

GESCHÄFTS
BERICHT
2019-2021





GESCHÄFTSBERICHT 2019-2021

VORWORT



Sehr geehrte Damen und Herren,

die Jahre 2019 bis 2021 waren für die Berliner Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen von zahlreichen sehr unterschiedlichen Herausforderungen geprägt.

Im Jahr 2019 dominierten noch die gewohnten Themen: Etwa die Beratungen für den Berliner Doppelhaushalt 2020/2021 (die BKG mit ihren Mitgliedern

und deren Beschäftigten haben sich erstmalig zu einer Demonstration vor dem Roten Rathaus zusammengeschlossen), die Vorbereitungen für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten, eine Fülle neuer Gesetzgebungsverfahren im Eiltempo oder die hitzigen Diskussionen zur geplanten Reform der ambulanten Akutversorgung in Krankenhäusern.

Das anhaltend hohe Reformtempo der 19. Legislaturperiode auf Bundesebene wurde mit der

Coronavirus-Pandemie seit Beginn des Jahres 2020 jäh ausgebremst. Binnen weniger Tage wurde das hochkomplexe System der Krankenhausversorgung zu erheblichen Teilen umgestellt auf die neuen Bedarfe einer Pandemie. Es wurden mit zahlreichen normativen Eingriffen auf die Versorgungsaufträge Einfluss genommen sowie Vergütungselemente neu geschaffen oder umgestellt. Auch in den Einrichtungen der stationären Pflege war es erforderlich, Grundsätze der Versorgung unter dem Eindruck der Pandemie neu zu organisieren.

Dank des unermüdlichen Einsatzes der Beschäftigten in den Kliniken und Pflegeeinrichtungen und Dank trägerübergreifender, von hoher Kollegialität getragener Zusammenarbeit der Einrichtungen in Berlin konnte die besorgte „Überlastung der Gesundheitsversorgung“ sicher abgewendet werden. Die Resilienz und Pandemiekompetenz der BKG-Mitgliedseinrichtungen wurden während aller Wellen der Pandemie immer wieder aufs Neue unter Beweis gestellt. So wurden für die multiplen Herausforderungen wie etwa Knappheit an Personal oder Sachmitteln, jeweils Lösungen entwickelt und Gegenmaßnahmen organisiert.

Zum Ende des Berichtszeitraums befinden sich die

BKG-Mitgliedseinrichtungen noch immer unter dem Eindruck der Pandemie. Die zwei Jahre im Ausnahmezustand haben zum Teil belastende Arbeitsbedingungen für unsere Beschäftigten und finanzielle Einbußen in großem Ausmaß mit sich gebracht, für deren Abfederung sich die Berliner Krankenhausgesellschaft bei der Landes- und Bundespolitik einsetzt. Es zeigen sich aber auch deutlich Reformbedarfe, die nach der Wahl des Bundestags und des Berliner Abgeordnetenhauses im Herbst 2021 angegangen werden sollen. Dabei sind die während der Pandemie gewonnenen Erkenntnisse der BKG-Mitgliedseinrichtungen zwingend zu berücksichtigen.

Die Berliner Krankenhausgesellschaft und ihre Mitglieder haben in den vergangenen Jahren noch enger zusammengearbeitet. Mit der positiven Erfahrung, gemeinsam höchste Anforderungen bewältigen zu können, wenden wir uns nun den anstehenden Diskussionen zu, um uns auch weiterhin mit starker Stimme und Gestaltungswillen einzubringen.



Brit Ismer
Vorstandsvorsitzende



Marc Schreiner
Geschäftsführer



Inhalt

Vorwort	4
Vorbemerkung	8
1. Gesundheitspolitik	12
Die Jahre 2020/2021: Krisen- und Erkenntniszeit für die Krankenhäuser	15
2. Personal und Pflege	22
3. Finanzierung und Planung	25
4. Versorgung: Qualität, Krankenhausorganisation, Recht, Medizin	31
5. IT, E-Health, Statistik	38
6. Pflegeeinrichtungen	41
7. Presse und Öffentlichkeitsarbeit	47
Organisation der Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.	49
Anhang	52
Übersicht Kennzahlen	54

Vorbemerkung zum Wirken der Berliner Krankenhausgesellschaft und zum neuen BKG-Geschäftsbericht

Die BKG – Berliner Krankenhausgesellschaft präsentiert Ihnen den Geschäftsbericht in einem modernen, schlanken Format. Dabei verfolgen wir zwei Ziele: Zum einen vermeiden wir die Redundanzen, die bei einem mehrere Berichtsjahre umfassenden Geschäftsbericht üblicherweise entstehen. Zum anderen erhalten Sie den Geschäftsbericht in einem Volumen angeboten, welches auch für den „schnellen Leser“ attraktiv ist.

Dazu dokumentieren wir einmalig abstrakt unsere Vorgehensweise, mit der wir regelmäßig an den für Berliner Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen relevanten Entwicklungen mitwirken. Im Folgenden stellen wir Ihnen lediglich die Ergebnisse vor. Einzelne Prozesse werden nur noch dann erläutert, wenn sie für die Ergebnisse von besonderer Relevanz sind.

Wir haben für Sie vielfältig gewirkt

Die BKG ist als eingetragener Verein die Vereinigung der Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Sie profitiert von ihrem aktiven Vereinsleben in ihren Gremien. In ihren Organen und Ausschüssen werden bei regelmäßig voller Präsenz der Mitglieder aktuelle Entwicklungen transparent und unterschiedliche Interessen ausgleichend diskutiert. Fachlich durch die Geschäftsstelle vorbereitet, kommen die Mitglieder zu einstimmig konsentierten Positionen und Entscheidungen. Während der Corona-Pandemie wurde die Meinungsbildung im Verein überwiegend virtuell organisiert. Der Beratungsrhythmus wurde an die Bedarfe eines Krisenmanagements angepasst, beschleunigt und satzungsrechtlich abgesichert. Die Geschäftsstelle stellt dazu entscheidungsrelevante Rahmenbedingungen und Erkenntnisse zur Verfügung und schlägt Handlungsempfehlungen vor. Mit einem stetig wachsenden und belastbaren Netzwerk zu Institutionen und Entscheidungsträgern aller für die BKG relevanten Politik- und Handlungsfelder gelingt es dabei, gründliche und umfassende Entscheidungsgrundlagen professionell vorzubereiten. Die von den Mitgliedern geeinten Entscheidungen werden von ihr umgesetzt in Richtung Mitgliedschaft, Politik und (Selbst-)Verwaltung sowie Öffentlichkeit. Die Auswahl der zu bearbeitenden Themen reagiert nicht nur auf aktuelle Entwicklungen, sondern entwickelt mit „Investitionsoffensive“, „Fachkräftesicherung“ oder „Nachhaltigkeit“ auch proaktiv neue Handlungsfelder.

Die Strategien zur Durchsetzung der Positionen sind vielfältig, oft parteiübergreifend, teilweise mit strategischen Allianzpartnerschaften gemeinsam umgesetzt und sehen regelmäßig mehrere „Eskalations-



Eine Auswahl der Beschäftigten der BKG: Oliver Heide, Barbara Ogrinz, Peter-Christian Reschke, Jasmin Adler, Anna Chanbekowa, Deborah Kiuntke, Leonie Meyer, Julia Trienens, Antonia Mertens, Franziska Zelmer, Aygül Tekin, Juliane Ghadjar

stufen“ vor: Gespräche, Verhandlungen in externen Gremien, Schreiben an Einzelpersonen sowie an Adressatengruppen (beispielsweise Parlamentsorgane) sowie die Verteilung und Bewerbung von Positionspapieren. Die BKG präsentiert dabei stets belastbare und authentische Information. Damit kann sie sich als verlässlicher und vertrauenswürdiger Partner bei den Entscheidungsträgern und Partnern konzentrieren.

Dabei baut sie ihr Netzwerk und damit ihren Wirkungskreis fortlaufend aus. Dazu werden auch gesellschaftliche Einladungen (beispielsweise „Parlamentarischer Abend“) und Fachveranstaltungen durchgeführt. Die BKG nutzt bei der Interessenvertretung auch die steigende öffentliche Aufmerksamkeit für die Belange der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Neben klassischer Publikations- und Pressearbeit (Pressemitteilungen, Konferenzen, Interviews, Newsletter) in allen Medienarten (Fernsehen, Funk, Print) werden auch verschiedene soziale Medien (Twitter, LinkedIn etc.) genutzt. Zudem entwickelt die Geschäftsstelle die eigenen Internetauftritte (www.bkgev.de; www.pflegejetztberlin.de; www.klinikoffensive.de) kontinuierlich weiter. Die Klaviatur der Öffentlichkeitsarbeit wird umfassend genutzt, einschließlich der Organisation einer Demonstration vor dem Abgeordnetenhaus. Die Kommunikationsleistung wird mit zahlreichen (Rund-)Schreiben an die Mitgliedschaft abgerundet.

Die Stärke der BKG ist, dass sie Mitglieder aus den Bereichen Krankenhaus und stationäre Pflegeeinrichtungen vertritt. Für die Bereiche stehen passgenaue und individuelle Beratung und Leistungen zur Verfügung.

Die BKG vertritt öffentliche, freigemeinnützige und private Träger. Die BKG ist damit ein wichtiger Ansprechpartner für Politik, Verbände und Presse bei allen Fragen der Gesundheitspolitik.

Die BKG repräsentiert mit dieser Trägervielfalt das gesamte Spektrum der Krankenhäuser in Berlin.

Die BKG informiert ihre Mitglieder umfassend über wichtige aktuelle politische Entwicklungen, Gesetzesänderungen und Fragen der Betriebsführung.

Die BKG spricht konkrete Handlungsempfehlungen aus. Daneben wird in Schulungen und Veranstaltungen über aktuelle Fragen informiert und den Teilnehmern die Möglichkeit zum Austausch geboten.

Die BKG unterstützt ihre Mitglieder bei der Vorbereitung der Budgetverhandlungen. Mit den Kostenträgern werden erforderliche Berechnungen und Vereinbarungen ausgehandelt.

Die BKG setzt sich aktiv in der Öffentlichkeit und bei der Politik für die Interessen der BKG-Mitglieder ein.

Die BKG positioniert ihre Mitglieder in der Diskussion mit Politik und (Selbst-)Verwaltung sowie mit Medien und Gesellschaft.

Die BKG unterstützt die Willensbildung und verleiht der gesamten Branche mehr Gewicht.

Die Mitglieder der BKG profitieren von der Beratung und Unterstützung durch ein kompetentes multiprofessionelles Team mit langjähriger Berufserfahrung.



Podiumsdiskussion #StarkeKrankenhäuser mit den Spitzenkandidaten/-innen für die Wahl zum Abgeordnetenhaus, 25. August 2021

1. Gesundheitspolitik

Die BKG ist wichtiger Ansprechpartner der Politik für die Krankenhäuser sowie Pflegeeinrichtungen und setzt sich für eine gute Versorgung der Berlinerinnen und Berliner ein. Sie formuliert ihre Erwartungen an die Politik, die geeigneten Rahmenbedingungen für das Leistungsangebot in Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen zu schaffen.

So hat die BKG im Vorfeld der Wahlen zum Abgeordnetenhaus ihre gesundheitspolitischen Positionen und die Angebote und Bedarfe der Berliner Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen für eine umfassende Versorgung der Berliner/-innen auf hohem medizinischen Niveau formuliert. Die Wahl zum 19. Abgeordnetenhaus von Berlin fand am 26. September 2021 für eine Legislaturperiode von fünf Jahren statt. Für die Krankenhäuser der Stadt standen damit wichtige Weichenstellungen für die neue Legislaturperiode an. Der dringende Handlungsbedarf zur Beseitigung des Fachkräftemangels wurde verdeutlicht. Mit ausreichend Investitionen und einer sachgerechten Finanzierung der Leistungen müssen die Versorgungsangebote zukunftssicher aufgestellt und die Chancen des digitalen Wandels in der medizinischen Versorgung genutzt werden. Ihren Erwartungen zu nachhaltigen Themen wie Vorsorge für künftige Krisen oder dem Beitrag der Krankenhäuser zum Umweltschutz haben die Leistungserbringer mit den „Gesundheitspolitischen Positionen“ Ausdruck verliehen.

Die BKG vertritt die gemeinsamen Interessen ihrer Mitglieder auch im Rahmen von Rechtsänderungen auf Landes- und Bundesebene und durch ihre Mitwirkung in einer Reihe von Gremien auf Bundes- und Landesebene. Sie informiert ihre Mitglieder über die Gesetzgebungsverfahren und deren Umsetzung auf Bundes-, Landes- und Ortsebene. Der Berichtszeitraum war durch eine Vielzahl an Gesetzes- und Verordnungsänderungen gekennzeichnet. So wurden für bestimmte Versorgungsbereiche erstmals verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen (PPUGs) scharf geschaltet. Gesetzgeberisch von herausgehobener Bedeutung für die Krankenhäuser waren u. a. das MDK-Reformgesetz und der Einstieg in das Gesetzgebungsverfahren zur Reform der ambulanten Notfallversorgung. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), dem IT-Sicherheitsgesetz 2.0 (IT-SiG 2.0), dem Patienten-Daten-Schutzgesetz (PDSG) und dem Digitale Versorgung und Pflege Modernisierungsgesetz (DVPMG) wurden Rahmenbedingungen der Digitalisierung, IT-Sicherheit und Telematik-Infrastruktur weiterentwickelt. Die Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds in Höhe von insgesamt 4,3 Mrd. €, für Berlin ca. 216 Mio. €, wurde mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHSG) beschlossen. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und dem ersten bis vierten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sowie hierauf aufbauender Verordnungen wurden zahlreiche Regelungen, Entlastungen und Ausgleichszahlungen für die Krankenhäuser in der Covid-Pandemie erlassen.

Eine Übersicht über die zahlreichen Gesetzgebungsverfahren und deren Inhalte befinden sich im Anhang.



