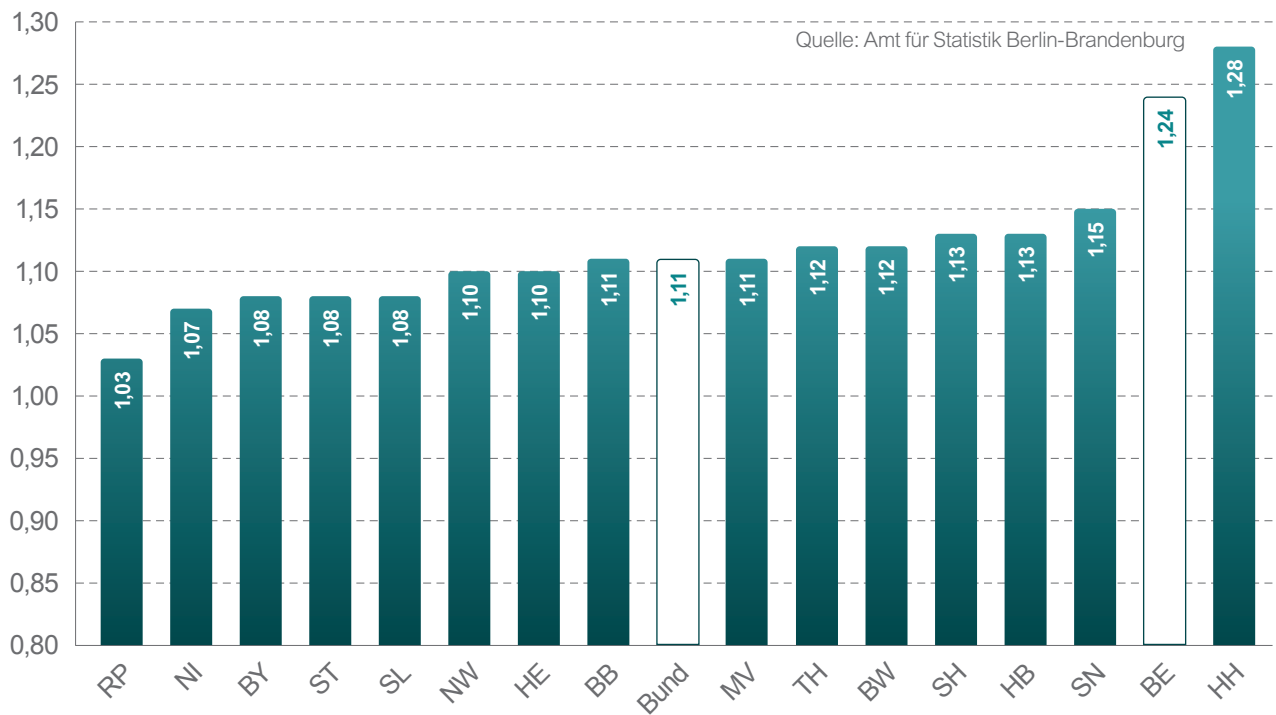
Vollstationäre Fälle je 10.000 Einw. 2017 im Bundesvergl. (umlandversorgungsbereinigt)

bevölkerungsbezogene vollstationäre Fallzahl, jeweils um die Umlandversorgung bereinigt

