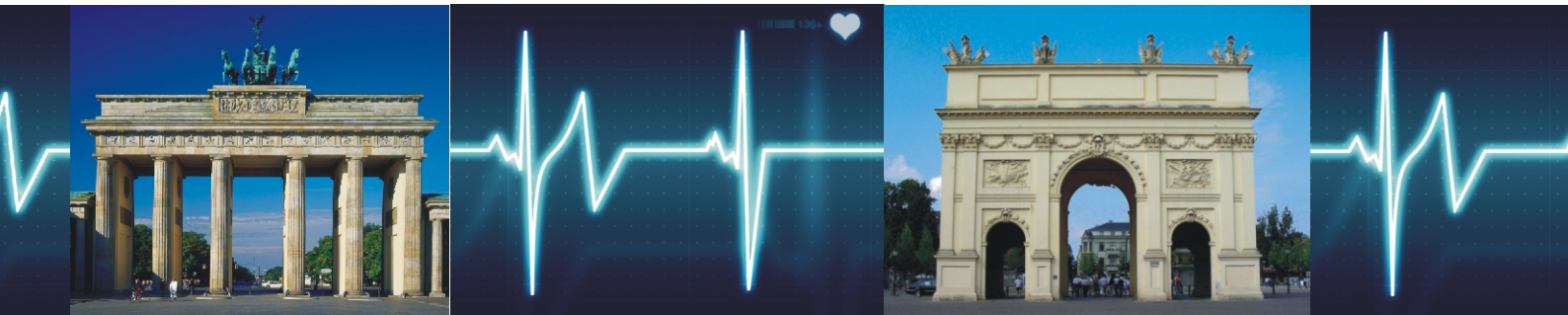




**VPK BB**

Verband privater Kliniken und  
Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e.V.



# Geschäftsbericht 2010 / 2011

Der Geschäftsbericht über den Zeitraum Juni 2010 bis Mai 2011 wurde der Mitgliederversammlung am 14. Juni 2011 vorgelegt.

VORWORT .....	5
<b>1. Allgemeiner Teil</b> .....	6-13
<b>1.1 Bundespolitische Themen im Gesundheitswesen mit unmittelbarer Auswirkung auf die Länder Berlin und Brandenburg</b> .....	6
1.1.1 GKV-Finanzierungsgesetz .....	6-7
1.1.2 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz .....	7-8
1.1.3 Krankenhaushygienegesetz .....	8-9
1.1.4 Zweite Konsultationsphase zur Arbeitszeitrichtlinie auf europäischer Ebene .....	9
<b>1.2 Landespolitische Themen mit Auswirkungen auf die Leistungsbereiche</b> .....	9
1.2.1 Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum .....	10-11
1.2.2 Förderung von Gesundheitswirtschaft in Brandenburg .....	11-12
1.2.3 Telematik im Gesundheitswesen Telemedizin im Land Brandenburg .....	12
1.2.4 Reformierung der Kommunalverfassung in Brandenburg .....	13
<b>2. Leistungsbereich Krankenhaus</b> .....	14-16
<b>2.1 Gesetze/Anhörungsrechte auf Länderebene</b> .....	14
2.1.1 Umstellung der Krankenhausförderung des Landes Brandenburg .....	14
2.1.2 Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes in Berlin .....	14-15
2.1.3 Krankenhausplan 2010 des Landes Berlin .....	15-16
<b>2.2 Landesbasisfallwertentwicklung und Verhandlungen</b> .....	16
<b>2.3 Begleitung von Budgetverhandlungen</b> .....	16
<b>3. Leistungsbereich Pflege</b> .....	17-23
<b>3.1 Vertragsverhandlungen zur Fortführung des Berliner Projektes</b> .....	17
<b>3.2 Umsetzung der häuslichen Krankenpflegerichtlinie im stationären Pflegebereich</b> .....	18
<b>3.3 Verhandlungen zu Vergütungsverträgen nach SGB XI</b> .....	19
3.3.1 Verhandlungen zu den Gruppenentgelten .....	19-20
3.3.2 Anpassung der Vereinbarung über die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung ...	20
3.3.3 Reduzierung des Pflegegesetzes bei Sondennahrung .....	20
<b>3.4 Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 SGB XI</b> .....	21
<b>3.5 Umsetzung des Wohnteilhabegesetzes</b> .....	21
<b>3.6 Stellungnahme zum Entwurf einer Personalverordnung</b> .....	22
<b>3.7 Pflegestützpunkte</b> .....	22-23
<b>3.8 Benennung für die Schiedsstelle Pflege</b> .....	23
<b>4. Leistungsbereich Rehabilitation</b> .....	24-27
<b>4.1 Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation Brandenburg e. V.</b> .....	24
<b>4.2 Onlineportal Reha-Atlas</b> .....	25
<b>4.3 Errichtung von Schiedsstellen in der Rehabilitation</b> .....	25-26
<b>4.4 Transparenzoffensive zur Rehabilitation in Berlin und Brandenburg</b> .....	26
<b>4.5 Basisvertrag DRV-Bund</b> .....	26-27

<b>5. Tarif</b> .....	28-35
<b>6. Aufgaben, Struktur und Vernetzung des Verbandes</b> .....	29
<b>6.1 Interne Gremien des VPK BB</b> .....	29
<b>6.2 Externe Gremien des VPK BB</b> .....	30
6.2.1 Offizielle Gremien auf Bundesebene .....	30-32
6.2.2 Offizielle Gremien im Land Berlin .....	33-34
6.2.3 Offizielle Gremien im Land Brandenburg .....	35
<b>7. Zahlen, Daten, Fakten</b> .....	36-51
<b>7.1 Mitgliederstruktur</b> .....	36
<b>7.2 Statistik</b> .....	
<b>7.3 Mitglieder des VPK BB</b> .....	42-51

Versorgungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Patientenrechtegesetz, Gesetz zur Reform der Pflegeversicherung. Dieses sind nur einige, aber wohl die wesentlichen Gesetzesvorhaben im Bereich der Gesundheitspolitik, die die Bundesregierung möglichst noch in diesem Jahr verabschieden möchte.