Besichtigung des Corona-Behandlungszentrums
Jafféstraße, 26. Juni 2020

Die Jahre 2020/2021: Krisen- und Erkenntniszeit für die Krankenhäuser

Der Beginn des Jahres 2020 war geprägt von einem Thema: die Pflege soll gestärkt werden. Mit dem Jahreswechsel 2019/2020 trat das Pflegepersonalstärkungsgesetz in Kraft. Erstmals sollen die Kosten dieser zentral wichtigen Berufsgruppe im Team Krankenhaus in einem eigenen Budget auskömmlich finanziert werden und sollen zusätzlich eingestellte Kräfte nach Tarif bezahlt werden. Treibende Motivation zu diesem weitreichenden Schritt war der kritische Mangel an Fachkräften in der Pflege.

Die BKG - Berliner Krankenhausgesellschaft hatte diese Möglichkeit, mehr Pflege zu refinanzieren, begrüßt. Doch alleine mehr Geld würde den für Berlin in einer Studie des DKI - Deutsches Krankenhausinstitut nachgewiesenen Bedarf in Höhe von 10.000 zusätzlichen Vollkräften in der Pflege bereits im Jahr 2030 nicht decken. Die BKG eröffnete daher noch im Februar 2020 mit einer Konferenz die Kampagne #PflegeJetztBerlin (www.pflegejetztberlin.de). Sie steht für einen rund 150 Einzelprojekte umfassenden Masterplan, der unter Beteiligung aller verantwortlichen Akteure aus Pflege, Krankenhaus, Politik und Stadtgesellschaft echte Fachkräfte für mobile und stationäre Pflege sowie Krankenpflege generiert. Erkenntnis dieses Problems und das dringende Bemühen um Lösungen wurden mit den Erfahrungen der darauffolgenden Monate in jeder Hinsicht in ihrer Bedeutung unterstrichen.

Mit der Rückkehr einer ersten Gruppe von Menschen aus der ersten Covid-Krisenregion China im Februar und deren Quarantänisierung in einem Köpenicker Krankenhaus war das Thema endgültig in der deutschen Hauptstadt angekommen und nahm mit schnell steigenden Infiziertenzahlen rasant an Bedeutung zu. Berliner Krankenhäuser errichteten in einer ersten Reaktion sogenannte Abklärungsstellen. In diesen konnten sich verunsicherte Menschen auf eine Sars-Cov-2-Infektion testen lassen. BKG und die Gesundheitsssenatsverwaltung koordinierten die Auswahl der Standorte und eine weitestgehend einheitliche Arbeitsstrategie in den Stellen. Auf Drängen der BKG wird diese schnelle Reaktion der Krankenhäuser für eine erste Infektionskontrolle der Stadt nun auch finanziell vergütet.

Erschreckende Bilder aus Italien erschütterten die Welt bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Pandemie. Krankenhäuser waren dort mit der überwältigend großen Zahl an Covid-19-Patienten/-innen/-innen überfordert, da jede Klinik die gesamte Bandbreite der notwendigen Behandlungen abdecken musste. Patienten/-innen/-innen konnten nicht mehr behandelt werden. Diese Erfahrungen aufgreifend entwickelten Berliner Krankenhäuser daher das sogenannte SAVE-Konzept, mit welchem die Beatmungsmöglichkeiten arbeitsteilig und ressourcenschonend eingesetzt werden. In diesem mehrere Versorgungsstufen umfassenden System werden Patienten/-innen/-innen je nach Verlaufsschwere ihrer Atemwegserkrankung

durch eine mit erfahrenen Medizinerinnen besetzte Leitstelle in die passende Versorgungsstufe verlegt. Die ECMO-Kapazitäten der Stadt (bei dieser Versorgungsvariante wird das Blut des Patienten/-innen außerhalb des Körpers maschinell sauerstoffangereichert) konzentrierten sich an der Universitätsmedizin, weitere Krankenhäuser übernahmen invasive und konservative Beatmungsbehandlungen in nachgelagerten Versorgungsstufen. Dieses System funktioniert bis heute trägerübergreifend und wird von einer beispiellosen Kollegialität der beteiligten Krankenhäuser getragen. Es wird ergänzt durch das ebenso neu entwickelte POST-SAVE-Konzept. Dies ist die logische Systemergänzung, um die rare Beatmungsbett-Kapazitäten durch reibungslose Abverlegung von Patienten/-innen in die Anschlussbehandlung schnell wieder freizubekommen.

Die BKG begleitete die Entwicklung und Durchführung der Konzepte von Anfang an beratend und brachte jeweils die systemische Perspektive ein, spielte Kritik aus der Krankenhauslandschaft ein und wirkte umgekehrt wiederum als Multiplikator. Zugleich beteiligte sich die BKG intensiv an den sich mit Vehemenz entwickelnden Diskussionen auf Landes- und Bundesebene um den sich abzeichnenden Lock-Down für das elektive Leistungsgeschehen der Krankenhäuser. In teils dramatisch anmutenden Gesetzgebungsprozessen – beispielsweise zum Rettungsschirm für Kliniken „KEG – Krankenhausentlastungsgesetz“, in welchen binnen weniger Stunden über ein Wochenende beispielsweise die Höhe der Freihaltepauschalen bestimmt wurden – wurden Stellungnahmen bis hin zur Bundeskanzlerin beraten, abgestimmt, verfasst und verteilt. So wurde innerhalb von Stunden ein hochgradig durchreguliertes Versorgungs- und Vergütungssystem in einer Vollbremsung in eine neue Ausrichtung gedreht und die Grundlage für das Funktionieren der Krankenhausversorgung durch die erste Krisenphase gelegt. Ein beeindruckendes Beispiel für einen neuen, sehr verwaltungslastigen Regulierungsstil, welcher in Krisenzeiten die Handlungsfähigkeit absichert.

In den Krankenhausverbänden etablierten sich neue, agile Strukturen, in denen Willensbildung schnell entwickelt sowie Entscheidungen und Legitimation unter Einbindung möglichst vieler Akteure in der extremen Kürze der Fristen erreichbar wurden. So arbeiteten die Beschäftigten der BKG im Homeoffice als Team über zunächst teure telefonische, später aber über virtuelle Plattformen kollegial und mobil. Die Gremien der BKG, insbesondere der Vorstand, tagen seitdem ebenso virtuell. In zeitweise bis zu zwei Sitzungen der Woche entstanden auf diese Weise nicht nur belastbare Entscheidungskompetenz, sondern auch eine noch weiter vertiefte, trägerübergreifende Kollegialität. Auf Bundesebene passte die DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft auf Initiative der BKG ihre Entscheidungsstrukturen an die Krisenbedarfe an. Seit Beginn der Krise lädt die DKG ihr Präsidium in einer um die Landeskrankenhausgesellschaften erweiterten Formation ein und konnte damit viele notwendige Beschlüsse auf einen breiten Rückhalt stellen. Auch die Landeskrankenhausgesellschaften sind noch enger aneinandergerückt und tagen mittlerweile fest etabliert mit einem hohen, einwöchigen Sitzungsrhythmus. Anfangs noch als „Covid-Sprechstunde“ zum engen Austausch über praktische und politische Entwicklungen eingerichtet, finden zunehmend auch mehr generelle Themen Berücksichtigung in dieser Runde. Das neue Beratungs-tempo und die auf die schnellen Rückkoppelungs- und Entscheidungsbedarfe angepassten Strukturen

werden voraussichtlich die Zeit der Krise begleiten. Es ist aber keine allzu kühne Prognose anzunehmen, dass Elemente dieser effektiven Zusammenarbeit auch nach der Krise fest in den Verbandsstrukturen zur weiteren Anwendung vorgeschlagen werden.

Während auf der Bundesebene die Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Reaktionsfähigkeit der Krankenhäuser auf die neuen Versorgungsbedarfe geschaffen wurden (Erlösausfallkompensation durch Freihaltepauschalen, Finanzierung zusätzlicher Intensivbettenkapazitäten in Berlin auch bezüglich der Anschaffung von Beatmungsgeräten, Festsetzung eines erhöhten Pflegeentgeltwerts, Berücksichtigung zusätzlicher Kosten für die Beschaffung von Schutzmaterial, Verringerung bürokratischer Lasten und überzogener Kontrollen), waren vor Ort andere Herausforderungen zu bewältigen, um die Arbeitsfähigkeit Berliner Krankenhäuser zu sichern.

So wurde der weltweite Mangel an Schutzmaterial auch in Berlin zur Gefahr für die Aufrechterhaltung der Versorgung und verlangte nach lokalen Lösungen. Neben Desinfektionsmittel waren insbesondere Schutzmasken so knapp, dass der Schutz der Beschäftigten in Krankenhäusern nicht mehr sichergestellt werden konnte. So richtete die BKG einen Aufruf an Handwerksbetriebe und stoffverarbeitende Unternehmen sowie deren Kammern und Verbände, Textilmasken zu produzieren. Dabei gelang es, mit dem Bundesverband der Textilindustrie, mit dem BMG abgestimmte Spezifikationen für die Produktion zu entwickeln und diese dem Aufruf zu Grunde zu legen. Zusätzlich sicherte die Senatsverwaltung die Abnahme der nach diesem Aufruf produzierten Masken zu einem festgelegten Preis zu. Ziel dieser Maßnahme war, zur größten Not diese Masken in den Pflege- und Gesundheitseinrichtungen zur Anwendung zu bringen, mindestens aber den Bedarf der Bevölkerung nach einer Mund-Nase-Abdeckung zu bedienen und damit die Verfügbarkeit von medizinischen Mund-Nase-Schutzmasken für Beschäftigte in Krankenhäusern zu erhöhen. Zudem etablierte die Senatsverwaltung in enger Zusammenarbeit mit der BKG eine Bedarfsermittlung für Schutzmaterial. Engmaschig wurde durch die BKG von den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen der Bedarf für die nächsten Tage ermittelt und durch die Senatsverwaltung nach Beschaffung durch eine professionelle Einkaufsabteilung eines kommunalen Krankenhauses an die Einrichtungen geliefert.

Doch nicht nur das Schutzmaterial wurde in Berlin frühzeitig knapp. Mit Blick auf die hohen erwarteten Patientenzahlen der ersten Welle – diese Erwartung hat sich glücklicherweise nicht eingestellt – entstand die greifbare Sorge, dass auch das Personal in den Krankenhäusern zahlenmäßig nicht ausreichen würde, um den immensen Versorgungsaufwand zu decken. Die BKG richtete daher einen Appell an die Berliner Bevölkerung: jede Person mit einer medizinischen oder pflegerischen Ausbildung wurde gebeten, sich bei den Personalabteilungen von Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen zu bewerben. Der Aufruf erfolgte noch Wochen vor der erwarteten Spitze der ersten Welle und sollte so den Kliniken Zeit für die Organisation der Mitarbeit der Freiwilligen einräumen und deren Einarbeitung ermöglichen. Infolge des Aufrufs hatten sich mehrere hundert Personen bei Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gemeldet. Bei einigen ist es gelungen, sie dauerhaft und vertraglich an die Einrichtungen zu binden.

Im Frühjahr erschreckten weitere Bilder aus dem Ausland: in Bergamo fuhren nachts Kolonnen von Militärlastern mit Leichen durch die italienische Stadt. Im US-amerikanischen New York reihten sich die Kühl-Lastwagen als Aufbewahrungsort für Verstorbene vor Krankenhäusern. Aus dem französischen Straßburg wurden Triage-Entscheidungen in völlig überlasteten Krankenhäusern berichtet. Berichte und Bilder dieser Art sollten in Berlin auf jeden Fall vermieden werden. So wurden auf Initiative der BKG die Bestattungs- und Kremierkapazitäten durch die Senatsverwaltung auf ihre Belastbarkeit hin überprüft und durch den Landespsychiatrie-Beauftragten ein psycho-soziales Beratungsangebot in Form von Telefonseelsorge für möglicherweise an ihre Grenzen stoßenden Beschäftigten in Krankenhäusern eingerichtet und finanziert. Parallel entwickelten Ärzte in Verbänden und Kammern leitende Empfehlungen für möglicherweise notwendig werdende Triage-Entscheidungen.

Glücklicherweise ebnete die erste Welle ab, noch bevor sie sich richtig aufgetürmt hatte. All die vorher noch als realistisch besorgten Szenarien traten zumindest in Berlin und in den ganz überwiegenden Teilen Deutschlands in diesem Umfang nicht ein. Glücklicherweise dennoch, auch wenn sich durch die Coronavirus-Pandemie bis dahin schwerwiegende Entwicklungen für Leben und Gesundheit vieler Menschen persönlich, aber auch für die Diskurskultur und den Zusammenhalt der Gesellschaft, national wie europäisch sowie immense Lasten für die Wirtschaft und Staatshaushalte in Europa ergeben hatten. So gingen in der Hauptstadt die Krankenhäuser wieder dazu über, den Versorgungsauftrag für die nicht an Covid-19 erkrankten Menschen verstärkt wahrzunehmen. Dem wiederholten Aufruf, auch der BKG, sich bei gesundheitlichen Beschwerden dem Arzt / der Ärztin oder im Krankenhaus vorzustellen, folgten immer mehr Personen. Dennoch blieben die Behandlungszahlen weit unter dem normalen Niveau. Die Verantwortlichen waren daher nun damit beschäftigt, die hochgerüsteten Strukturen auf die sinkenden Bedarfe anzupassen.