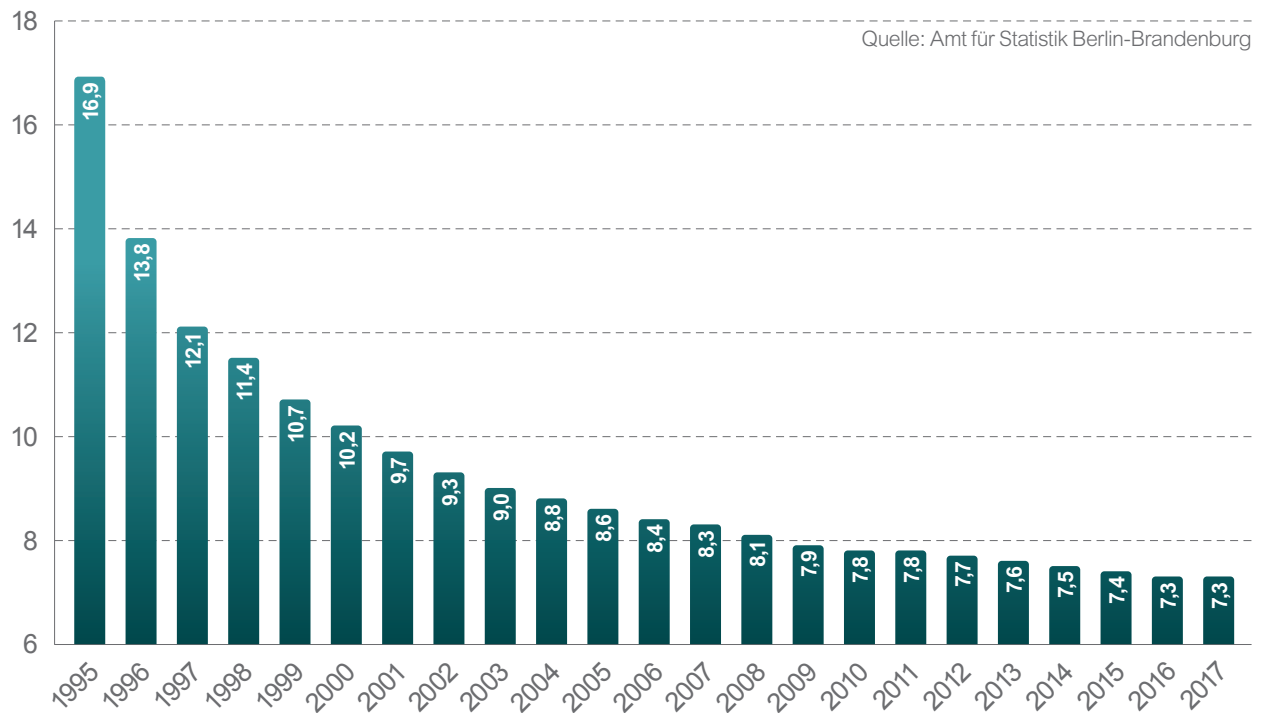


Schweregrad (Casemix-Index) 2017 im Bundesvergleich

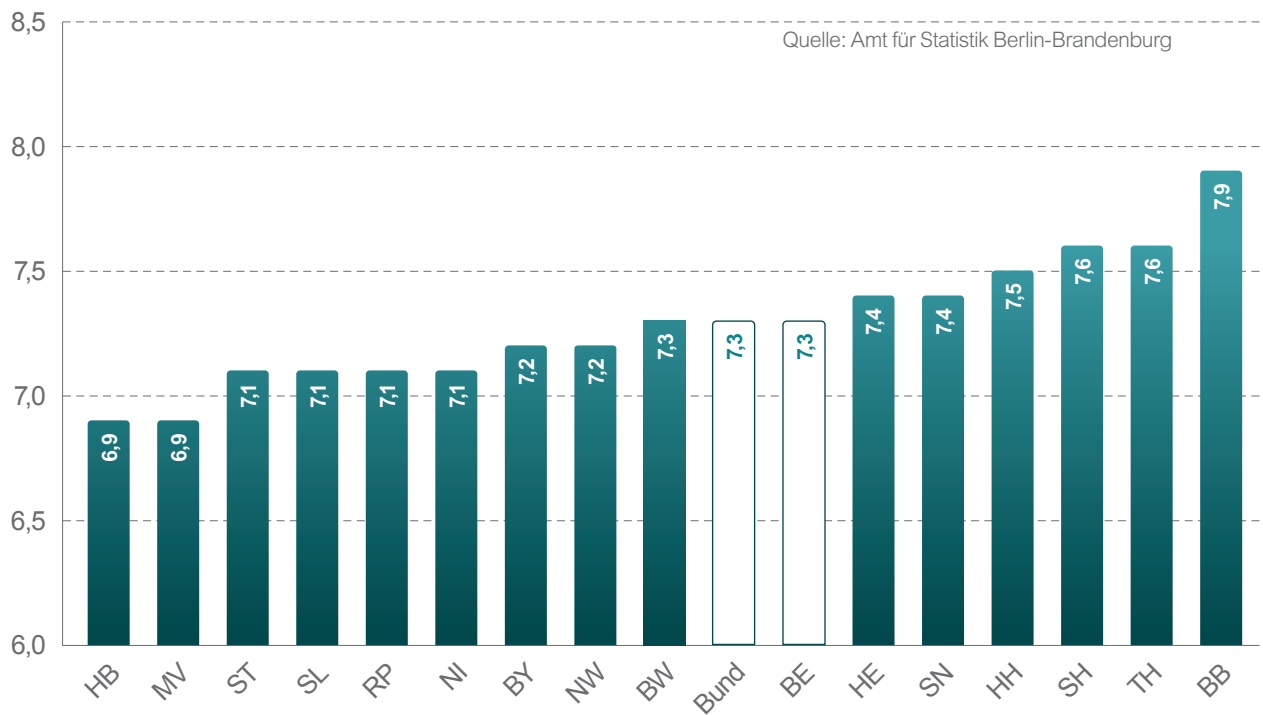
Bevölkerungsbezogene vollstationäre Bettendichte, jeweils um die Umlandversorgung bereinigt