Auch wenn die Problemanalysen und die Ziele der Gesetze im Wesentlichen positiv zu bewerten sind, müssen die Lösungsvorschläge kritisch hinterfragt werden. Eines haben die Gesetzesvorhaben nämlich gemeinsam: Sie führen grundsätzlich zu mehr Regulierung und weniger Freiräumen für die Akteure in der Gesundheitswirtschaft. Beispielgebend seien hier die Beschränkungen bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren für Krankenhäuser genannt. Zu befürchten ist, dass durch die Einflussnahme der Politik die von den Marktteilnehmern gewünschte Versorgung und der (Qualitäts-)Wettbewerb eingeschränkt werden.

Auch auf Landesebene wird derzeit versucht, das Kernelement der Sozialen Marktwirtschaft - den Wettbewerb - zu verdrängen. Die geplante Lockerung des Örtlichkeits- und Subsidiaritätsprinzips in der Kommunalverfassung des Landes Brandenburg greift folgenscher in die wirtschaftlichen Tätigkeiten privater Unternehmen im Gesundheitswesen ein. Und im Bundesland Berlin existieren bereits seit Jahrzehnten gleich zwei öffentliche Klinikkonzerne nebeneinander, die in den letzten Jahren trotz der angespannten Haushaltslage immer wieder staatliche Unterstützung erhalten haben. Es verstetigt sich der Eindruck, dass öffentliche Unternehmen von politischer Seite bevorzugt werden. Dabei erbringen gerade die privaten Gesundheitseinrichtungen qualitativ hochwertige Gesundheitsdienstleistungen, die von den Patientinnen und Patienten in unserer Region nicht minder geschätzt werden. Hier sieht der Verband weiterhin eine wesentliche Aufgabe, die Rahmenbedingungen für unternehmerisches Handeln zu stärken.

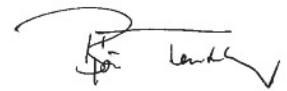
Konstruktiv begleiten werden wir u.a. die Umstellung der Investitionsförderung der Krankenhäuser in den beiden Bundesländern. Die Pauschalierung der Investitionskosten ab 2013 wird von uns grundsätzlich begrüßt, auch wenn, wie bereits festgestellt wurde, die zur Verfügung stehenden Mittel völlig unzureichend sind und den Investitionsstau nicht auflösen werden. Im Leistungsbereich der Rehabilitation freuen wir uns, dass mit der geplanten Schaffung von Schiedsstellen die Selbstverwaltung gestärkt wird; hier wird es darum gehen, die auf Landesebene erforderlichen Strukturen zu schaffen. Und im Leistungsbereich der Pflege kann unser Verband insbesondere mit der Weiterführung des „Berliner Projektes“ einen großen Erfolg verzeichnen, der unseren Einrichtungen auch in Zukunft einen Wettbewerbsvorteil bei der Versorgung älterer Menschen ermöglicht.

Abschließend bedanken wir uns bei Frau Ilona Michels, die bis zum 31.12.2010 als Geschäftsführerin im Verband tätig gewesen ist und nach mehreren Jahren erfolgreicher Arbeit eine neue Herausforderung in der Gesundheitswirtschaft angenommen hat. Frau Michels hat den VPK BB maßgeblich geprägt und ihn in der Region Berlin-Brandenburg etabliert. Gleichzeitig danken wir unseren Mitgliedseinrichtungen und zahlreichen Persönlichkeiten für ihr ehrenamtliches Engagement in den Gremien des Verbandes und dafür, dass sie mit ihren Hinweisen und Beiträgen eine nachhaltige Unterstützung ermöglichen.

Mit den besten Grüßen



Mario Krabbe  
Vorsitzender des Vorstandes



Björn Teuteberg  
Geschäftsführer

Der Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg (VPK BB) vertritt die Interessen von zurzeit 42 Einrichtungen in zwei Ländern. Die drei Leistungsbereiche Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege werden im Sinne des privaten Unternehmertums vertreten. Dies bedeutet eine große Herausforderung für den VPK BB und setzt ein sektorenübergreifendes Management und eine gute Verbandsstruktur voraus. Nur so ist eine erfolgreiche Vernetzung und Kommunikation nach Innen und Außen möglich. Die gemeinsamen Ziele und das Engagement der Mitglieder, des ehrenamtlich tätigen Vorstandes sowie der Geschäftsstelle machen eine starke Interessenvertretung auf Landes- und Bundesebene möglich. An dieser Stelle einen herzlichen Dank an die in den zahlreichen Gremien auf Landes- und Bundesebene für die Interessen der VPK BB Tätigen. Nur durch das Engagement der Mitglieder können die nachfolgend zu beachtenden politischen Beteiligungsrechte und Aktivitäten mit so großem Erfolg wahrgenommen werden!

### 1.1 BUNDESPOLITISCHE THEMEN IM GESUNDHEITSWESEN MIT UNMITTELBARER AUSWIRKUNG AUF DIE LÄNDER BERLIN UND BRANDENBURG

Die Mitgliedschaft des VPK BB im Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) ermöglicht eine Beteiligung in allen entscheidenden Gremien durch VPK BB-Mitglieder und/oder der Geschäftsstelle - angefangen vom Vorstand bis hin zu den einzelnen Facharbeitsgruppen. So kann der Verband relevante Bundesthemen begleiten und mitgestalten.

#### 1.1.1 GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)

Das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)) soll für ein stabiles und nachhaltiges Gesundheitssystem sorgen, das auch künftigen Generationen eine verlässliche Absicherung bei Krankheit auf hohem Niveau garantieren soll. Das GKV-Finanzierungsgesetz wurde am 12.11.2010 im Deutschen Bundestag beschlossen und trat mit Wirkung vom 01.01.2011 in Kraft.

Aufgrund eines erwarteten Defizits in Höhe von 9 Mrd. Euro bei der GKV im Jahr 2011 bestand mittel- und langfristiger Reformbedarf. Um das drohende Defizit zu decken, werden die Lasten verteilt: Je 3 Mrd. Euro tragen Arbeitgeber und Versicherte über den Beitragssatz, mehr als 3 Mrd. Euro die Leistungserbringer wie Arzneimittelhersteller, Ärzte und Krankenhäuser und die Krankenkassen über Ausgabenbegrenzungen.

Neben der Erhöhung des Beitragssatzes auf 15,5 % bei gleichzeitiger Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages dürfen nun von den Krankenkassen Zusatzbeiträge in unbegrenzter Höhe (bisher nur 1 % des Einkommens) erhoben werden. Eingeführt wird damit auch ein neuer Sozialausgleich. Dieser kommt zum Tragen, wenn der

durchschnittliche Zusatzbeitrag die Grenze von zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten übersteigt. Mit einem Bundeszuschuss für den Sozialausgleich in Höhe von 2 Mrd. Euro werden damit Zusatzeinnahmen in Höhe von 8,3 Mrd. Euro erzielt. Mit dieser Reform, die die Richtung einkommensunabhängige Zusatzbeiträge steuert, sollen die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb geschaffen werden.