Auch wenn gefühlt die überwiegende Zahl der Deutschen den Sommerurlaub 2020 im eigenen Land verbrachten, nutzten viele die sich nun wieder öffnenden Grenzen und reisten zur Erholung ins Ausland. Die Rückkehrenden hingegen mussten nun getestet werden, um die zuvor noch durch Grenzschließung verhinderte grenzüberschreitende Ausbreitung des Virus zumindest kontrollieren zu können. Testkonzepte sprießten nun aus dem Boden wie die Pilze im anschließenden Herbst. Auch in Berlin wurde eine Teststrategie vorgestellt, die die Bundestestverordnung ergänzte. Die bisherigen Abklärungsstellen der Krankenhäuser wurden nach Verhandlungen von Rahmenverträgen der BKG mit der Senatsverwaltung nun als Teststellen genutzt, weitere Teststellen durch das Land an zentralen Verkehrsknotenpunkten errichtet und die Testkapazitäten für das Land gesteigert. Komplexe rechtliche Fragen zur Testung und die Herstellung der Rechtskonformität von Anträgen bis hin Organisation von Formularvordrucken (im 21. Jahrhundert) waren zu dieser Periode die überraschenden Details einer Krisenbewältigung, die spontan einige Ressourcen der BKG banden.

Mit dem leichten Durchatmen gab es auch Raum, erste Bewertungen des bisher im Gesundheitswesen bei der Pandemie-Bekämpfung Geleisteten zu wagen. So wurden die enormen Anstrengungen aller Mit-

wirkenden gewürdigt. Die Pflegekräfte mit ihrem persönlichen, über das Erwartbare hinaus gehenden Einsatz rückten dabei in den Fokus der Wahrnehmung und Dankbarkeit der Öffentlichkeit. Während Berlins Regierender Bürgermeister – auch nach von der BKG und vielen Weiteren vorgetragener öffentlicher Kritik – seinen offiziellen Dank einseitig auf die Beschäftigten in Einrichtungen öffentlicher Trägerschaft richtete, schnürte der Bund ein ordentliches Dankeschön-Paket für Pflegekräfte in allen Trägerschaften. 100 Millionen (!) Euro sind großzügig und dennoch zu wenig alle zu bedenken, die Einsatz in der Covid-Versorgung zeigen. Schließlich mussten Krankenhausgeschäftsführungen Auswahlentscheidungen rechtfertigen und die Enttäuschung der nicht Bedachten besänftigen. In der Aufmerksamkeit, welche die Krise und der daraus resultierende Dank den Pflegekräften wurde eines besonders sichtbar: die Pflege muss gestärkt werden. Über einmalige Symbole hinaus. Dem hat sich die BKG bereits vor der Krise mit der Kampagne #PflegeJetztBerlin verpflichtet. Die Kampagne wird im Lichte dieser Erkenntnis mit Überzeugung vorangetrieben.

Die sinkenden Inzidenzen und Zahl der Covid-Patienten/-innen in den Intensivstationen verleiteten die Politik dazu, den Krisenmodus für Krankenhäuser im Spätherbst zu senken. Erklärt wurde das auch mit dem Blick auf die bis dahin bereits geflossenen 9 Milliarden Euro an Kompensationsleistung. Doch diese Wende kam zu früh. Die Krise ist noch nicht vorbei. Mit den erneut und diesmal weitaus stärker steigenden Zahlen an Covid-Patienten/-innen wurde von den Krankenhäusern eine Rückkehr in den Krisenmodus verlangt und von den Kliniken selbstverständlich vorgenommen. Betten wurden erneut freigehalten und planbare Eingriffe verschoben. Die Unterstützung der (Bundes-)Politik ließ hingegen länger auf sich warten. Für die Berliner Krankenhäuser stellte sich dieser Zustand deutlich früher als in anderen Bundesländern wieder ein. Dennoch dauerte es eine ganze Weile, bis im föderalistischen System auch alle anderen mitzogen und auf der Bundesebene eine zweite Auflage des Rettungsschirms einforderten. Dieser kam dann wenngleich halbherzig zum Jahresende. Die BKG konnte im guten Zusammenwirken mit der Senatsverwaltung eine für den Augenblick befriedigende Anwendung der Maßnahmen für die Berliner Krankenhäuser erreichen.

Mit der Zulassung erster Impfstoffe gegen das Sars-Cov2-Virus wurde ein neues Kapitel des Pandemieverlaufs aufgeschlagen und Hoffnungen auf eine wirksame Bekämpfung. Mit viel Aufwand hat die BKG an der Entwicklung einer Impfstrategie in Berlin mitgewirkt und die Mitgliedseinrichtungen auf die Verteilung von Impfstoff und dessen Gabe an die Beschäftigten vorbereitet. Mit dem Jahreswechsel 2020/2021 kamen die ersten Impfdosen in Deutschland und Berlin an. Richtigerweise wurde das Verlangen durchgesetzt, die Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen, insbesondere in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, als eine der ersten Gruppen zu vakzinieren. Anfänglich noch mit erheblichen Limitationen bei der Impfstoffzuteilung für Berlin gehemmt, erreichten ab Mitte Februar immer mehr Impfstoffe die hauptstädtischen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, wo sie zumeist von eigenem Personal den Belegschaften verabreicht wurden. Die erforderlichen Wiederholungsimpfungen konnten bis zum Sommer durchgeführt werden. Damit war für diese Phase ein gründlicher Impfschutz für die Gesamtheit der in den Gesundheitseinrichtungen tätigen Personen hergestellt.

Mit einem vorübergehenden Abflauen der allgemeinen Infektionszahlen und damit auch der Zahl der Patientinnen und Patienten/-innen in den Krankenhäusern reduzierte sich auch der Unterstützungswille der Politik. Notwendige Ausgleichszahlungen sollten in der Folge auslaufen. Immerhin wurde anerkannt, dass die Krankenhäuser aufgrund der freizuhaltenden Betten und ausbleibenden Patientinnen und Patienten/-innen massive wirtschaftliche Folgen zu bewältigen hätten. In halbherziger Umsetzung des zu Beginn der Pandemie gegebenen Versprechens kein Krankenhaus werde „ins Defizit kommen“, wurde ein Ganzjahreserlösausgleich gegeben. Durch diesen sollen Krankenhäuser auf Basis des Jahres 2019 Erlöse unter Anrechnung erhaltener Ausgleichszahlungen erhalten. Dabei traf Politik allerdings eine verhängnisvolle Fehlentscheidung: Krankenhäuser sollen im Vergleich zum Jahr 2019 einen zweiprozentigen Abzug hinnehmen. Begründet wurde diese Fehlentscheidung mit der Annahme, dass die Pandemie zu Ende sei. Krankenhäuser sollten sich nicht auf dem Erlösausgleich ausruhen, sondern im Herbst und Winter versuchen, das Leistungsniveau vor der Pandemie zu erreichen.

Ein bis dahin nicht gekannter Anstieg der allgemeinen Infektionszahlen belehrte Politik, dass ein Ende der Pandemie eine grobe Fehleinschätzung war. Infolge der im Herbst und Winter des Jahres grassierenden Infektionen fiel in dieser Welle der Pandemie auch das Personal in den Kliniken in ungewohntem Ausmaß aus und das Leistungsangebot musste drastisch reduziert werden. Bis zum Ende des Berichtszeitraums ist es den Krankenhausgesellschaften nicht gelungen, die Verantwortlichen in der Politik – nach der Wahl zum Bundestag im Herbst und dem Einsetzen der neuen Regierung im Dezember 2021 die Vertreter der sogenannten „Ampel-Koalition“ aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP – zu einer Revision dieser Fehlentscheidung zu bewegen.





2. Personal und Pflege

PflegeJetztBerlin



PFLEGEJETZTBERLIN

Die BKG engagiert sich seit Beginn des Jahres 2020 mit der Kampagne #PflegeJetztBerlin, um „mehr und bessere Pflege“ zu erreichen. Der Kampagnenbeirat mit Expertinnen aus der Pflegepraxis übernimmt die wichtige Aufgabe, die zahlreichen Einzelmaßnahmen der Kampagne zu gewichten. Neben einer eigenen Homepage zu #PflegeJetztBerlin www.pflegejetztberlin.de wird ein monatlicher Newsletter mit Maßnahmen der Kampagne, Aktuellem aus der Pflegeszene, guten Beispielen aus den Häusern, Podcasts, Interviews und vielem mehr versendet.

Die Kampagne entwickelt eigene Projekte und setzt diese in Zusammenarbeit mit Projektpartnern, etwa Berufsvereinigungen oder der Arbeitsagentur, um. Ziele der zahlreichen Projekte sind die Verbesserung der Ausbildung und der Arbeitsbedingungen, die Rückgewinnung ausgeschiedener und die Integration ausländischer Fachkräfte oder eine stärkere Wertschätzung des Berufs. Zugleich fördert die Kampagne die zahlreichen Aktionen der Mitglieder auf diesem Gebiet.

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

Mit den Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotienten wurden durch den Gesetzgeber starre und unflexible Vorgaben gemacht, die den Einsatz der knappen Personalressourcen erschweren und einen hohen bürokratischen Aufwand in den Krankenhäusern verursacht haben. Individuellen Gegebenheiten vor Ort werden sie nicht gerecht. Die BKG hat sich daher dafür eingesetzt, die Pflegepersonaluntergrenzen durch das im Auftrag der Konzentrierten Aktion Pflege von der DKG, dem Deutschen Pflegeerrat und ver.di konzipierte Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument (PPR 2.0) zu ersetzen. Anstelle starrer, schichtgenauer Personalbesetzungsvorschriften für einzelne Stationen müssen flexible, krankenhausbetonte und kapazitätsangepasste Modelle wieder einen bedarfsorientierten Personaleinsatz ermöglichen. Für das medizinische und Gesundheitspersonal sieht die Regierungskoalition verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation vor. So soll die PPR 2.0 kurzfristig im Krankenhaus eingeführt werden und zur Entlastung des Gesundheitspersonals in der täglichen Arbeit ist ein Bürokratieabbaupaket geplant.

Pflegeberufegesetz (PflBG)

Mit dem Pflegeberufegesetz erfolgte im Jahr 2020 die Einführung einer generalistischen Ausbildung, in der die bisherigen Ausbildungsberufe Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zusammengeführt werden. In Berlin begann der erste Ausbildungsgang am 1. April 2020. Die Finanzierung der Ausbildung erfolgt durch einen Ausgleichsfonds (§ 26 Abs. 1 PflBG), welcher beim Landesamt für Gesundheit und Soziales verwaltet wird. Die Finanzierung des Ausgleichsfonds nach PflBG erfolgt über ein Umlageverfahren (§ 28 PflBG). Die Höhe des Ausgleichsfonds ergibt sich aus der Summe aller Ausbildungsbudgets (§ 32 Abs. 1 PflBG). Im Jahr 2020 betrug das Fondsvolumen 55.833.872,59 €, dieses erhöhte sich im Jahr 2021 auf 104.538.827,61 €.

Die Ausbildungsbudgets werden im Land Berlin als Pauschalbudget gem. § 30 PflBG verhandelt, welche alle zwei Jahre anzupassen sind. Verhandelt werden Pauschalen für die Kosten der praktischen Ausbildung und Pauschalen für die Kosten der Pflegeschulen. Die BKG beteiligt sich als Vertragspartei an den Verhandlungen beider Pauschalen. Die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind keiner Pauschalierung zugänglich und werden dem Landesamt für Gesundheit und Soziales gem. § 30 Abs. 4 PflBG lediglich mitgeteilt. Als Pauschale für die Pflegeschulen wurden 8.865,00 € vereinbart. Die Pauschale zu den

Kosten der praktischen Ausbildung wurde differenziert nach Jahresarbeitgeber-Bruttopersonalkosten der Praxisanleiter/-innen und beträgt 7.946,00 € bis 9.998,00 €. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde im Jahr 2021 vereinbart, dass die im Jahr 2019 vereinbarten Pauschalen auch für das Finanzierungsjahr 2022 fortgelten. Die nächste Verhandlung findet somit im Frühjahr 2022 statt und betrifft die Finanzierungsjahre 2023 und 2024.

Mit Vereinbarung vom 8. November 2019 wurden auch die Pauschalen zu den Ausbildungskosten der Pflegeschulen (8.865 €) und zu den Kosten der praktischen Ausbildung für den Zeitraum 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2021 vereinbart. Aufgrund der Corona-Pandemie haben sich die Vertragsparteien darauf verständigt, dass die Pauschalbudgets zu den Kosten der praktischen Ausbildung und die Pauschalen zu den Ausbildungskosten der Pflegeschulen bis zum 31. Dezember 2022 verlängert werden.

Gesetz zur Einführung einer Pflegefachassistentenausbildung

Mit dem Gesetz über die Einführung einer Pflegefachassistentenausbildung für Berlin, welches am 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist, wird eine generalisierte Pflegehelferausbildung eingeführt, die die Pflegehilfe in der stationären Langzeitpflege und die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zusammenführt. Der erstmalige Ausbildungsstart ist zum 1. Oktober 2022 geplant.

Finanzierung von Ausbildungskosten

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 Landeskrankenhausesgesellschaft zu errichten und zu verwalten.

Das Fondsvolumen des Ausgleichsfonds erhöhte sich von 62,1 Mio. € im Jahr 2019 auf 79,9 Mio. € im Jahr 2020 und auf 81,5 Mio. € im Jahr 2021. Der vereinbarte landeseinheitliche Ausbildungszuschlag betrug im Jahr 2019 68,59 €, im Jahr 2020 87,05 € und im Jahr 2021 90,13 €. Dieser wurde jeweils von den Krankenhäusern für die ab dem 1. Januar des Jahres aufgenommenen Patienten/-innen erhoben und in monatlichen Abschlagszahlungen an den Ausgleichsfonds jeweils zur Monatsmitte abgeführt. Die ausbildenden Krankenhäuser erhalten das für ihr Krankenhaus dem Ausgleichsfonds zugrunde gelegte Ausbildungsbudget in monatlichen Abschlagszahlungen aus dem Ausgleichsfonds 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. Um die Liquidität des Ausgleichsfonds während der Corona-Pandemie aufrechtzuerhalten, wurde der Ausbildungszuschlag im Jahr 2020 unterjährig erhöht und hausindividuelle Abweichungen ausgeglichen.