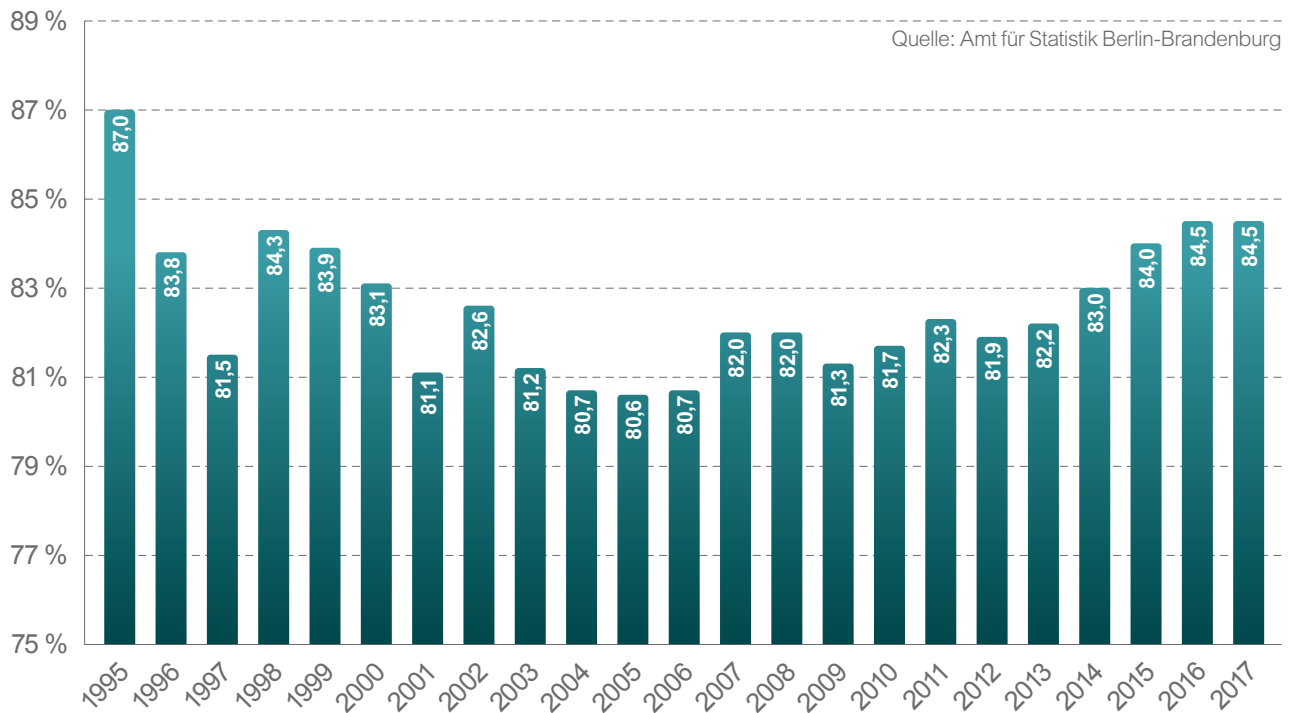
Durchschnittliche Verweildauer in Berliner Krankenhäusern