Darüber hinaus sah der Gesetzentwurf auch Ausgabenbegrenzungen im Krankenhausbereich für die Jahre 2011 und 2012 durch Anpassung der für die Preisbildung relevanten Grundlohnrate sowie Abschläge für Mehrleistungen vor.

Aus Sicht der Krankenhäuser werden konjunkturbedingt aber nur für das Jahr 2011 Einnahmeausfälle in der GKV erwartet. Zusätzlicher Kostendruck wird durch die vorgesehene dauerhafte Kürzung der Vergütung von zusätzlichen Krankenhausleistungen erzeugt. Dieser so genannte Mehrleistungsabschlag sollte im Jahr 2011 um 30 % gekürzt werden. Mit Blick auf die bereits abgeschöpften Mittel aufgrund der Absenkung der Veränderungsrate stellte die Höhe des Abschlags eine enorme Belastung für die Krankenhäuser dar. Ab dem Jahr 2012 sollte der Mehrleistungsabschlag krankenhaushausindividuell verhandelt werden. Diese Preisverhandlungen widersprechen einem wesentlichen Grundprinzip des DRG-Systems, wonach gleiche Zahlungen für gleiche Leistungen zu erfolgen haben. Bereits heute führen Mehrleistungen zu einer erheblichen Absenkung des Landesbasisfallwertes und werden damit durch Preisverfall aller Krankenhausleistungen kompensiert. Der vorgesehene Mehrleistungsabschlag würde gemeinsam mit der Absenkung des Landesbasisfallwertes zu einer doppelten Degression zu Lasten der Krankenhäuser führen. Ist den-noch auf der Ebene der Krankenhäuser ein zusätzlicher Mehrleistungsabschlag politisch gewollt, ist er auf die Jahre 2011 und 2012 zu beschränken. Darüber hinaus sind hierfür zwingend Ausnahmeregelungen erforderlich.

Um die gewünschten Einsparungen von 150 Mio. Euro im Jahr 2011 und 300 Mio. Euro für 2012 im Krankenhausbereich zu erreichen, ist eine Reduzierung der Veränderungsrate für die Krankenhäuser um 50 % in den jeweiligen Jahren nicht geeignet

Ende Oktober 2010 fand eine Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum GKV-FinG statt. Dort haben sich auch unsere Mitglieder über den Fachausschuss Krankenhäuser des BDPK eingebracht.

In der entsprechenden Stellungnahme wurden die

- Streichung der Mehrleistungsabschläge und die
- Absenkung der Grundlohnrate im Jahr 2011 um 0,25 % und im Jahr 2012 um 0,5 %

gefordert.

Als Ergebnis konnten sich sowohl die Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die gesundheitspolitischen Spitzen der Koalitionsfraktionen als auch der fachlich zuständige Gesundheitsausschuss des Bundestages auf weitere Änderungen zum Gesetz verständigen.

Mit Verweis auf die verbesserte Lage der Wirtschaft und damit der Haushaltslage der Krankenkassen konnte eine Absenkung der Veränderungsrate für den Krankenhausbereich von zunächst 50% auf 25% für 2011 nachgebessert werden. Auch beim Mehrleistungsabschlag wurde von der generellen 30%-Abschlagsregelung über die vereinbarten Mengen des Vorjahres Abstand genommen und Ausnahmen festgelegt. Diese umfassen generell Mehrleistungen, die aufgrund von krankhausplanerischen Entscheidungen oder Investitionsprogrammen der Länder möglich geworden sind. Unsere Intervention zur Ausnahmeregelung von „Neuleistungen“ ist realisiert worden. Des Weiteren können mit den Vertragspartnern Leistungen herausgenommen werden, für die ansonsten ein unzumutbarer Härtefall eintreten würde. Gelockert wurden die Inkassoregelungen der Krankenhäuser zum Einzug der Zuzahlung.

Dem Vorschlag der Bundesländer zur Streichung der Mehrleistungsabschläge stimmte die Bundesregierung nicht zu, da das erwartete Defizit der GKV weiterhin eine kurzfristig wirksame Ausgabenstabilisierung erforderlich mache.

Im Detail sieht es wie folgt aus:

### Veränderungsrate

- 2011: Statt Halbierung, Absenkung der Veränderungsrate um 0,25 %-Punkte
- 2012: Statt Halbierung, Absenkung der Veränderungsrate um 0,5 %-Punkte

### Mehrleistungsabschläge

Erweiterte Ausnahmeregelungen

- bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder der Investitionsprogramme der Länder
- einzelner Leistungen zur Vermeidung unzumutbarer Härten im Einvernehmen der Vertragsparteien

### Zuzahlungsinkasso

Das Inkasso soll nach erfolglosem Einziehungsverfahren durch das Krankenhaus auf die Kostenträger zurückgehen.

Ein weiterer Teil des GKV-Finanzierungsgesetzes besteht aus einem Sparpaket für Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen (Begrenzung der Verwaltungskosten). Die Pharmaindustrie, Pharmagroßhandel und die Apotheken leisten ihren Sparbeitrag über das GKV-Änderungsgesetz und das AMNOG, dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz.

### 1.1.2 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungs-Gesetz (AMNOG) wurde Mitte November 2010 vom Bundestag beschlossen und ist zum 01.01.2011 in Kraft getreten. Ziel des AMNOG soll es sein, die besonders dynamisch wachsenden Arzneimittelausgaben einzudämmen. Die Wirtschaftlichkeit soll erhöht und der Wettbewerb intensiviert werden, indem bspw. Maßnahmen zur Reduzierung der Kosten getroffen werden. Unter anderem soll die Preissteuerung bei patentgeschützten Arzneimitteln novelliert werden. Arzneimittelherstellern ist es künftig nicht mehr möglich, den Preis für Arzneimittel selbst zu bestimmen. Sie müssen mit dem GKV-Spitzenverband über die Erstattungsbeträge verhandeln. Eine Verhandlung mit den entsprechenden Krankenkassen wäre jedoch sinnvoller.