3. Finanzierung und Planung

Investitionen für moderne und zukunftsgerechte Strukturen

Die Krankenhäuser haben im dualen Finanzierungssystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) einen Rechtsanspruch auf eine Investitionsförderung durch das Land, die ihre wirtschaftliche Sicherung gewährleistet, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellt und zur Beibehaltung und Steigerung der Effizienz und Qualität beiträgt. Die BKG hatte unter Heranziehung verschiedener Berechnungsmodelle und anhand einer empirischen Erhebung ein bedarfsnotwendiges Investitionsvolumen mit einem Gesamtumfang von 3,5 Mrd. € für die Jahre 2020 bis 2030 nachgewiesen.

Die BKG hatte ihre Investitions-Offensive im Hinblick auf die Beratungen im Abgeordnetenhaus verstärkt. In einer Briefkampagne haben Krankenhäuser gegenüber ihren Wahlkreisabgeordneten um Unterstützung der Kampagne gebeten. Im September 2019 hat die BKG ein breites Bündnis aus Ärzteschaft, Patientenbeauftragter, Gewerkschaften, Pflegerat, Krankenkassen, Krankenhäusern und ihren Verbänden organisiert, das gemeinsam eine dringende Erhöhung der Investitionsmittel und eine Planungssicherheit bis 2030 gefordert hat. Höhepunkt der Aktivitäten war die Kundgebung „Klinikoffensive Jetzt“ am 23. Oktober 2019 vor dem Roten Rathaus. Die damit verbundene breite Berichterstattung hat weitere Aufmerksamkeit für die Forderungen der BKG gebracht. Zusätzlich wurde eine Kampagnenseite www.klinikoffensive.de eingerichtet.

Im Jahr 2020 wurden den Berliner Krankenhäusern 110 Mio. € und im Jahr 2021 130 Mio. € als Investitionspauschale zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wurde ein Darlehensprogramm von 70 Mio. € bzw. 105 Mio. € mit einer 20-jährigen Laufzeit aufgelegt, die aber keinerlei Sicherheit für die kreditgebende Bank darstellen, sodass hiervon kaum Gebrauch gemacht wurde. Trotz der Verbesserungen bei der Investitionsfinanzierung blieben die verfügbaren Mittel noch deutlich hinter den erforderlichen 350 Mio. € Jahresförderung zurück.

Die Berliner Krankenhäuser unterstützen die duale Krankenhausfinanzierung grundsätzlich. Allerdings müssen die Investitionsverpflichtungen des Landes auch erfüllt und die Haushaltsansätze für Krankenhausfördermittel deutlich erhöht werden. Bundesprogramme mit bestimmten Förderschwerpunkten (z. B. Digitalisierung), bei denen das Land die vollständige Kofinanzierung gewährleistet (wie z. B. Krankenhausstrukturfonds, Krankenhauszukunftsfonds), können die Landesförderung ergänzen.

Landesbasisfallwert

Gemäß § 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vereinbaren die BKG und die Krankenkassenverbände jährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert für das folgende Kalenderjahr. Können sich die Ver-

tragsparteien bis zum 30. November nicht auf einen Landesbasisfallwert einigen, setzt die Schiedsstelle diesen unverzüglich fest. Der Landesbasisfallwert wird durch die zuständige Landesbehörde genehmigt. Der Landesbasisfallwert stellt die Grundlage für die Ermittlung der Erlösbudgets nach § 4 KHEntgG im Rahmen der krankenhausindividuellen Entgeltverhandlungen und für die Abrechnung der DRG-Fallpauschalen dar.

Die Vorbereitungen für die Verhandlungen erfolgen u. a. 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. Darüber hinaus erfolgen intensive Abstimmungen innerhalb einer Arbeitsgruppe der Landeskrankenhausgesellschaften, der Verhandlungskommission und dem Vorstand der BKG. In den Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden zum Landesbasisfallwert 2020-2022 konnten nach schwierigen Verhandlungen jeweils Einigungen erzielt werden. Eine Neuerung betraf im Jahr 2020 die Vereinbarung der Höhe der Bewertungsrelationen infolge der Budgetausgliederung der Pflege sowie im Jahr 2021 die erstmals nachlaufende Ermittlung des Bundesbasisfallwertkorridors.

Der Landesbasisfallwert 2022 für Berlin beträgt 3.837,75 € (2020: 3.659,00 €, 2021: 3.750,11 €). Es ist in den Jahren 2020 bis 2022 gelungen, den Berliner Landesbasisfallwert leicht über den Bundesdurchschnitt zu heben. Neben der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch das Land werden allerdings die Tarif- und Sachkostensteigerungen und zusätzlichen Anforderungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den Gesetzgeber durch die im Landesbasisfallwert seit Jahren gedeckelten Preiszuwächse nur teilweise finanziert. Insoweit fordert die BKG seit Jahren eine Aufhebung der Budgetdeckelung insbesondere zur Refinanzierung der Personalkosten und eine Abschaffung der hohen Abschläge auf Mehrleistungen.

Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser

Die zunehmende Komplexität des Finanzierungssystems – bedingt auch durch eine Vielzahl von Reformen und normativen Eingriffen, zuletzt durch die Ausgliederung des Pflegebudgets – trägt immer mehr dazu bei, dass das System schwieriger handzuhaben ist und intransparenter wird. Dies ist nicht zwingend in dem DRG-System begründet, sondern vielmehr in dessen Rahmenbedingungen. Es besteht ein enormer Kontroll- und Bürokratieaufwand sowie ein hohes Misstrauen verbunden mit einem komplexen Abrechnungs- und Budgetsystem.

Über die fallpauschalierten Erlöse kann z. B. eine Refinanzierung der Vorhaltekosten – insbesondere der Personalkosten – eines Krankenhauses nur sichergestellt werden, wenn ausreichend Patienten/-innen behandelt werden, da die Gesamtvergütung des Krankenhauses direkt von der Fallzahl und der Fallschwere abhängig ist. Das fallbezogene Entgeltsystem führt bei konstanten oder rückläufigen Leistungen dazu,

dass die Fixkosten nicht mehr erwirtschaftet werden. Die BKG setzt sich intensiv für auskömmliche Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser ein. Hierzu hat sie im Vorfeld der Wahlen in Berlin und im Bund zahlreiche Vorschläge eingebracht. Beispielsweise bedarf es einer vollständigen Vergütung von (linearen und strukturellen) Tarif- bzw. AVR-Lohnsteigerungen auch zur zukünftigen Fachkräftesicherung, einer stärkeren Berücksichtigung der Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Versorgungsangeboten im Vergütungssystem einschließlich der Notfallversorgung, ein Abbau von Bürokratieaufwand und eine sektorenübergreifende ambulante Versorgung.

Krankenhausplanung

Der Senat von Berlin hat am 15. September 2021 den Krankenhausplan 2020 beschlossen. Nachdem das Abgeordnetenhaus von Berlin und der Rat der Bürgermeister den Krankenhausplan 2020 zur Kenntnis genommen hatten wurde dieser öffentlich ausgelegt und veröffentlicht. Der Krankenhausplan 2020 löst den Krankenhausplan 2016 ab und soll für den Planungszeitraum bis 2025 eine bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung unter Beachtung der Trägervielfalt für die Berliner Bevölkerung sichern. Die Krankenhausplanung soll sich an den Bedürfnissen der Patienten/-innen ausrichten, relevante Einflussfaktoren für eine zukunftsorientierte Krankenhausstruktur berücksichtigen und muss zwingend mit einer bedarfsgerechten Investitionsförderung durch das Land verbunden sein.

Der medizin-technische Fortschritt, die demografischen Veränderungen, zunehmender Fachkräftemangel, Digitalisierung, Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen und die Bedarfe der Patienten/-innen sowie die sich immer schneller ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen erfordern von den Krankenhäusern eine hohe Flexibilität, die zugleich auch die Wirtschaftlichkeit der Krankenversorgung im Fokus behält. Krankenhausplanung muss auch in Zukunft Freiräume für die eigenverantwortliche Gestaltung einer qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Versorgung in zunehmend vernetzten Strukturen gewährleisten. Um Synergien des medizin-technischen Fortschrittes für die Patienten/-innen realisieren zu können, müssen zukünftig Krankenhäuser sektorenübergreifende stationäre und ambulante Versorgungsangebote anbieten können und hierfür der erforderliche rechtliche und planerische Rahmen geschaffen werden. Dies muss Grundlage für die Umsetzung des Krankenhausplanes und die weiteren Entwicklungen der Krankenhausplanung sein. Mit Sorge betrachtet die BKG insoweit auch die Entwicklungen zur Festlegung von überzogenen Struktur- und Prozessvorgaben, insbesondere durch die Bundesebene und den G-BA sowie die ausufernde Überbürokratisierung mit zahlreichen Dokumentationspflichten, denen im Planungszeitraum dringend auch seitens des Landes im Rahmen seiner Möglichkeiten entgegengewirkt werden muss.

Das Verfahren zur Entwicklung und Aufstellung des Krankenhausplans 2020 stellte einen wesentlichen Tätigkeitsschwerpunkt der BKG als unmittelbar an der Krankenhausplanung zu Beteiligende im Berichts-

zeitraum dar. Sie hat im Rahmen der zahlreichen Sitzungen und Workshops des Fachausschusses Krankenhausplanung zahlreiche Hinweise und Positionierungen zur Gestaltung des Krankenhausplans 2020 für den Krankenhausbereich eingebracht. Themenschwerpunkte waren u. a. die Geriatrie, die Psychiatrie, Notfallversorgung, Weaning, Plan-QI, Methodik einschließlich der Bedarfsplanung und die Kardiologie sowie die Planung von Zentren und Schwerpunkten. Die Positionen der BKG wurden in allen vorgesehenen Gremien vorgestellt und aktiv verhandelt. Der Krankenhausplan 2020 nimmt von der BKG vorgetragene Aspekte, z. B. hinsichtlich einer grundsätzlichen Beibehaltung einer Rahmenplanung, die weitgehende Beibehaltung der Planungskriterien sowie die Beschreibung und Weiterentwicklung einzelner zweckmäßiger und sinnvoller Qualitätsvorgaben auf. Sie beinhaltet einen grundsätzlich notwendigen Bettenaufbau, insbesondere zur Berücksichtigung der Bevölkerungszunahme und der demographischen Entwicklung um 180 Betten auf 22.157.

Die BKG geht den gemeinsam eingeschlagenen Weg verbindlicher Qualitätsvorgaben in der Krankenhausplanung grundsätzlich weiter mit. Der Krankenhausplan 2020 hat weiterhin bundesweit mit den höchsten Standards hinsichtlich der Festlegung von Qualitätsvorgaben, die zum Teil deutlich über bundesweite Vorgaben hinausgehen. Kritisch werden im Einzelnen die folgenden Aspekte betrachtet:

- die verbindliche Vorgabe unrealistischer Personalvorgaben, z. B. in der Notfallversorgung,
- die Koppelung der interventionellen kardiologischen Versorgung an die Notfallversorgung,
- die unzureichende Einbeziehung zertifizierter Brust- und Lungenschwerpunkte als Schwerpunkte sowie
- die unsichere Bedarfsplanung im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik.

Zur Umsetzung der Qualitätsvorgaben sowie des stationären Mehrbedarfs und zur Schaffung einer guten räumlichen und technischen Ausstattung muss das Land auskömmliche Investitionsmittel zur Verfügung stellen.

Budget- und Entgeltverfahren 2019 bis 2021

Nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) führen die Krankenhäuser mit den Krankenkassen Budgetverhandlungen in der Regel für ein Budgetjahr. Die Landeskrankenhausesellschaften können sich nach § 18 a KHG an den Pflegesatzverfahren beteiligen. Die BKG begleitet ihre angeschlossenen Krankenhäuser vor, während und nach den Budgetverhandlungen. Bis zum Jahresende 2021 lagen für ca. ein Drittel der Krankenhäuser Budgetgenehmigungen bzw. Einigungen mit den Krankenkassenverbänden für das Jahr 2020 vor. Der Trend zu retrospektiv stattfindenden Budgetverhandlungen setzt sich demnach fort. In Anbetracht gesetzlicher Reformen, neuer Verordnungen und Vereinbarungen ergaben sich zum Teil veränderte Rahmenbedingungen, welche sich auch in den Budgetverhandlungen wesentlich auswirkten.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) im Jahr 2019 wurde der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG regelhaft auf 35 % festgelegt und vereinfachte insofern die Verhandlungen. Diesbezüglich hat die Geschäftsstelle den Krankenhäusern ein Informationspaket zur Verfügung gestellt, in welchem in Zusammenarbeit mit der DKTIG das web-basierte FDA-Tool angeboten wurde. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde dieser für das Jahr 2020 jedoch ausgesetzt und das Jahr 2019 als Grundlage für vereinbarte Mehrleistungen in den folgenden Jahren festgesetzt.

Das Jahr 2020 war auf Budgetebene von der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG geprägt. Bezüglich der Definition des im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Personals bestanden auf der Ortsebene auch nach Vereinbarung der Pflegepersonalkostenabgrenzungs- und der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zahlreiche Unklarheiten. Mit der sogenannten „Empfehlungsvereinbarung 2020“ erfolgte schließlich eine Anpassung der Definition des im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Personals. Diese wurde sodann für alle Krankenhäuser verpflichtend, welche bis zu dessen Inkrafttreten noch keine Budgetvereinbarung geschlossen hatten.

Weiterhin stellten die krankenhausindividuellen Entgelte sowie die Zu- und Abschläge (Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, Hygiene-Förderprogramm, Hebammen-Förderprogramm, Zentrumszuschlag, Telematikzuschlag, Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung) wichtige Verhandlungsthematiken dar.

Bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets nach § 17a KHG hatte die Höhe der für die Praxisanleitung zu finanzierenden Beträge noch immer großes Konfliktpotenzial, welches sich auch auf die Ausbildungsberufe Ergo- und Physiotherapie bezüglich der grundsätzlichen Finanzierungsfähigkeit ausdehnte. Da die Praxisanleitung für die Pflegeberufe seit 2020 vollständig über das Pflegebudget finanziert wird, vereinfachte dies die Verhandlungen dahingehend. Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung wurde dessen Finanzierung durch die Einrichtung eines Ausbildungsfonds beim Landesamt für Gesundheit und Soziales neu strukturiert. Damit werden die Ausbildungskosten der Gesundheits- und (Kinder) Krankenpfleger/-innen sukzessiv aus dem Ausbildungsbudget nach § 17a KHG ausgegliedert.

Die Jahre 2020 und 2021 waren durch die Corona-Pandemie gezeichnet. Die Krankenhäuser waren mit starken Leistungsrückgängen und damit verbundenen Mindererlösen belastet. So wurden Ausgleichszahlungen, Versorgungsaufschläge, Abschlagszahlungen und Mehrkostenzuschläge beschlossen, um diese zumindest teilweise auszugleichen. Des Weiteren wurde ein Ganzjahreerlösausgleich für die Jahre 2020 und 2021 festgelegt, nachdem der Mengenausgleich für den aG-DRG-Bereich nach § 4 Abs. 3 KHEntgG und für den PEPP-Bereich nach § 3 Abs. 7 BPfIV für beide Jahre ausgeschlossen wurde. Die BKG hatte sich auf Bundes- und Landesebene für entsprechende Kompensationen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser eingesetzt. Zudem hatte die BKG den Krankenhäusern u. a. Simulationshilfen und

Berechnungsschemata für die Vorbereitung der Verhandlungen und internen Analysen zur Verfügung gestellt.

Im Anwendungsbereich der BPfIV sind ab dem Budgetjahr 2020 maßgebliche Neuerungen bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags nach § 3 Abs. 3 BPfIV zu beachten. Dies umfasst die erstmalige Berücksichtigung von Personalbedarf, der sich aufgrund der Psychiatrie- und Psychosomatik-Richtlinie des G-BA (PPP-RL) ergibt, die Berücksichtigung der Ergebnisse des Psych-Krankenhausvergleichs sowie z. B. von Anpassungsvereinbarungen. Sofern sich die Vertragspartner auf der Ortsebene für eine Fortschreibung entscheiden, wurde die erstmalige Berücksichtigung dieser Tatbestände in der Regel auf das Folgejahr verschoben.

Wie in den Vorjahren stellte die BKG in Zusammenarbeit mit der DKG und den weiteren Landeskrankengesellschaften den Krankenhäusern Hinweise und Empfehlungen zu den wesentlichen Verfahrensregelungen der Budgetverhandlungen zur Verfügung. Der BKG-Fachausschuss Finanzierung hat nach Bedarf zu den Themen Investitionsfinanzierung, Pflegebudget, Pflegepersonaluntergrenzen, Psych-Krankenhausvergleich, G-BA Notfallstufenkonzept, Ganzjahreserlösausgleich (Excel-Simulation), Zentren und Schwerpunkte und der zukünftigen Ausgestaltung der medizinischen Versorgung (Betriebskostenfinanzierung) getagt. Zudem hat die Geschäftsstelle Fachveranstaltungen zu den Budget- und Entgeltverhandlungen des KHEntgG (aG-DRG und Pflegebudget) sowie zum Ausbildungsbudget veranstaltet.

Schiedsstellen

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 Geschäftsstelle wurde in den Jahren 2018 und 2019 von der BKG geführt. Mit Wirkung ab dem 4. Februar 2020 hat die AOK Nordost turnusgemäß für zwei Jahre die Führung der Geschäftsstelle übernommen. Zudem stellt die BKG fünf Mitglieder und jeweils Stellvertreter/-innen in der Schiedsstelle. Hausindividuelle Schiedsstellenverfahren sind sowohl durch die BKG als auch durch die Mitgliedsverbände beratend und unterstützend begleitet worden.

4. Versorgung: Qualität, Krankenhausorganisation, Recht, Medizin

Notfallversorgung

Die Rettungsstellen in den Berliner Krankenhäusern versorgen jährlich rund 1,2 Mio. Patienten/-innen, davon rund 850.000 ambulant. Insbesondere während der sprechstundenfreien Zeiten und an Feiertagen stellen die Berliner Kliniken die ambulante Notfallversorgung der Berliner Bevölkerung sicher. Die Rettungsstellen sind hoch ausgelastet und sowohl in ihren Strukturen als auch dem Betrieb unterfinanziert. Angesichts der Überlastung der Notfalleinrichtungen durch rein ambulante Notfälle und einer nicht annähernd adäquaten Finanzierung, hat die BKG eine Reform der Notfallversorgung gefordert, die die Bedeutung der Krankenhäuser und eine koordinierte Versorgungsplanung konstruktiv und gemeinsam mit den Beteiligten durch die Länder angemessen würdigt. Dies umfasst sowohl die stationäre als auch die ambulante Notfallversorgung, die in der Notaufnahme der Krankenhäuser eine organisatorische und medizinische Einheit bilden. Integrierte Notfallzentren (INZ) sind entsprechend der bewährten Praxis in die Organisationsstruktur der Notfallkrankenhäuser mit ihren medizin-technischen und personellen Kompetenzen zu integrieren. Viel stärker als bisher hat dies unter Mitwirkung von niedergelassenen Ärzten zu erfolgen, um die Arbeit auf viele Schultern zu verteilen. Ihre Finanzierung muss von den Krankenkassen durch eine eigenständige Vergütung sichergestellt werden. Die Vorhaltekosten für die stationäre Notfallversorgung sind durch angemessenere Notfallzuschläge für die jeweiligen Notfallstufen zu finanzieren. Nachdem in der letzten Legislaturperiode die Reform der Notfallversorgung scheiterte, wurden im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP für die 20. Legislaturperiode erste Rahmenbedingungen für eine Reform der Notfallversorgung formuliert.

Übergangspflege

Durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde ein Anspruch auf eine Übergangspflege für Versicherte für den Fall neu eingeführt, dass eine an die Krankenhausversorgung anschließende Versorgung und Pflege in der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege oder der medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht sichergestellt werden kann. Die Neuregelung des § 39e SGB V ist mit Wirkung zum 20. Juli 2021 in Kraft getreten. Um die Einheitlichkeit und Nachprüfbarkeit der Dokumentation sicherzustellen, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Vereinbarung zum 01. November 2021 geschlossen. Flankierend hat der Gesetzgeber eine Neuregelung in § 132m SGB V in Kraft gesetzt, nach der die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege nach § 39e SGB V sowie deren Vergütung auf Landesebene zwischen der BKG und den Landesverbänden der Krankenkassen festzulegen sind.

Qualitätssicherung

Eine entscheidende Voraussetzung für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem ist die Qualitätssicherung. Nur durch die Sicherung und Verbesserung der Qualität, insbesondere der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten, kann eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten/-innen auf hohem medizinischen Niveau sichergestellt werden. Zur Erreichung und Sicherstellung dieses Ziels wirkt die BKG an den gesetzlich etablierten Prozessen engagiert mit.

Mit großem Engagement und ehrenamtlichem Aufwand wurden von den ärztlichen und pflegerischen Fachexperten in mehr als zwölf Modulen die Qualitätssicherungsverfahren unterschiedlicher Fachrichtungen im Land Berlin aufgebaut und sichergestellt. Kern des Verfahrens sind die sogenannten „strukturierten Dialoge“ der Fachgruppen mit den Krankenhäusern über die jährlichen Behandlungsergebnisse. Stellungnahmen zu den jährlichen Ergebnissen der Krankenhäuser wurden von den Fachexperten auch im Berichtszeitraum bewertet und Maßnahmen in Form von Hinweisen, Besprechungen, Begehungen und Zielvereinbarung zu Verbesserungen der Versorgungsqualität für die Patienten/-innen mit Krankenhausärzten und -leitungen gemeinsam vereinbart und überprüft. Der vom G-BA jährlich veröffentlichte Qualitätsreport bestätigt Berlin auch für den Berichtszeitraum der Jahre 2019 bis 2021, wie schon in den vergangenen Jahren ein auch im Ländervergleich weiter verbessertes gutes Behandlungsniveau in der stationären Versorgung.

Nach 50 Sitzungen des Lenkungsausschusses, mehr als 10.000 strukturierten Dialogen und zwei Dekaden gemeinsamer Qualitätsarbeit endeten die bewährten Verfahren der stationären Qualitätssicherung zum 31. Dezember 2021 in der bisherigen Zusammensetzung und Organisationsstruktur. Die Beteiligten auf Landesebene haben hierzu eine Aufhebungsvereinbarung zum Vertragswerk auf Landesebene getroffen. Die letzte Sitzung des Lenkungsausschusses für die stationäre Qualitätssicherung, in dem die BKG im Berichtszeitraum den Vorsitz innehatte, fand am 6. Dezember 2021 statt.

Das etablierte Verfahren der stationären Qualitätssicherung wird im Rahmen der sektorenübergreifenden Weiterentwicklung unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereiches fortgeführt. Im Jahr 2018 hatte der G-BA hierzu die „Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)“ beschlossen. Unter deren Dach werden die bestehenden datengestützten Verfahren zur sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung gebündelt. Ziel ist es, u. a. Krankenhäuser und Arztpraxen bei der Verbesserung der Behandlungsqualität zu unterstützen.

Zur Umsetzung der Richtlinie des G-BA wurde auf Landesebene unter Beteiligung der BKG am 26. Oktober 2019 die LAG DeQS Berlin e. V. gegründet. Die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin ist dafür verantwortlich, dass die sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren auf Landesebene ordnungsgemäß

durchgeführt werden. Damit bleiben die Errungenschaften des über die Jahre etablierten Qualitätssicherungsverfahrens für die laufende Verbesserung der Behandlungsqualität für die Patienten/-innen - nun für alle Sektoren der medizinischen Versorgung - im Rahmen der neu eingerichteten Landesarbeitsgemeinschaft DeQS erhalten. Sie informiert und berät Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Sie ist u. a. verantwortlich für die Bewertung von Auffälligkeiten und leitet die Durchführung notwendiger, qualitätsverbessernder Maßnahmen ein.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben hat die LAG DeQS Berlin e. V. eine unabhängige neutrale Geschäftsstelle, das QBB - Qualitätsbüro Berlin, errichtet sowie Prozesse organisiert und Gremien besetzt. Für die Annahme der Daten der Krankenhäuser für die datengestützte Qualitätssicherung wurde ab dem Erhebungsjahr 2020 ein neuer Partner gefunden.

Von November 2020 bis Oktober 2021 wurden unter BKG-Vorsitz eine Vielzahl der für die dargestellten Entwicklungen notwendigen Entscheidungen der LAG DeQs e. V. vorbereitet und umgesetzt.

Allgemeine Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Durch die gesetzliche Umsetzung des § 116b SGB V wurde ein neuer interdisziplinärer Versorgungszweig geschaffen, der eine verbesserte Versorgung von Patienten/-innen mit komplexen, schwer therapierbaren oder seltenen Erkrankungsbildern ermöglicht.

Eine Teilnahme kann von Krankenhäusern, Vertragsärzten sowie Medizinischen Versorgungszentren angezeigt werden. Insgesamt sind in Berlin 39 ASV Teams tätig. Im Berichtszeitraum traten weitere Konkretisierungen für einzelne Erkrankungen des § 116b SGB V in Kraft. Die BKG brachte sich als Mitglied des Erweiterten Landesausschusses Berlin in die Erarbeitung an die neue Rechtslage angepasster Formulare ein. Formulare für die neu hinzugekommenen Indikationen der Kopf- und Halstumoren sowie der neuromuskulären Erkrankungen wurden konsentiert.

Unter Beteiligung der BKG wurden zahlreiche neue und ergänzende Beschlüsse für bereits bestehende ASV-Teams gefasst. Darüber hinaus informierte die Geschäftsstelle über die Beschlüsse des G-BA, pandemiebedingte Änderung im Versorgungs- sowie Abrechnungsbereich.

Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV)

Die bis zum 31. Dezember 2021 geltende Fassung der PrüfvV konkretisierte den in § 275c SGB V definierten Rechtsrahmen zur Durchführung und Umfang der Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.

Streitbefangen war die Frage nach der Geltung der Prüfquoten des § 275c Abs. 2 für die Jahre 2020 und 2021. In bundeslandübergreifender Zusammenarbeit konnte insoweit eine einheitliche Auffassung gebildet werden, dass die maximale Anzahl der Prüfungen mit Erreichen der maximalen Prüfquote für die Jahre ausgeschöpft sei. Diese Auffassung wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit bestätigt. Mit der Festsetzung der Schiedsstelle trat die neue PrüfVV ab dem 01. Januar 2022 in Kraft.

Zu den wesentlichen Änderungen gehören die Einführung des einzelfallbezogenen Erörterungsverfahrens, die wesentliche Einschränkung der Möglichkeiten der nachträglichen Rechnungs Korrektur sowie die das Aufrechnungsverbot.

OPS-Strukturprüfung

Das durch das MDK-Reformgesetz neu in § 275d SGB V eingeführte Verfahren der Begutachtung der Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes durch den Medizinischen Dienst wurde durch das Inkrafttreten der neuen Strukturprüfungsrichtlinie praktisch umgesetzt.

Mit dem Inkrafttreten der Richtlinie zum 20. Mai 2021 wurde ein schmaler Zeitrahmen zur Beantragung der Prüfung und Einrichtung der entsprechenden Dokumentation geschaffen.

Durch den Einsatz BKG auf landes- und der DKG auf Bundesebene konnte die Frist einmalig verlängert werden, um den Krankenhäusern die Möglichkeit einer rechtzeitigen Antragsstellung zu belassen.

Aufgrund zahlreicher unbestimmter Rechtsbegriffe, die den Wortlaut der Richtlinie prägen, bedürfen die inhaltlichen Vorgaben zur Durchführung der Prüfung einer rechtlichen Interpretation und Bewertung.