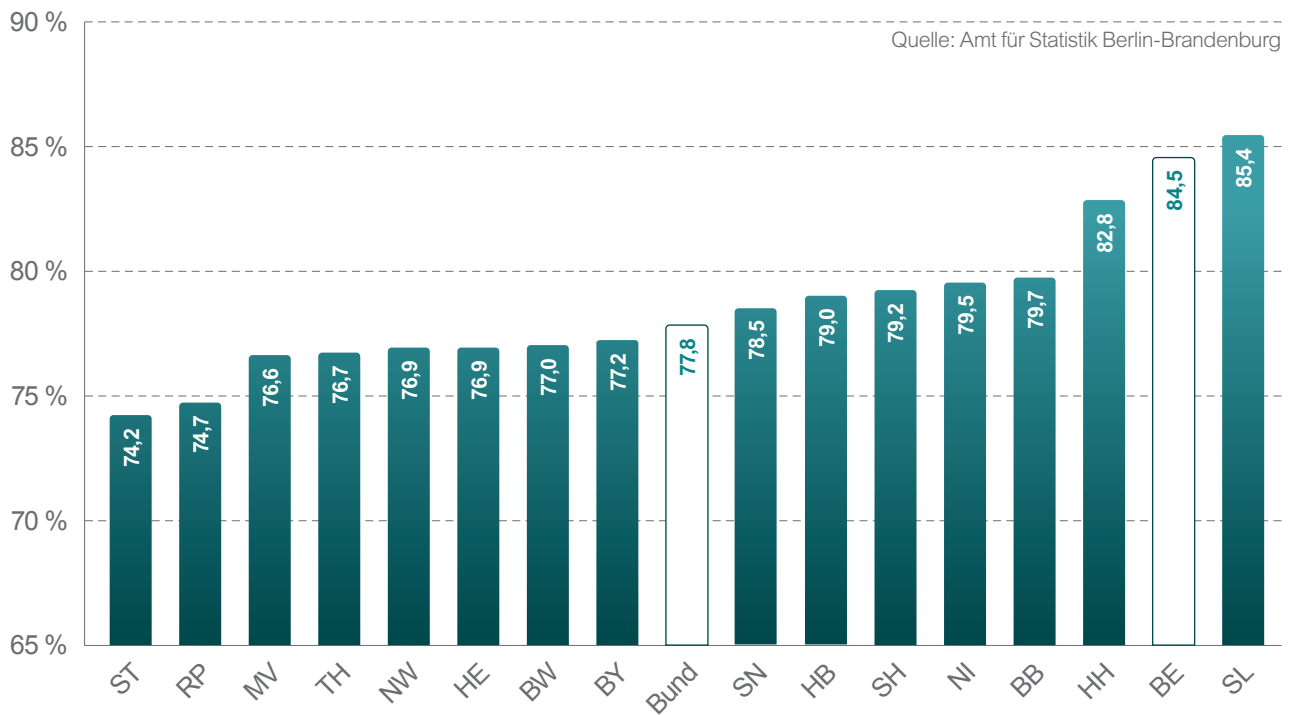
Durchschnittliche Verweildauer 2017 im Bundesvergleich