Die Bundesregierung erhofft sich durch das AMNOG jährliche Einsparungen in Höhe von zwei Milliarden Euro. Weiter soll das Kartellrecht auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übertragen, eine Mehrkostenregelung für Medikamente eingeführt und die Packungsgrößenverordnung überarbeitet werden.

Zentrales Element des AMNOG ist die Schnellbewertung des Nutzens neu zugelassener Arzneimittel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Durch die schnelle Nutzenbewertung neu zugelassener Arzneimittel nach § 35a SGB V (Neu) sollen Medikamente, die für die Patienten keinen neuen Nutzen gegenüber vorhandenen Therapien haben, von echten Innovationen unterschieden werden. Die Nutzenbewertung erfolgt ausschließlich anhand der Feststellung des Zusatznutzens im Vergleich zu bereits bekannten Therapiealternativen. Bei der Abwägung kann sich der G-BA auf die Expertise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) stützen. Medikamente gegen seltene Erkrankungen werden von der schnellen Nutzenbewertung ausgenommen, wenn der GKV-Umsatz jeweils unter 50 Millionen Euro liegt.

Diese Neuregelung kann die Krankenhäuser zukünftig in mehrfacher Hinsicht belasten. Zum einen können Arzneimittelhersteller versucht sein, im niedergelassenen Bereich jährlich geplante Einsparungen durch Preisaufschläge im Krankenhausbereich zu kompensieren. Auch die Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung (PKV) kann dies begünstigen, denn PKV-Unternehmen haben zukünftig auch einen gesetzlichen Anspruch auf die Gewährung von Rabatten von Seiten der Pharmaunternehmen. Darüber hinaus können bei Arzneimitteln ohne Therapiealternative, so genannte Solisten, die Einkaufspreise für Kliniken zukünftig über den Preisen im niedergelassenen Bereich liegen.

Die Grundsätze der Nutzenbewertung sollen durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) geregelt werden. Mit dieser Rechtsverordnung soll eine rechtssichere und sachgerechte Grundlage zur Umsetzung des neuen Verfahrens geschaffen werden. Auf deren Basis hat der G-BA eine ergänzende Verfahrensordnung erlassen, die umfassend das Verfahren von der Einleitung bis zum Beschluss und die

Umsetzung der Nutzenbewertung in der Arzneimittel-Richtlinie regelt. Damit die Regelung in Kraft treten kann, ist noch die Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erforderlich.

Die Regelungen des AMNOG finden auch im neuen Vertragswerk zum Berliner Projekt Anwendung.

### 1.1.3 Krankenhaushygienegesetz

Am 16.03.2011 passierte der Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzes und weiterer Gesetze“ das Kabinett. Mit dem Gesetz sollen Voraussetzungen geschaffen werden, um die Hygienequalität in Krankenhäusern und bei medizinischen Behandlungen zu verbessern. Auch der Erlass von Hygieneverordnungen in den einzelnen Bundesländern soll damit erleichtert werden. Bisher gibt es in sieben Bundesländern Hygieneverordnungen. Hintergrund des Gesetzesentwurfes sind nosokomiale Infektionen und antimikrobielle Resistenzen bei jährlich bis zu 600.000 Klinikpatienten an denen ein Viertel stirbt. Laut dem Bundesminister für Gesundheit seien circa 30 Prozent der Infektionen vermeidbar. Ziel sei die Einstellung von 413 zusätzlichen Hygienebeauftragten in den Kliniken und 71 Ärzten mit Hygieneaufgaben. Sie sollen bessere hygienische Abläufe in den insgesamt rund 2100 Krankenhäusern gewährleisten.

Unter anderem sind folgende Regelungen vorgesehen:

- Eine allgemeinen Verpflichtung zur Einhaltung der Hygiene und fachgerechten Antibiotikaverordnung für medizinische Einrichtungen
- Veröffentlichung der Hygienestandards in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Ab 2013 soll die Veröffentlichung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser jährlich erfolgen.
- Einsatz von Hygienefachärzten und Hygienebeauftragten in den Krankenhäusern
- Stärkung der Rolle des Robert-Koch-Instituts (RKI). Eine Kommission ART soll eingerichtet werden. Über Gesundheitsämter und Landesbehörden sollen zur epidemiologischen Auswertung die anonymisierten Daten über Ausbrüche nosokomialer Infektionen übermittelt werden.
- Verpflichtung des G-BA zur zeitnahen Erarbeitung sektorenübergreifender Richtlinien zur Verbesserung der Hygiene unter Berücksichtigung bereits bestehender Surveillancesysteme und Antibiotikaverordnungen
- Verpflichtung des G-BA zur Erarbeitung von Indikatoren zum Stand der Hygiene für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung
- Einführung einer Ziffer für die Diagnostik und Sanierung MRSA-infizierter/MRSA-besiedelter Patienten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) (zunächst befristet)

Mit dem Gesetz sind auch folgende Rechtsänderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und im Bereich der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen:

- Einrichtung von Schiedsstellen für die Verträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene. Sie sollen zur Schlichtung von Konflikten in Vergütungsverhandlungen für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen beitragen. Dies soll im § 111b SGB V geregelt werden.
- Einrichtung einer Schiedsstelle zur Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen zur Schlichtung von Konflikten bei der Neuvereinbarung von Kriterien für die Prüfungen der Pflegequalität in Einrichtungen. Dies soll in § 115a Abs. 1a SGB XI gesetzlich geregelt werden. Hintergrund ist, dass die Verhandlungen zur Verbesserung des Pflege-TÜV's in 2010 ausgesetzt wurden. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Schiedsstelle bei Uneinigkeit nach drei Monaten eingerichtet werden muss. Eine Entscheidung soll dann innerhalb von drei Monaten erfolgen.
- Beteiligung der privaten Pflegeversicherung mit einem eigenen Prüfdienst an den Prüfungen der Pflegequalität. Grundlage bilden die Qualitätsprüfungs-Richtlinien gemäß § 114a SGB XI „Durchführung der Qualitätsprüfung“. Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, dem Prüfdienst der privaten Pflegeversicherung 10 % aller Prüfaufträge zuzuweisen.

Die Umsetzung des Gesetzesentwurfes ist aus Sicht des VPK BB mit erheblichen Belastungen für die Kliniken verbunden. Der Einsatz von Hygienebeauftragten wird problematisch sein, da es am entsprechend ausgebildeten Fachpersonal mangelt. Die Erarbeitung sektorenübergreifender Richtlinien zur Verbesserung der Hygiene durch den G-BA sollte nicht nur in Abstimmung mit den Krankenkassen und Kassenärzten erfolgen, sondern auch die Krankenhäuser sollten als unmittelbar Beteiligte mit einbezogen werden.