Nothelferparagraf

In der Vergangenheit hat die BKG auf unterschiedlichen Ebenen auf die Probleme der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Kostenerstattung gemäß § 25 SGB XII hingewiesen („Nothelferparagraf“).

Die aktuelle Ausgestaltung des Wortlautes führt dazu, dass Krankenhäuser die Beweislast für das Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen des Erstattungstatbestandes tragen. Ein Nachweis kann häufig nicht gelingen, was in hohen Außenständen der Krankenhäuser resultiert.

Die BKG adressierte auch im vom Geschäftsbericht umfassten Zeitraum mehrfach die Bezirke und die Verantwortlichen mit der Forderung nach einer einheitlichen bezirksübergreifenden Verwaltungspraxis und einer Beweiserleichterung für die Krankenhäuser.

Auftragsdatenverarbeitung

Mit dem Zweiten Berliner Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz wurden die Möglichkeiten der Auftragsdatenverarbeitung auf rein krankenhaus- oder gruppeninterne Vorgänge beschränkt. Die Auftragsdatenverarbeitung durch Dritte nahezu ausgeschlossen werden. Diese restriktive Auslegung ging über die Anforderungen der DS-GVO hinaus. Dadurch wurden die Ziele einer zukunftsorientierten digitalen Versorgung des Gesundheitswesens im Land Berlin und die zweckgebundene effiziente Verwaltung von Fördermitteln aus dem Krankenhauszukunftsfond gefährdet.

Durch den rechtzeitigen Appell der BKG an den Senat konnte die Umsetzung des neu formulierten Gesetzes für zwei Jahre ausgesetzt werden, wodurch schwere Nachteile der Krankenhäuser vermieden wurden. Mit der Forderung zur Umsetzung einer dauerhaften und zukunftsorientierten Rechtsgrundlage wandte sich die BKG an die Fraktionen in der vergangenen sowie gegenwärtigen Legislaturperiode. Eine Anpassung wird bis Herbst 2022 angestrebt.

Entlassmanagement

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung den Krankenhäusern eine Möglichkeit gegeben, verschiedene Maßnahmen zur Überbrückung der Übergangszeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu treffen.

Es sind zwei Änderungsvereinbarungen zum Rahmenvertrag Entlassmanagement geschlossen worden. Die dritte Änderungsvereinbarung vom 15. Juni 2020 beinhaltet neben notwendigen Anpassungen des Rahmenvertrags aufgrund von Gesetzesänderung auch pandemiebedingte Änderungen.



Parlamentarischer Abend der Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. am 10. September 2019



5. IT, E-Health, Statistik

Statistik

Statistische Auswertungen sind die Grundlage vieler Entscheidungen der BKG. Sie dienen der Prüfung gesetzlicher Regelungen und unterstützen bei dem Entwurf der Positionen der BKG. Daher schreibt die BKG jährlich ausgewählte Kennzahlen im DRG- und PEPP-Bereich fort. Die Entscheidungen in der COVID-Pandemie wurden von statistischen Auswertungen z. B. der Verweildauer und des CMI begleitet. Auch die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert und der Übergangspflege beruhen auf statistischen Auswertungen. Um Entscheidungsträger und Krankenhäuser zu unterstützen, veröffentlicht die BKG die Essenz ihrer statistischen Auswertungen als Broschüre „Krankenhäuser in Berlin – Zahlen, Daten, Fakten“. Die Broschüre umfasst die wichtigsten Statistiken und Daten aus dem Berliner Krankenhauswesen und stellt sie kompakt und übersichtlich dar.

Daten nach § 21 KHEntgG

Gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG müssen die dem Anwendungsbereich des KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser ihre Leistungsdaten jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an das Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermitteln. Diese Leistungsdaten dienen der Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Systems.

Die BKG bittet die Mitgliedshäuser ebenfalls um eine Übermittlung dieser Daten in anonymisierter Form für die Krankenhausplanung und die Vorbereitungen der Verhandlungen zum Landesbasisfallwert. Die Übertragung der anonymisierten Daten erfolgt auf ein Datenportal der DKTIG. Mithilfe der Daten hat die BKG z. B. Fragestellungen zum Katalogeffekt und zur Covid-19-Pandemie beantwortet. Des Weiteren wurde damit die Entwicklung ausgewählter Kennzahlen im DRG- und PEPP-Bereich fortgeschrieben.

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

Wie auch schon in den Jahren zuvor, fanden in dem Berichtszeitraum Weiterentwicklungen der Entgeltsysteme statt, die neben Gesetzesänderungen zu umfangreichen Fortschreibungen der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V führten. Im Gegensatz zu den Vorjahren kamen diesem Berichtszeitraum auch Anpassungen aufgrund der COVID-19-Pandemie hinzu. Die Fortschreibungen, Nachträge und Schlüsselfortschreibungen wurden zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG abgestimmt. Über die Veränderungen bei der Abrechnung nach §§ 120, 301 SGB V und § 17c KHG hat die BKG ihre Mitglieder regelmäßig informiert.

Telematikinfrastruktur (TI)

Die Telematikinfrastruktur (TI) nach § 291a SGB V vernetzt die Akteure im Gesundheitswesen: Krankenhäuser, Ärzte und Apotheken. Für ihren Aufbau und die Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte ist die Gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) zuständig. Sie erstellt die funktionalen und technischen Vorgaben für die Telematikinfrastruktur. Zur Nutzung der TI sind verschiedene nach § 291b Absatz 1a SGB V zugelassene Komponenten und Dienste notwendig. Zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern durch die Anschaffung der Komponenten und Dienste entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebs der Telematikinfrastruktur gem. § 377 Abs. 3 SGB V wurde eine Finanzierungsvereinbarung geschlossen. Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten werden durch einen Zuschlag, den sogenannten Telematikzuschlag, finanziert.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist der Schlüssel der Patienten/-innen in die Telematikinfrastruktur mit ihren vielfältigen Anwendungen. Der Abgleich der Versichertenstammdaten verhindert den Missbrauch der Karte. Die auf der eGK gespeicherten Notfalldaten können Leben retten, der Medikationsplan (eMP) kann lebensgefährliche Wechselwirkungen zwischen Medikamenten verhindern und die elektronische Patientenakte (ePA) kann den Informationsaustausch zwischen den behandelnden Ärzten und Ärztinnen verbessern.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die elektronische Patientenakte (ePA) vernetzt Versicherte mit Ärztinnen und Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern. Seit dem 1. Januar 2021 wird den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen per App der Zugang zu ihrer ePA angeboten. Krankenhäuser müssen seit dem 1. Januar 2022 ePA-ready sein. Die Jahre 2020 und 2021 waren geprägt durch Seminare, Infoveranstaltungen und Fachtage zur ePA. Es gab Umsetzungshinweise zur ePA im Krankenhaus, es wurden Vereinbarungen zur Erstbefüllung der ePA getroffen und Regelungen zur ePA-Sanktionierung vereinbart.

IT-Sicherheit

Die IT-Sicherheit ist der maßgebliche Faktor für das Gelingen der Digitalisierung im Gesundheitssektor. Sensible Gesundheitsdaten benötigen einen angemessenen Schutz. Daher wurde der Branchenspezifische Sicherheitsstandard (B3S) zur Verbesserung der IT-Sicherheit erarbeitet und gesetzliche Rahmenbedingungen weiterentwickelt. Mit dem Patientendatenschutzgesetz (PDSG) wurde IT-Sicherheit für alle Krankenhäuser in § 75c SGB V verankert. Des Weiteren veröffentlicht der BSI Hinweise zur aktuellen Be-

drohungssituation bezüglich der IT-Sicherheit in Kliniken, Warnmeldungen und Handlungsempfehlungen für Betreibende kritischer Infrastrukturen.

Krankenhaus-Zukunftsfonds (KHZG)

Im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG), das seit Oktober 2020 in Kraft ist, stellt der Bund für moderne Notfallkapazitäten, Digitalisierung und IT-Sicherheit in Kliniken 3 Mrd. € zur Verfügung. Zusammen mit der Kofinanzierung der Länder stehen insgesamt 4,3 Mrd. € bereit. Die Berliner Krankenhäuser haben insgesamt 173 Förderanträge mit einem Volumen von fast 220 Mio. € eingereicht. Insgesamt gab es 11 Fördertatbestände (FTB), die meisten Anträge wurden in den FTB 2 Patientenportale, FTB 3 Digitale Dokumentation, FTB 4 Entscheidungsunterstützungssysteme und FTB 5 Medikationsmanagement eingereicht. Die Berliner Krankenhäuser hatten die umfangreichen Anträge, die durch einen IT-Dienstleister zu zertifizieren waren, bis zum 31. Mai 2021 beim Land einzureichen. Leider ist die Bescheidung der Anträge durch das Bundesamt für Soziale Sicherung und das Land Berlin sehr langwierig, sodass bis zum Ende des Berichtszeitraums noch keine Bescheide in den Krankenhäusern vorlagen.

6. Pflegeeinrichtungen

Gremium AG § 75 SGB XI

Das Gremium AG § 75 SGB XI auf Landesebene setzt sich aus Vertretern/-innen der Pflegekassen, der Verbände der Leistungserbringer darunter die BKG und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG) zusammen. Das Gremium dient dazu, Umsetzungsfragen durch die Bundesgesetzgebung auf Landesebene zu klären, landesrechtliche Vorgaben für die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI zu vereinbaren, Vergütungen im Rahmen des SGB XI zu verhandeln sowie Antragsblätter und Vergütungsvereinbarungen hierfür abzustimmen. Im Berichtszeitraum wurden die Vergütungen zur pauschalen Fortschreibung der Basisentgelte und zur Bewohnerpauschale nach § 132g SGB V verhandelt. Des Weiteren wurden die Anträge auf zusätzliche Pflegefachkräfte gemäß § 8 Abs. 6 SGB XI, die Refinanzierung des Umlagebetrages nach § 28 Abs. 2 Pflegeberufegesetz, die Auswirkungen der Corona-Pandemie, die Umsetzung der Coronaprämienzahlung nach § 150a SGB XI, der Corona-Pflegerettungsschirm nach § 150 Abs. 2 SGB XI, die Anträge auf zusätzliche Pflegehilfskräfte gemäß § 85 Abs. 11 SGB XI, die Umsetzung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes sowie die Umsetzung des Leistungsbetrages nach § 43c SGB XI erörtert, verhandelt und geeint.

Die AG § 75 SGB XI hat im Berichtszeitraum drei Unterarbeitsgruppen zu den Themen Anpassung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, Verbesserung der Vergütung in der Kurzzeitpflege und Pflegevergütung 2022 mit jeweiliger Beteiligung der BKG gegründet.

Die Unterarbeitsgruppe zur Anpassung der Rahmenverträge hat den Auftrag, sich mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gemäß § 14 SGB XI und weiteren gesetzlichen Anpassungsnotwendigkeiten in den Rahmenverträgen zu beschäftigen und die Rahmenverträge entsprechend neu zu konzipieren. Sie konnte aufgrund der Corona-Pandemie ihre Arbeit im Berichtszeitraum nicht beenden und besteht daher über den Berichtszeitraum hinaus fort.

Die Arbeit der Unterarbeitsgruppe zur Verbesserung der Vergütung in der Kurzzeitpflege wurde nach Abschluss eines vereinbarten Ergebnisses eingestellt. Das Ergebnis der Verhandlung sieht eine Absenkung der Auslastungsquote auf 80 % für Bestandseinrichtungen und auf 75 % für neue Einrichtungen vor. Des Weiteren erhalten die Kurzzeitpflegeeinrichtungen eine Finanzierung für 0,3 VK mehr Verwaltungspersonal. Außerdem wurde sich auf einen Risikozuschlag i. H. v. 1 % zur Versorgungssicherung der Kurzzeitpflege und zur Steigerung der Attraktivität und Platzreservierung, u. a. bei kurzfristiger Entlassung und Wiederaufnahme aus dem Krankenhaus geeinigt. Neben diesem Zuschlag können die Pflegeeinrichtungen weitere Risikozuschläge und Wagnisse verhandeln.

Die Unterarbeitsgruppe zur Pflegevergütung 2022 beschäftigt sich mit der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen aus dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz und besteht daher über den Berichtszeitraum hinaus fort.

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 vereinbarte Anrechnung von Auszubildenden auf die vertraglichen Personalrichtwerte bei gleichzeitigem Verzicht auf eine Vergütung nach § 82a SGB XI. Sie trat zum 1. April 2021 in Kraft.

Wohnteilhabegesetz

Das Wohnteilhabegesetz ist vorbehaltlich der Artikel 2 und 5, die am 1. Juni 2023 in Kraft treten, am 1. Dezember 2021 in Kraft getreten. Mit dem neuen Wohnteilhabegesetz werden die Pflege- und Betreuungsqualität u. a. in stationären Pflegeeinrichtungen umfassend gesichert und die Selbstbestimmung sowie der Schutz der Bewohner/-innen gestärkt. Dabei steht vor allem die Sicherstellung einer menschenwürdigen und eigenständigen Lebensgestaltung in stationären Pflegeeinrichtungen im Vordergrund.

Basisentgeltvereinbarungen für die Jahre 2019, 2020 und 2021

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 2019 wurde im Jahr 2017 zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringerverbänden im Land Berlin auf eine Steigerung von 2,5 % vereinbart. Für das Jahr 2020 wurde mit den Kostenträgern eine Steigerung des Basisentgeltes um 4,29 % auf Grundlage der Vergütung des Jahres 2019 vereinbart. Für das Jahr 2021 wurde mit den Kostenträgern eine Steigerung des Basisentgeltes um 2,05 % auf Grundlage der Ver-

gütung des Jahres 2020 vereinbart. Insgesamt wurde im Berichtszeitraum eine Gesamtsteigerung der Pflegeentgelte von 8,84 % erreicht.