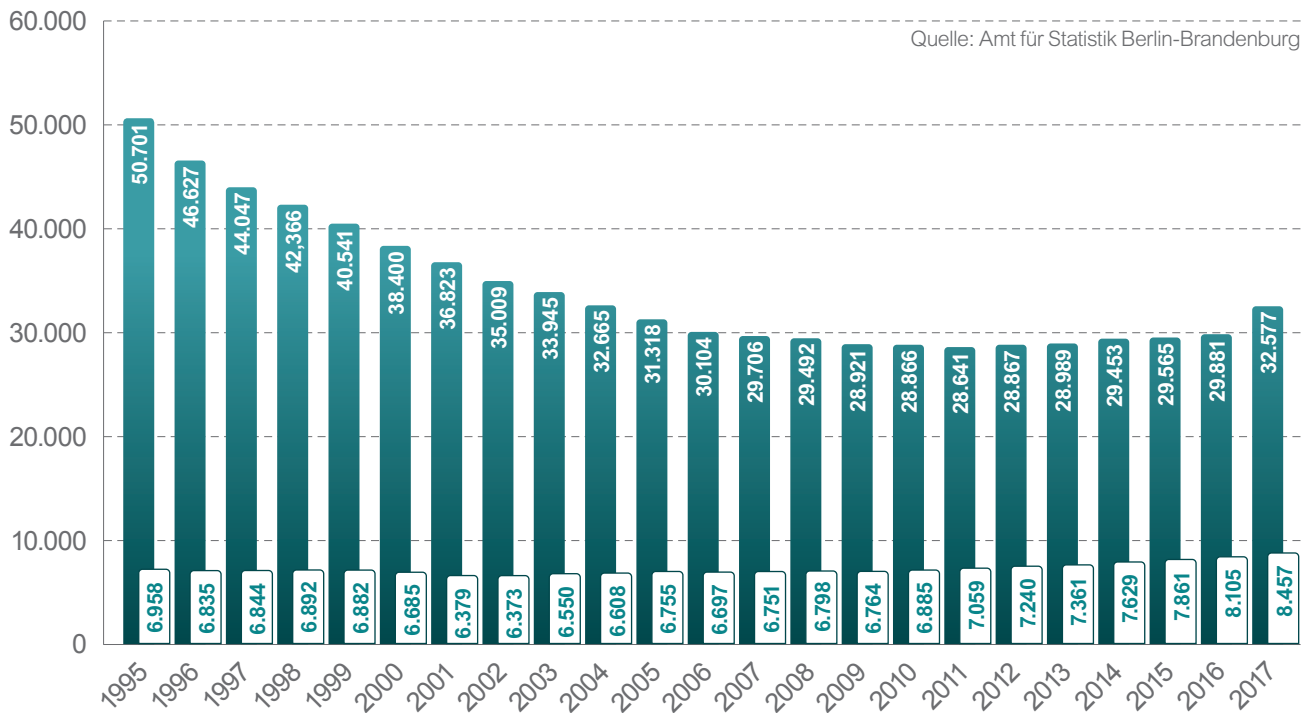
Bettenauslastung in Berliner Krankenhäusern



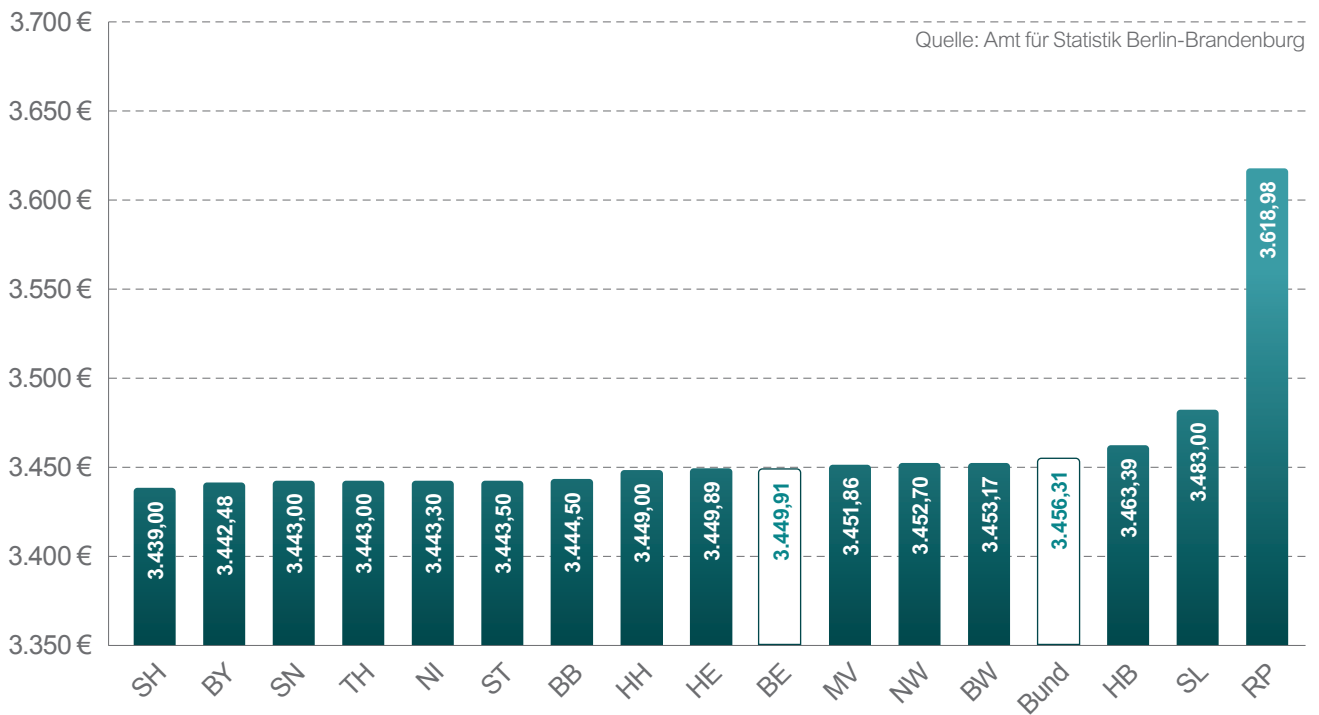
Bettenauslastung 2017 im Bundesvergleich