Der VPK BB begrüßt ebenfalls die Einrichtung einer Schiedsstelle im Rehabereich. Bisher fehlt ein solches Entscheidungsgremium, das unter Ausschluss des Rechtsweges eine Einigung zwischen Leistungserbringer und Kostenträger innerhalb einer bestimmten Frist herbeiführt. Die Bewertung des VPK BB zur Einrichtung von Schiedsstellen im Rehabereich wird in Kapitel 4.3 näher erläutert.

Bei vollständiger Umsetzung des Entwurfes kommen auf die Krankenhäuser voraussichtlich Mehrbelastungen in Höhe von rund 500 Millionen Euro zu. Allein die jährliche Veröffentlichung der Qualitätsberichte bringe laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) einen Bürokratie- und Kostenaufwand in Höhe von rund 20 Millionen Euro mit sich. Ein Krankenhaus-Sonderfinanzierungsprogramm zur finanziellen

Unterstützung wurde jedoch bereits vom Bundesgesundheitsministerium abgelehnt.

Am 09. Mai 2011 findet eine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages statt. Der VPK BB wird über den BDPK vertreten sein. Das „Gesetz der Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze“ soll noch vor der parlamentarischen Sommerpause vom Deutschen Bundestag verabschiedet werden und im Juli 2011 in Kraft treten.

### 1.1.4 Zweite Konsultationsphase zur Arbeitszeitrichtlinie auf europäischer Ebene

Zahlreichen Mitgliedstaaten der Europäischen Union bereitet die Umsetzung der europäischen Arbeitszeitrichtlinie aus dem Jahr 2003, die zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer erlassen wurde, Probleme.

Nach dieser Richtlinie der EU zur Arbeitszeitgestaltung muss jeder Mitgliedstaat dafür sorgen, dass folgende Mindestanforderungen für Arbeitskräfte erfüllt werden:

- Wöchentliche Arbeitszeit, die im Durchschnitt 48 Stunden einschließlich Überstunden nicht überschreitet
- Tägliche Mindestruhezeit von 11 zusammenhängenden Stunden pro 24-Stunden-Zeitraum
- Ruhepause während der Arbeit, wenn die tägliche Arbeitszeit des Mitarbeiters mehr als sechs Stunden beträgt
- Mindestens einmal pro Siebentageszeitraum eine kontinuierliche Mindestruhezeit von 24 Stunden zuzüglich der täglichen Ruhezeit von 11 Stunden
- Bezahlter Mindestjahresurlaub von vier Wochen
- Zusätzlicher Schutz für Nachtarbeit (so darf z. B. die durchschnittliche Arbeitszeit acht Stunden pro 24-Stunden-Zeitraum nicht überschritten werden; es muss ein Recht auf kostenlose medizinische Untersuchungen geben sowie in bestimmten Situationen die Möglichkeit, in die Tagarbeit zu wechseln.)

In einem Bericht der EU-Kommission wird auf Gefährdung eines reibungslosen 24-Stunden-Dienstes unter anderem in Krankenhäusern aufgrund der vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) geforderten Beschränkungen in Bezug auf Bereitschaftsdienstzeiten und die zu gewährenden Ausgleichsruhezeiten hingewiesen. Vor allem bereitet es den Krankenhäusern Schwierigkeiten, den Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit zu werten. Laut EU-Bericht reichen vielen Mitgliedsstaaten die Spielräume nicht aus, die die Arbeitszeitrichtlinie den Krankenhäusern lässt, um die Arbeitsabläufe flexibel zu gestalten und eine kontinuierliche Rund-um-Versorgung zu gewährleisten. Mit Blick auf die Bereitschaftsdienstzeiten fordern einige Länder eine Umgestaltung der Bezugszeiträume und eine Änderung der Bestimmung des

Zeitpunkts der Ausgleichsruhezeiten. Nach derzeitiger Rechtslage können einzelne Arbeitnehmer sich für eine Wochenarbeitszeit über 48 Stunden entscheiden, dass so genannte Opt-Out. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, tarifvertraglich die wöchentliche Arbeitszeit über einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten zu ermitteln. Im Jahr 2004 hatte die Europäische Kommission bereits vorgeschlagen, die Arbeitszeitrichtlinie zu überarbeiten, um dem Wunsch nach mehr Flexibilität unter gleichzeitiger Wahrung des Gesundheitsschutzes nachzukommen. Die Reformierung scheiterte jedoch im April 2009. Strittig waren vor allem die Vorschriften zum Bereitschaftsdienst und zum Opt-Out.

Durch die EU-Kommission erfolgt nunmehr die Überprüfung der Arbeitszeitrichtlinie durch eine zweistufige Konsultation der Sozialpartner auf EU-Ebene. Hierzu wurde im Dezember 2010 ein Dokument zur zweiten Anhörungsphase verabschiedet, das den Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern die Möglichkeit eröffnet, Änderungswünsche der Richtlinie zu äußern. Die Mitglieder des VPK BB hatten die Möglichkeit, sich in dieses Verfahren über den BDPK einzubringen. Der Umfang des Änderungsbedarfs kann auf die Themen Bereitschaftsdienst und Ausgleichsruhezeiten beschränkt werden. Die bestehende Regelung zum Opt-Out kann beibehalten werden. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Zusammenhang mit einer Änderung immer auch ein vollständiger Verzicht auf die Regelung diskutiert wird.

Grundsätzlich wird der Kompromissvorschlag der Europäischen Kommission zum Bereitschaftsdienst begrüßt: Einerseits soll jeglicher Bereitschaftsdienst, für den der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz zur Verfügung stehen muss, für die Zwecke der Richtlinie als Arbeitszeit gelten. Gleichzeitig wird eine Ausnahmeregelung für bestimmte Branchen in Aussicht gestellt, die eine differenzierte Anrechnung dieses Bereitschaftsdienstes nach dem Grundsatz der „Gleichwertigkeit“ ermöglicht. Damit würde zwar auf die formale Einführung einer dritten Kategorie „inaktive Arbeitszeit“ verzichtet, faktisch aber dennoch die Möglichkeit der unterschiedlichen Anrechnung geschaffen.