Vergütungszuschläge

Im Rahmen der Verhandlungen der Basisentgelte wurde mit den Kostenträgern vereinbart, die Vergütungszuschläge nach § 43b SGB XI für das Jahr 2019 analog der Steigerung der Basisentgelte zu steigern. Für die Jahre 2020 und 2021 wurde ein Mittelwert der Steigerungen von 3,17 % vereinbart.

Der Zuschlag zur Refinanzierung der Freistellung zur Praxisanleitung wurde für das Jahr 2019 angepasst. Der neue Refinanzierungsbetrag für die Praxisanleitung beträgt 1806,60 € je Auszubildenden im Jahr. Für das Jahr 2020 und 2021 wurde ebenfalls ein neuer Refinanzierungsbetrag für die Praxisanleitung in Höhe von 1863,87 € und 1922,95 € vereinbart.

Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus

Das Berliner Projekt zur medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen besteht seit April 1998. Im Berichtszeitraum wurde die Einführung einer Zusatzpauschale für die Beteiligung von angestellten Ärzten an der Beratung eines Patienten/-innen in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (Abrechnung: GOP 37400 des Abschnitts 37.4 EBM) beschlossen. Die Abrechnung war ab dem 01. Juli 2019 für zwei Jahre neben der ärztlichen Pauschale des Berliner Projekts geregelt.

Bestandteil des Vertrages über die integrierte pflegerische sowie Heilmittelversorgung von stationär in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten gemäß § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI ist die Zahlung einer Vergütungspauschale für die medizinisch-therapeutische Versorgung der eingeschriebenen Versicherten. Diese wird substituierend zur Regelversorgung gezahlt. Im vorherigen Berichtszeitraum setzte sich die Pauschale aus einer Grundpauschale und einer morbiditätsabhängigen Pauschale zusammen. In der 2018 geschlossenen Vergütungsvereinbarung wurde eine Dynamisierung der Grundpauschale mit einer jährlichen Steigerungsrate von 5,73 % bis zum Jahr 2020 vereinbart. Im Berichtszeitraum wurde eine erneute Dynamisierung der Grundpauschale mit einer Steigerungsrate von 6,85 % bis zum 31. März 2022 beschlossen.

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 aufgrund der Corona-Pandemie nur zwei Schnittstellenseminare stattgefunden. Des Weiteren wurden im Berichtsjahr 2020 1.100 Exemplare der Informationsbroschüre zum Berliner Projekt bestellt und an die Pflegeeinrichtungen versandt.

Den per Geschäftsordnung des Lenkungsausschusses alle zwei Jahre zwischen den beteiligten Kosten-



Marc Schreiner mit Thilo Spychalski, Geschäftsführer Caritas-Klinik Dominikus, Januar 2021



BKG-Vorstandssitzung mit Staatssekretär Martin Matz, 22. August 2019

trägern, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Leistungserbringerverbänden wechselnden Vorsitz hatte bis zum 3. April 2020 die BKG inne. Der Vorsitz wurde bis zum 31. März 2022 an die Vertreterin der AOK Nordost übergeben.

Der Lenkungsausschuss zum Berliner Projekt hat ebenfalls beschlossen, die Nutzung des Qualitätssicherungsinstrumentes RAI 2.0 mit Wirkung ab dem 3. Quartal 2019 einzustellen. Durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz wurde ab Oktober 2019 das neue indikatorengestützte Qualitätsmanagement und die neue externe Qualitätsprüfung für die stationären Pflegeeinrichtungen eingeführt, weshalb die Qualitätssicherung über RAI 2.0 im Berliner Projekt zu einer Doppeldokumentation und enormen Aufwänden in den Pflegeeinrichtungen geführt hätte. Der Controllingdienstleister im Berliner Projekt wurde mit der Entwicklung eines neuen Qualitätssicherungsinstrumentes beauftragt, dessen erster Entwurf jedoch aufgrund zu hoher Kosten abgelehnt wurde.

Bevor ein neues Qualitätssicherungsinstrument entwickelt werden konnte, die beteiligten Krankenkassen die Verträge zum Berliner Projekt zum 31. August 2021 gekündigt. Hintergrund der Kündigung war eine interne Auswertung der AOK Nordost, die gezeigt haben soll, dass das Berliner Projekt nicht wirtschaftlich sei und die Ausgaben die Einsparungen deutlich übersteigen. Nach zahlreichen Gesprächen mit den Vorständen der beteiligten Krankenkassen konnte die Kündigung nicht abgewandt werden, sodass das

Berliner Projekt zum 31. März 2022 beendet wird. Einzelne Krankenkassen wollen den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen vor Beendigung des Berliner Projektes den Eintritt in ein neues Arzt-im-Pflegeheim-Projekt anbieten, welches jedoch erheblich von der Versorgungsqualität des Berliner Projektes abweicht. Sie waren jedoch auch nach zahlreichen Gesprächen mit den Verbänden und den Pflegeeinrichtungen nicht bereit, die Versorgungsqualität des neuen Projektes entsprechend den Wünschen der Pflegeeinrichtungen anzupassen.

Zum Ende des Berichtszeitraums waren 14 Pflegeeinrichtungen, die durch die BKG vertreten werden, am Berliner Projekt beteiligt. In vier dieser Einrichtungen erfolgte die medizinische Grundversorgung durch angestellte Ärzte und in zehn Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte.

Landespflegeausschuss nach § 92a SGB XI

Der Landespflegeausschuss nach § 8a SGB XI besteht insbesondere aus Vertretern/-innen 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 Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus wird der Landespflegeausschuss an der Aufstellung des Landespflegeplans nach § 2 Abs. 1 Landespflegeeinrichtungsgesetz beteiligt.

Wesentliche Themen waren die Regelungen im Rahmen des Pflegeberufgesetzes, die Planung des Pflegefachassistenzgesetzes, der Dialog 2030 sowie Leiharbeit in der Pflege. Des Weiteren hat sich der Landespflegeausschuss mit der Bildung von fünf Arbeitsgruppen zu spezifischen Themengebieten (Versorgungsentwürfe ambulante und stationäre Pflege, Pflege im Kiez, Pflegekräftesicherung, Diversität in der Pflege und Umsetzungsbegleitung der Konzierten Aktion Pflege) befasst. Der Landespflegeausschuss setzte sich außerdem mit dem Pakt für die Pflege auseinander.

Hospiz- und Palliativversorgung

Die BKG ist Mitglied des „Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung“. Des Weiteren ist sie in den Gremien zur Umsetzung einer guten Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern vertreten. Das Ergebnis einer von der BKG durchgeführten Erhebung zum Engagement der Krankenhäuser in diesem Bereich wurde dem Runden Tisch vorgestellt.

Im Jahr 2019 wurde eine Notfallverfügung für medizinisches und pflegerisches Fachpersonal erarbeitet, die in den stationären Pflegeeinrichtungen bei Notfällen und Akutereignissen zum Einsatz kommen soll und eine Willensäußerung von zu versorgenden Patienten/-innen und Bewohnern/-innen enthält. Neben der Notfallverfügung wurden im Jahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie allgemeine Empfehlungen

für Pflegeeinrichtungen bei gesundheitlichen Krisen- und Notfallsituationen entwickelt. Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung des Landes Berlin empfahl in dem Zusammenhang den Pflegeeinrichtungen die Etablierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V unter Nutzung des von der Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeeinrichtungen erarbeitete Notfallverfügung sowie die Nutzung des entwickelten Informationsblattes mit den allgemeinen Empfehlungen bei gesundheitlichen Krisen- und Notfallsituationen. Darüber hinaus wird seit 2020 die Einführung eines patientenunabhängigen Arzneimitteldepots bei der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in Krisen- und Notfallsituationen in stationären Pflegeeinrichtungen diskutiert.

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Neben der Unterzeichnung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im Jahr 2017 unterstützt die BKG für die Umsetzung einer guten Hospiz- und Palliativkultur in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Charta setzt sich für Menschen ein, die aufgrund einer fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankung mit Sterben und Tod konfrontiert sind. Es wurden Handlungsempfehlungen erarbeitet, um Aufgaben, Ziele und Bedarfe zu formulieren, die die Betreuung weiterentwickeln und verbessern sollen. Die Unterzeichnenden der Charta bekunden mit der Unterschrift, sich für die Verbesserung der Situation schwerstkranker und sterbender Menschen, ihrer Familien und der ihnen Nahestehenden einzusetzen und auf dieser Grundlage für die Einlösung ihrer Rechte einzutreten. Darüber hinaus erklären sie, dass sie Ziele und Inhalte der Charta mittragen. Im Jahr 2020 hat die BKG bei der Unterzeichnung der Charta durch zwei Hospizeinrichtungen mitgewirkt.

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase § 132g SGB V

Die Anlage C zur Vergütungsvereinbarung gemäß § 14 Abs. 1 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13. Dezember 2017 wurde seit 2019 jährlich angepasst. Die Bewohnerpauschale betrug vom 01. November 2018 bis 31. Dezember 2019 monatlich 13,10 € pro Leistungsberechtigten. Vom 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2020 betrug sie monatlich 13,69 € pro Leistungsberechtigten. Vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021 wurde ein Leistungsbetrag i.H.v. monatlich 13,98 € pro Leistungsberechtigten vereinbart. Die Verbände der Leistungserbringer haben sich mit den Kostenträgern auf eine Steigerung der Bewohnerpauschale von 2,61 % für das Jahr 2022 geeinigt, dies entspricht einem Zuschlag i.H.v. 14,34 €.



7. Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Die BKG konnte in den Jahren 2019-2021 ihre Bedeutung als Ansprechpartner für Medien ausbauen. Mit der Pandemie konzentrierte sich das öffentliche Interesse auf die Situation der Krankenhäuser. Dies zeigte sich am drastisch gestiegenen Volumen der Presseanfragen, in denen es um die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Berliner Krankenhäuser, auf die Pflegekräfte und um die medizinische Versorgungslage in der Metropole ging. Neben der Beantwortung vieler Presseanfragen bestand das regelmäßige Tagesgeschäft in der Kommunikation durch Pressemitteilungen. Die BKG hat im Berichtszeitraum 43 Pressemitteilungen veröffentlicht und zahlreiche Stellungnahmen abgegeben.

Coronabedingt konnten ab März 2020 zahlreiche Veranstaltungen der BKG nicht stattfinden. Mit neuen digitalen Formaten hat die BKG auf die Pandemiejahre reagiert. Vorstandsberatungen, Pressekonferenzen, Webinare und Veranstaltungen fanden online, im Livestream oder hybrid statt. Neben zahlreichen Online-Webinaren fand der Parlamentarischen Abend, die Tagung der Krankenhausgeschäftsführenden Wir.Krankenhaus.Berlin, die Auftaktveranstaltung der Aktion PflegeJetztBerlin, die Demonstrationen für mehr Investitionen #Klinikoffensive vor dem Abgeordnetenhaus und Pressekonferenzen statt. Darüber hinaus vertrat die BKG die Berliner Krankenhäuser bei Veranstaltungen, bei virtuellen Kongressen, auf Pressekonferenzen und in Anhörungen im Abgeordnetenhaus. Im Gespräch mit Besuchsgruppen aus dem In- und Ausland förderte die BKG den Wissens- und Erfahrungsaustausch mit dritten Organisationen.

Die Geschäftsstelle betreut den in dem Webauftritt der BKG samt integriertem Mitgliederbereich. In diesem geschützten Bereich der Homepage werden die Mitteilungen und Informationen bereitgestellt. Die Benutzer erhalten täglich einen Informationsnewsletter zu neu eingestellten Dokumenten. Neben www.bkgev.de trägt die BKG Verantwortung für das Berliner Krankenhausverzeichnis www.berliner-krankenhausverzeichnis.de und die neu ins Leben gerufenen Kampagnenseiten www.pflegejetztberlin.de und www.klinikoffensive.de.

Die Pressestelle der BKG hat im Februar 2020 einen eigenen Twitter-Kanal eröffnet und als schnelles Kommunikationsmedium vor allem mit Presse und anderen Verbänden aber auch Politik etabliert. Außerdem wurde das Netzwerk Presse/Kommunikation Berliner Krankenhäuser gegründet, in dem sich Pressesprecher/-innen und Unternehmenskommunikatoren/-innen regelmäßig austauschen.

Organisation der Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.

Mitglieder

Nachfolgend sind die Mitglieder der BKG und die jeweiligen Bettenzahlen, differenziert nach Krankenhausbetten und Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen, dargestellt (Stand: 31. Dezember 2021). Satzungsgemäß hat jedes Mitglied für je angefangene 1.000 beitragspflichtige Betten eine Stimme in der Mitgliederversammlung:

Mitglieder der BKG	2021		
	Krankenhausbetten	Pflegeplätze	Gesamt
Land Berlin, vertreten durch die Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH	6.055	2.337	8.392
Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg schlesische Oberlausitz e. V.	3.464	1.615	5.079
Trägerverband der Universitätsklinika im Land Berlin	3.277	0	3.277
Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.	3.214	215	3.429
Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e. V.	3.845	0	3.845
Deutsches Rotes Kreuz	1.391	142	1.533
Trägerverband Berliner Kliniken	1.213	0	1.213
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	512	101	613
BAIUDBw für das Bundeswehrkrankenhaus Berlin	190	0	190
Jüdische Gemeinde zu Berlin	0	41	41

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/-innen der Mitglieder zusammen (Stand: 31. Dezember 2021):

Brit Ismer (Vorsitzende)	Jüdische Gemeinde zu Berlin
Dr. Johannes Danckert Dr. Eibo Krahmer 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.
Astrid Lurati Dr. Rolf Zettl (Stellv.) Carsta Prütz (Stellv.)	Trägerverband der Universitätsklinik im Land Berlin
Martina Löster	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
Christa Foppe	Trägerverband Berliner Kliniken
Dr. Gabriele Schlimper	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Uwe Geißler Dagmar Beckmann (Stellv.)	BAIUDBw für das Bundeswehrkrankenhaus Berlin
Marc Schreiner	Berliner Krankenhausgesellschaft

Fachausschüsse

Innerhalb der BKG bestehen zur Unterstützung der Vorstandsarbeit für eine Reihe von Themenbereichen ständige Fachausschüsse.