Beschäftigte (VK) in Berliner Krankenhäusern (ohne Schüler und Auszubildende)



Landesbasisfallwerte 2018 (ohne Ausgleiche)



Jahr	Krankenhäuser	vollstat. Betten	vollstat. Fälle	Vollkräfte insg. ¹⁾
1995	97	33.785	632.886	57.659
1996	68	28.823	639.187	53.462
1997	68	26.469	649.244	50.891
1998	73	25.110	677.818	49.258
1999	74	24.170	692.263	47.423
2000	76	23.287	697.609	45.085
2001	70	22.620	690.244	43.202
2002	67	21.404	694.028	41.382
2003	69	20.991	691.115	40.495
2004	71	20.531	691.224	39.273
2005	71	20.350	691.869	38.073
2006	72	19.859	694.518	36.801
2007	71	19.627	705.203	36.457
2008	74	19.407	716.081	36.290
2009	79	19.668	736.112	35.685
2010	79	19.782	755.185	35.751
2011	79	19.905	771.418	35.700
2012	81	20.133	782.745	36.107
2013	81	20.070	794.009	36.350
2014	80	20.021	813.799	37.082
2015	81	19.975	825.288	37.426
2016	81	20.127	852.925	37.986
2017	83	20.390	863.070	41.034

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

1) Hauptamtlich Beschäftigte ohne Schüler und Auszubildende

Jahr	Beschäftigte ¹⁾	Verweildauer	Berechnungs- / Belegungstage in 1.000	Auslastung
1995	65.002	16,9	10.725	87,0 %
1996	58.758	13,8	8.840	83,8 %
1997	55.871	12,1	7.876	81,5 %
1998	54.471	11,4	7.727	84,3 %
1999	52.413	10,7	7.400	83,9 %
2000	50.857	10,2	7.085	83,1 %
2001	48.662	9,7	6.696	81,1 %
2002	48.030	9,3	6.457	82,6 %
2003	47.303	9,0	6.221	81,2 %
2004	45.229	8,8	6.065	80,7 %
2005	43.289	8,6	5.984	80,6 %
2006	42.658	8,4	5.848	80,7 %
2007	42.282	8,3	5.871	82,0 %
2008	42.213	8,1	5.825	82,0 %
2009	41.699	7,9	5.834	81,3 %
2010	43.097	7,8	5.897	81,7 %
2011	43.045	7,8	5.981	82,3 %
2012	43.051	7,7	6.034	81,9 %
2013	43.620	7,6	6.022	82,2 %
2014	44.478	7,5	6.068	83,0 %
2015	44.694	7,4	6.124	84,0 %
2016	45.879	7,3	6.228	84,5 %
2017	49.878	7,3	6.290	84,5 %



**Berliner
Krankenhausgesellschaft**

Herausgeber

Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.

Hallerstraße 6
10587 Berlin

Telefon +49 (030) 330996 - 0
Telefax +49 (030) 330996 - 66

mail@bkgev.de
www.bkgev.de