Ob die EU-Kommission nur bestimmte Inhalte der geltenden Arbeitszeitrichtlinie überarbeitet - wie die Vorschriften zum Bereitschaftsdienst oder zu den Ausgleichsruhezeiten - oder eine komplette Neufassung vorlegt, ist noch nicht bekannt.

## 1.2 LANDESPOLITISCHE THEMEN MIT AUSWIRKUNGEN AUF DIE LEISTUNGSBEREICHE

Der VPK BB hat im Interesse seiner Mitglieder in Berlin und Brandenburg für die drei Leistungsbereiche Krankenhaus, Pflege und Rehabilitation die formalen Anhörungsberechtigungen. Somit sind auch die entscheidenden Gremien zur Wahrnehmung dieser Aufgaben in beiden Ländern entweder mit Experten aus dem Kreis der Mitglieder oder der Geschäftsstelle besetzt. Dadurch kann der VPK BB alle relevanten landespolitischen Themen in beiden Ländern aktiv begleiten und mitgestalten.

## 1.2.1 Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum

Das Flächenland Brandenburg steht bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung aufgrund seiner demografischen Entwicklung und regional sehr unterschiedlichen Bevölkerungsdichte vor einer großen Herausforderung. Eine der Hauptaufgaben hierbei wird es sein, eine leistungsfähige gesundheitliche Betreuungs- und Versorgungsstruktur in allen Regionen des Landes zu schaffen bzw. zu erhalten.

Auf Initiative des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MUGV) finden regelmäßig Spitzengespräche mit Akteuren des regionalen Gesundheitswesens, unter anderem unter Beteiligung der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Hausärzterverband und der Landeskrankengesellschaft Brandenburg e.V. statt. Die Ergebnisse dieser Gespräche wurden in einem vom MUGV formulierten Grundsatzpapier „Künftige Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Brandenburg“ einbezogen, das seit November 2010 vorliegt und regelmäßig aktualisiert wird.

Mit dem Papier möchte das MUGV der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, aber auch Kommunen und der Landesregierung Wege aufzeigen, wie die flächendeckende medizinische Versorgung auch künftig sichergestellt werden kann. Es benennt den gegenwärtigen Stand und die Prognosen zu Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung, medizinischer Versorgung sowie die derzeitigen gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Versorgung im Land Brandenburg. Außerdem zeigt es in acht Handlungsfeldern Umsetzungsempfehlungen und bereits eingeleitete Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf. Diese acht Handlungsfelder sind:

- **Fachkräfte für die gesundheitliche Versorgung** - Zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten, vor allem von Hausärzten, läuft seit dem Jahr 2006 eine von den Akteuren der Spitzengespräche gemeinsam entwickelte Image- und Informationskampagne „Einfach verwirklichen - Perspektiven entdecken“, [www.arzt-in-brandenburg.de](http://www.arzt-in-brandenburg.de). Die Internetseite gibt für aktuelle und künftige Ärzte einen Überblick über die Angebote zu Aus-, Fort-, und Weiterbildung, Beschäftigungsmöglichkeiten und Lebensbedingungen im Land Brandenburg und benennt die jeweiligen Ansprechpartner. Die Kampagne soll unter der Einbeziehung weiterer Arztgruppen stets weiterentwickelt werden, um noch besser zu informieren, aufzuklären und zu werben.
- **Ärztliche Nachwuchsgewinnung** - hier werden einige bereits vorhandene und weiter zu entwickelnde Instrumente zur Gewinnung ärztlichen Nachwuchses genannt, z. B. die Ansprache von Studierenden durch Brandenburger Krankenhäuser auf verschiedenen Veranstaltungen, die Einführung von Stipendienmodellen durch Krankenhäuser und Kommunen sowie die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.
- **Telemedizin** - mit verschiedenen Gesundheitsakteuren werden in Gesprächen Möglichkeiten zum Einsatz telemedizinischer Anwendungen erörtert und erarbeitet. Die Ziele für 2011 in diesem Bereich sind, über das MUGV ein landesweit telemedizinisches Netzwerk für Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz zu realisieren und der Start eines Schlaganfallnetzwerkes zur besseren Versorgung von Schlaganfallpatienten anhand telematischer Infrastruktur.
- **Integrierte und fachübergreifende Versorgungskonzepte** - hierzu zählen bisher die Medizinischen Versorgungszentren, das von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg entwickelte Modell eines „fachübergreifenden ärztlichen Kooperationszentrums“ und das seit Januar 2008 existierende prosper-Netz in der Lausitz mit über 260 Haus- und Fachärzten und zwei teilnehmenden Krankenhäusern in der Region.
- **Arztentlastende Fachkräfte** - hierzu zählt das im Land Brandenburg durchgeführte und mittlerweile regelhaft eingeführte Modellprojekt arztentlastende, gemeindenahе, E-Healthgestützte, systemische Intervention (AGnES) in unterversorgten Gebieten. Die AGnES-Fachkraft führt die ihr delegierten ärztlichen Leistungen in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten durch. Die AOK Nord-Ost, die BARMER GEK und die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg haben unter dem Titel Agnes II ein neues Modellprojekt aufgelegt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Case- und Schnittstellenmanagement. Die Agnes II-Fachkräfte sollen in ihrer künftigen Fallmanagerrolle die Ärzte besser entlasten und auch außerhalb unterversorgter Gebiete tätig werden.
- **Bedarfsplanung** - die auf Bundesebene erforderlichen Maßnahmen zur Berücksichtigung von Demografie und Morbiditätsentwicklung bei der Bedarfsplanung benennend, weist das Papier auf die Handlungsspielräume einer konstruktiven Zusammenarbeit aller Partner unter bestehenden rechtlichen Grundlagen hin. So wird neuerdings im Land für Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte im Rahmen der jährlichen Überprüfung von drohender oder bestehender Unterversorgung mit einer neuen Regionalgliederung gearbeitet.
- **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung** - hierbei bietet die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg mit einem Sicherstellungsstatut eine Reihe von Maßnahmen an, um neue Ärzte zu gewinnen. Hierzu zählen u. a. Sicherstellungszuschüsse bei Übernahme oder Neugründungen von Arztpraxen. Daneben können Ärztinnen und Ärzte in Regionen mit deutlichen Versorgungsproblemen mit EU-Mitteln, z. B. dem Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung ländlicher Räume (ELER), unterstützt werden.
- **Attraktive Arbeits- und Lebensbedingungen** - hierzu gab es im Jahr 2010 eine Umfrage in den Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren im Land Brandenburg vom MUGV und der Landeskrankengesellschaft Brandenburg.