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

Ergänzend wird die Arbeit der BKG durch weitere Arbeitsgruppen unterstützt.

Vertretung der BKG in anderen Gremien

Durch die Vorsitzende, die Geschäftsführung und Mitarbeiter/-innen der Geschäftsstelle ist die BKG im Vorstand und in Ausschüssen der DKG und darüber hinaus in einer Vielzahl weiterer Organisationen auf Bundes- und Landesebene vertreten.

Anhang

Für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen wichtige Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene 2019-2021

- ATA-/OTA-Ausbildungsgesetz
- Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)
- Digitale Versorgung und Pflege Modernisierungsgesetz (DVPMG)
- Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG)
- Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)
- Gesetz zur Zusammenführung der Krebsregisterdaten
- Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)
- Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)
- GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)
- GWB-Digitalisierungsgesetz
- Hebammenreformgesetz (HebRefG)
- Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD)
- Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPREG)
- IT-Sicherheitsgesetz 2.0 (IT-SiG 2.0)
- Krankenhauszukunftsgesetz (Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser – KHZG)
- Masernschutzgesetz
- MDK-Reformgesetz – Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen
- Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG)
- MTA-Reformgesetz
- Organspende – Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen (GZSO)
- Organspende – Stärkung der Entscheidungsbereitschaft
- Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG)
- Pflegelöhneverbesserungsgesetz
- Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)
- Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG)
- PTA-Reformgesetz
- Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts
- Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)
- Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
- Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch
- Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz

Für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen wesentliche Coronavirus-Gesetzgebung:

- COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz
- Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite
- Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite
- Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite
- Viertes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite
- 1. - 3. Krankenhaus-Covid-19-Verordnung
- Infektionsschutzgesetz
- Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemiologischen Lage von nationaler Tragweite
- Gesetz zur Fortgeltung der die epidemiologische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen
- Coronavirus-Testverordnung
- Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Übersicht Kennzahlen

Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in Berlin in Zahlen



87
Krankenhäuser
(davon 50 Plankrankenhäuser)



Über 1 Mio.
ambulante Patienten/-innen



20.600
Betten (vollstationär)



7,2 Tage
Durchschnittliche Verweil-
dauer



880.000
Patienten/-innen (vollstationär)



50
Mitglieds-Pflegeeinrichtungen



5.500
Bewohner/-innen



55.500
Beschäftigte
(45.500 Vollkräfte)



5,8 Mrd.
Brutto-Gesamtkosten

18.500
Pflegerkräfte
(14.700 Vollkräfte)



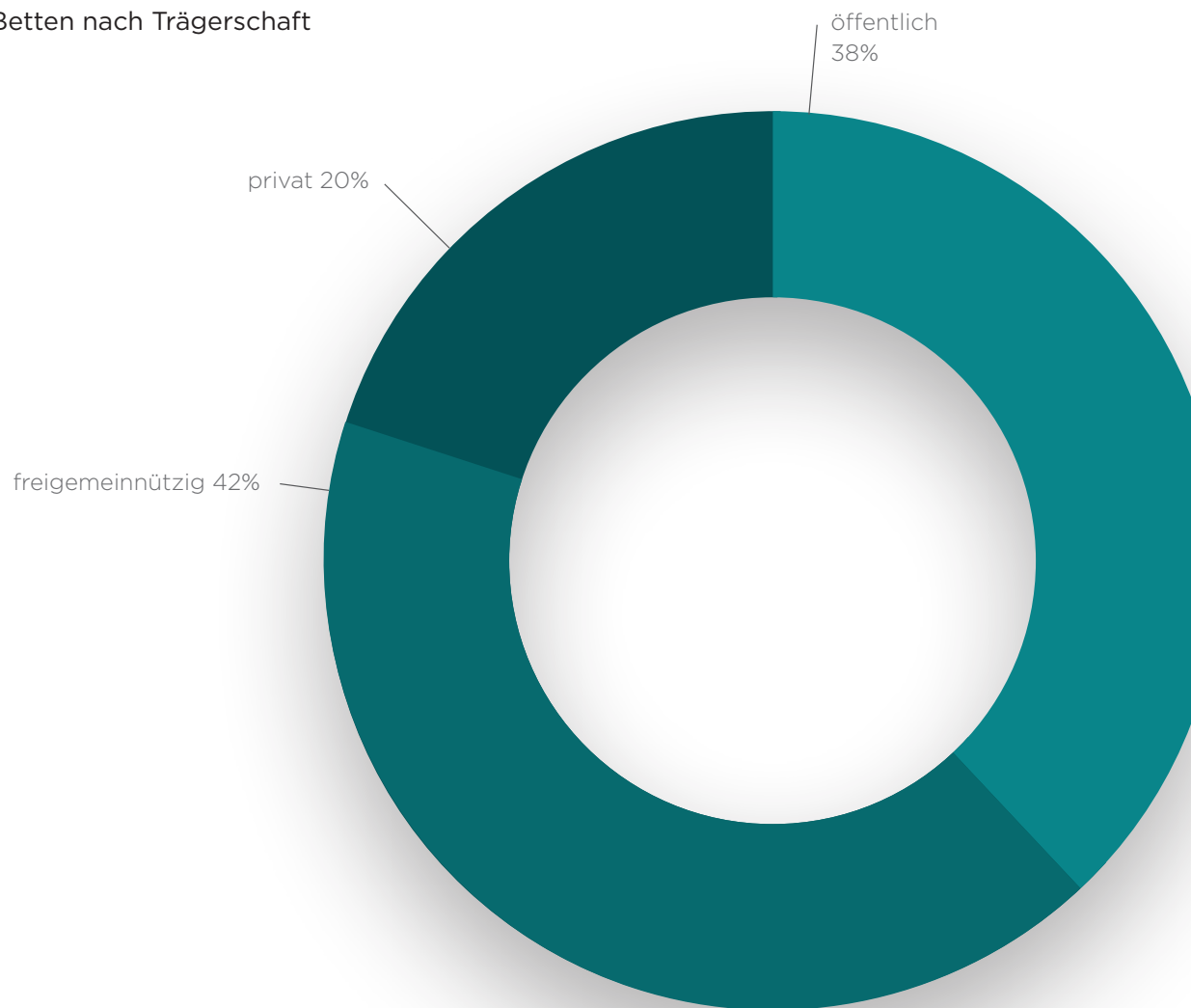
3,7 %
am Bruttoinlandsprodukt für
Berlin

3.150
Schüler/-innen

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg: Krankenhäuser im Land Berlin 2019, Teil I: Grunddaten, Teil III: Kostennachweis.
Eigene BKG-Berechnungen. Die angegebenen Werte sind gerundet.

Strukturdaten

Vollstationäre Betten nach Trägerschaft

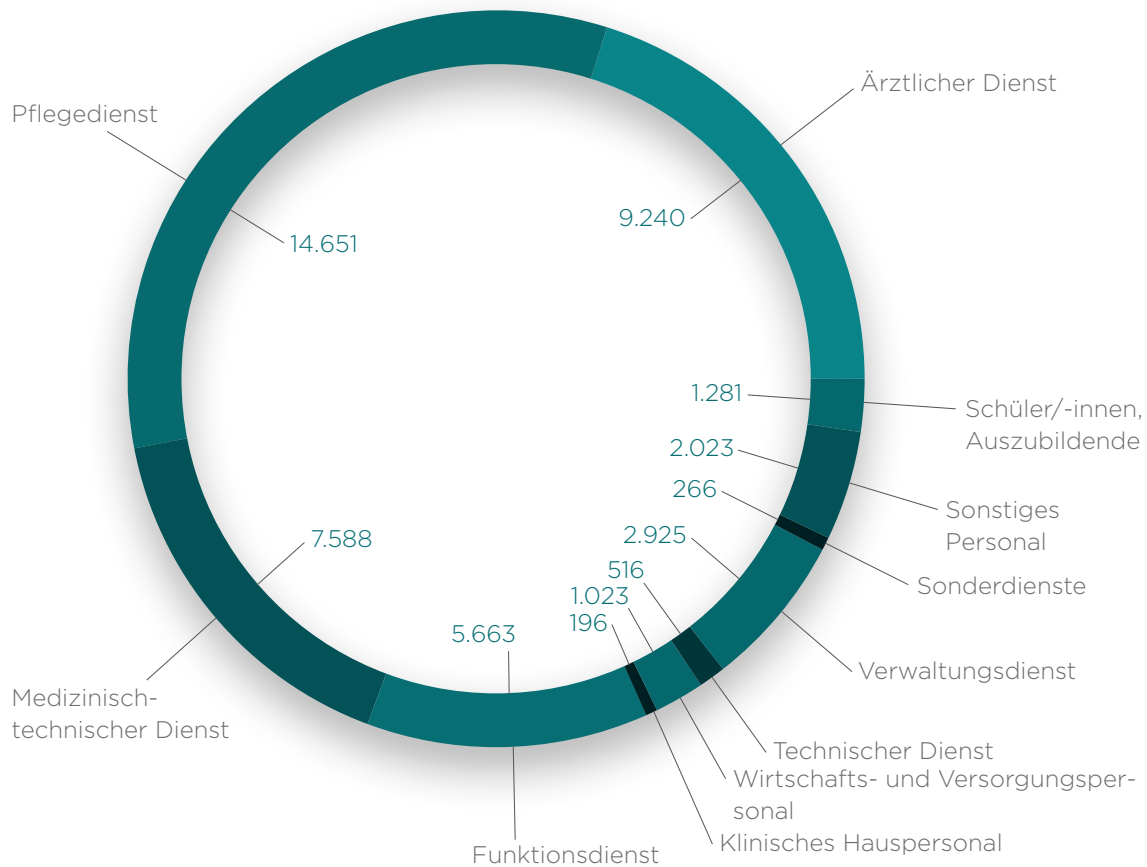


Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhäuser im Land Berlin 2019 Teil I: Grunddaten

Krankenhäuser in Berlin nach Art der Zulassung

	Krankenhäuser	Vollstationäre Betten
Plankrankenhäuser/Hochschulklinik	46	19852
Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach §108 Nr. 3 SGBV	4	159
Sonstige Krankenhäuser (§30 GewO)	43	625

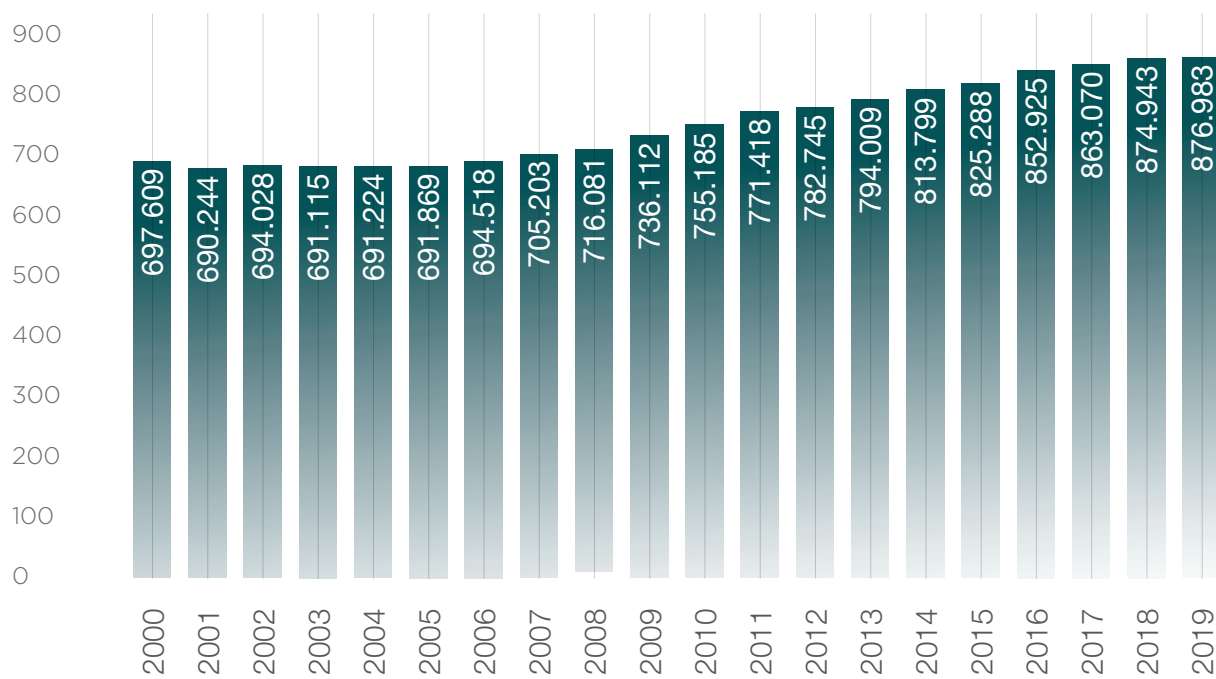
Krankenhauspersonal in Vollkräfte 2019



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhäuser im Land Berlin 2019
Teil I: Grunddaten, Tabelle 21, 23

Leistungen

Fallzahlen (vollstationär)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhäuser im Land Berlin 2019 Teil I: Grunddaten; eigene Berechnungen.

IMPRESSUM

Herausgeber: Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.

Redaktion: Barbara Ogrinz

Anschrift: Hallerstraße 6
10587 Berlin

Telefon: 030 330 996 0

E-Mail: mail@bkgev.de

Internet: www.bkgev.de

Gestaltung: Ben Kuplien

Fotos: BKG, BKG/Deckbar, BKG/Hasskarl



Berliner
Krankenhausgesellschaft

Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.

Hallerstraße 6
10587 Berlin

Telefon 030 330 996 0

mail@bkgev.de
www.bkgev.de