Nach Aussage der Arbeitsebene im MUGV ist die Zielstellung des Papiers, bis Ende des Jahres 2011 die Weichen für einen gestuften Versorgungsansatz in der ambulanten Versorgung unter Einbeziehung aller Sektoren zu stellen. Darauf aufbauend sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die Stufung bedeutet, dass im Rahmen der Bedarfsplanung in einer Region zunächst die Möglichkeit einer ambulanten Leistungserbringung geprüft werden muss, dann die Möglichkeit der ambulanten Leistungserbringung durch die in der Region tätigen Krankenhäuser und anschließend die Ressourcen in den regionalen Rehabilitationskliniken zu berücksichtigen sind. Es ist außerdem angedacht, bei regionalen Kooperationen dieses Verfahren auch losgelöst von der benannten Schrittfolge umsetzen zu können.

Der VPK BB befürwortet die Zielstellung eines gestuften Versorgungsansatzes im Land Brandenburg unter Einbeziehung aller Sektoren. Das Grundsatzpapier erfüllt dieses Ziel jedoch in dem Sinne nicht, als dass die Rehabilitationskliniken, als Teil der medizinischen Versorgungskette, nicht in die Ansätze mit einbezogen wurden. Sie sollten in der Sicherstellungsdiskussion aber nicht außer Acht gelassen werden, da sie mit ihren fachärztlichen Ressourcen häufig in den strukturschwachen Gebieten im Land Brandenburg angesiedelt sind. Sogar die Bundesebene versucht, mit dem geplanten GKV-Versorgungsgesetz diesen Aspekt für das künftige medizinische Versorgungsgeschehen zu nutzen. So soll die nach geltendem Recht bestehende Möglichkeit, bei entsprechendem Versorgungsbedarf Krankenhausärztinnen und -ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, um Ärztinnen und Ärzte, die in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen tätig sind, erweitert werden.

Um die künftige Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Land Brandenburg gemeinsam mit allen Leistungserbringern erörtern zu können, haben sich der VPK BB und die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation Brandenburg e. V. (ARGE MedReha Brandenburg) als vertretungsberechtigte Verbände für die stationäre Rehabilitation an das MUGV gewandt und gefordert, in die Gespräche einbezogen zu werden.

Obwohl es hierzu keine offizielle Rückmeldung gegeben hat, wurde uns aktuell vom Ministerium Gesprächsbereitschaft signalisiert.

### 1.2.2 Förderung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg

Das Land Brandenburg gewährt nach Maßgabe der so genannten „Großen Richtlinie des Ministeriums für Wirtschaft“ auf der Grundlage des „Operationellen Programms EFRE“ für den Zeitraum 2007 bis 2013 und der jeweils für die Förderperiode geltenden Verordnungen, Rechtsakte und Verwaltungsvorschriften sowie des „Gemeinschaftsrahmens der EU für Forschung, Entwicklung und Innovation“ Zuwendungen für Forschungs-, Entwicklungs- und Innovationsvorhaben. Zuwendungsempfänger sind Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft und des wirtschaftsnahen Dienstleistungssektors, die eine Betriebsstätte im Land Brandenburg haben, und - in

Verbindung mit diesen - auch Forschungseinrichtungen des Landes.

Der Bereich der Gesundheitswirtschaft ist von dieser Wirtschaftsförderung des Landes Brandenburg ausgeschlossen. Einrichtungen des Gesundheitswesens können somit keine Förderung der klassischen Wirtschaftsförderprogramme im Land aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) in Anspruch nehmen.

Der VPK BB setzt sich seit Jahren dafür ein, dass auch Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg anspruchsberechtigt für Fördermittel gemäß der allgemeinen Wirtschaftsförderung sind. Eine entsprechende Umsetzung würde den im Koalitionsvertrag der 5. Wahlperiode in Brandenburg niedergeschriebenen Zielen zur Förderung der Gesundheitswirtschaft mehr Glaubwürdigkeit verleihen. Hierzu ist ein Paradigmenwechsel im Wirtschaftsministerium und der genehmigenden Investitionsbank des Landes Brandenburg (ILB) notwendig, damit die Förderrichtlinien des Landes hinsichtlich ihrer Kriterien zur Anwendung auf die Gesundheitswirtschaft überarbeitet werden.

Nach zahlreichen Gesprächen mit politischen Vertretern der Landesministerien für Wirtschaft und Gesundheit ist es dem VPK BB gelungen, die Relevanz der Gesundheitswirtschaft nachhaltig zu verdeutlichen. Als erstes Ergebnis kann hier festgehalten werden, dass Verband und Ministerien eine gemeinsame Lesart zum Stellenwert der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg haben. Leider sind in den aktuell geltenden Förderrichtlinien keine Kriterien enthalten, die auf den Leistungsbereich Gesundheitswesen zutreffen. Somit ist eine aussichtsreiche Prüfung von Anträgen auf Förderung aus diesem Bereich nicht möglich. Der VPK BB konnte aber die Zusage erwirken, dass die beiden von ihm intensiv begleiteten Projekte, das „Versorgungsmanagement Kardiologie“ und „Supervidierte Teletherapie bei Aphasiestörungen“ von den Ministerien positiv begleitet werden. Aussichtsreich war auch die Zusage der Vertreter der Ministerien, dass der VPK BB im Beteiligungsverfahren für das ab 2014 geltende neue Operationelle Programm der EFRE-Förderung berücksichtigt werden wird. Der VPK BB wird sein Ziel dann darauf ausrichten, dass im neuen Förderzeitraum ab 2014 die Gesundheitswirtschaft von vornherein als Wirtschaftszweig in den Förderrichtlinien der Länder Berlin und Brandenburg mit entsprechenden Kriterien zur Prüfung benannt wird.

Im Ergebnis des bisher Erreichten bleibt zu hoffen, dass es uns anhand weiterer Gespräche gelingen wird, künftig in den Wirtschaftsförderprogrammen der Länder die Gesundheitswirtschaft als eigenen Teil der Wirtschaft zu benennen - erst dadurch ergibt sich formalrechtlich die Möglichkeit, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens die Wirtschaftsförderprogramme grundsätzlich in Anspruch nehmen können.

Seit dem 01.01.2011 gibt es bei der Zukunftsagentur Brandenburg GmbH (ZAB), der zentralen Anlaufstelle für Wirtschaftsförderung, Technologie- und Energieberatung im Land Brandenburg, eine Abteilung für die

Gesundheitswirtschaft. Wir werten dies als positives Signal der Brandenburger Politik, dass der Stellenwert der Gesundheitswirtschaft in der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung steigen wird.

### 1.2.3 Telematik im Gesundheitswesen - Telemedizin im Land Brandenburg

Das Land Brandenburg hatte sich bereits in seiner vergangenen Legislaturperiode vorgenommen, die Telemedizin weiter voranzubringen. Ein im Jahr 2008 vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegebenes Gutachten der Firma AGENON zur Entwicklung der Telemedizin im Land Brandenburg aus versorgungsinhaltlicher Sicht empfahl die Gründung einer Agentur für Telemedizin im Land Brandenburg. So sollten die Aktivitäten aus den verschiedenen Leistungsbereichen gebündelt werden. Vor diesem Hintergrund wurde das Ziel, die Telemedizin im Land weiter auszubauen, als einer der Grundpfeiler in der Gesundheitspolitik zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum in Brandenburg in den Koalitionsvertrag der 5. Wahlperiode vom November 2009 verankert.

Insbesondere die Idee, für das Land Brandenburg eine Agentur für Telemedizin als Verein zu gründen, die die vielen einzelnen Aktivitäten bündelt und transparent fördert, war für den VPK BB Anlass genug, sich hier von Anfang an für seine Mitglieder zu engagieren.

Das Ziel des Gesundheitsministeriums, die bereits bestehende Telemat-Initiative Brandenburg unter Schirmherrschaft des Gesundheitsministeriums neu zu gründen und mit einer ersten Anschubfinanzierung aus dem Förderpotopf des Konjunkturpaketes II in Höhe von 2 Mio. Euro auszustatten, war mit Problemen behaftet. Der formale Aufbau sowie die Zieldefinition der Initiative nahmen einige Arbeitssitzungen in Anspruch. Zudem wuchsen die Begehrlichkeiten, an der Anschubfinanzierung zu partizipieren. Die Mittel des Konjunkturpaketes II mussten bereits bis Ende 2009 nachweisbar vom Gesundheitsministerium abgerufen werden. So wurden die Mitglieder der Arbeitsgruppe, an der der VPK BB sich bisher aktiv beteiligt hatte, gebeten, kurzfristig zum Ende des Jahres 2009 dem Gesundheitsministerium bis dahin vorliegende Projekte für Telemedizin zu bewerten. Auf Basis dieser Bewertung sollten die zur Verfügung stehenden Mittel verteilt werden.

An diesem Verfahren hat sich der VPK BB nicht beteiligt und dem Gesundheitsministerium die hierfür wesentlichen Argumente übermittelt:

Mit der Gründungsinitiative einer Agentur für Telemedizin sollte im Land Brandenburg eine strategische Auseinandersetzung mit dem Thema erfolgen und nicht Verteilungsbegehrlichkeiten einzelner Projektträger in den Vordergrund gerückt werden.

Ein ordentliches Vergabeverfahren einschließlich einer inhaltlichen Bewertung und Prüfung der Sinnhaftigkeit der Projekte für das Land Brandenburg erfolgte nicht.

Trotz aller inhaltlichen Schwierigkeiten hat der VPK BB gegenüber dem Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg sein Interesse an einer aktiven Beteiligung an einer Agentur für Telemedizin weiterhin bekundet.

Mit Erstaunen und Unverständnis musste der VPK BB im August 2010 einer Pressemitteilung entnehmen, dass Fördermittel von knapp 1 Mio. Euro an ein Brandenburger Krankenhaus vergeben wurden, ohne dass eine entsprechende Bewertung und Abstimmung unter den Arbeitsgruppenteilnehmern stattfand. In einem an die Gesundheitsministerin des Landes Brandenburg gerichteten Schreiben äußerte der Vorstand erhebliche Kritik an dieser Vorgehensweise. Im Oktober 2010 gelang es dann durch Einzelanträge des Asklepios Fachklinikums Brandenburg und des Klinikums Frankfurt (Oder) Fördermittel zum Aufbau eines teleneurologischen Netzwerkes zur Verbesserung der Versorgung von Schlaganfallpatienten in Brandenburg einzuwerben. Mit ca. 300 T€ soll eine Infrastruktur aufgebaut werden, die es drei konsilgebenden Krankenhäusern ermöglicht, bis zu sieben konsilnehmende Krankenhäuser, ohne eigene Neurologie, telemedizinisch bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten zu betreuen.

Zur weiteren Entwicklung der Telemedizin im Land Brandenburg fand am 22.11.2010 im Gesundheitsministerium ein Gespräch statt. Wesentliche Teilnehmer, wie die Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. und der VPK BB, die die bisherige Initiative des Ministeriums zur Gründung eines Vereins zur Koordination der Telemedizin im Land Brandenburg unterstützt haben, wurden zu dieser Sitzung nicht eingeladen. Im Rahmen dieser Sitzung wurde dargelegt, dass sich vor allem die Finanzierung der zu gründenden Agentur für Telemedizin und die Abgrenzung möglicher Aufgaben zu den Aufgaben der seit Januar 2010 ebenfalls vom Land Brandenburg geförderten TSB Medici als problematisch erwiesen habe. Im September 2010 fand eine eingehende Überprüfung der Planung zur Agentur für Telemedizin statt. Vor dem Hintergrund der gemeinsam mit Berlin entwickelten Innovationsstrategie kamen das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV), das Ministerium für Wirtschaft und Europaangelegenheiten des Landes Brandenburg (MWE), die Telemat-Initiative Brandenburg e.V. und die TSB Medici zu dem Entschluss, die Agentur für Telemedizin als ausschließliches Brandenburger Projekt nicht mehr zu realisieren. Stattdessen soll deren Zielsetzung in die übergeordnete Innovationsstrategie Berlin-Brandenburg eingebracht werden. Dies hat zur Folge, dass zukünftig die TSB Medici die gesamten Aufgaben zum Wissens- und Technologietransfer in der Telemedizin für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg umfänglich wahrnehmen wird. Hierzu wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen der TSB Medici und der Telemat-Initiative Brandenburg e.V. geschlossen.

Der VPK BB bewertet die Implementierung einer Telemedizinstruktur als ein wichtiges Element in der medizinischen Versorgung, besonders im Flächenland Brandenburg. Den Fortgang der Entwicklung dieses „Projektes“ werden wir aufmerksam verfolgen.

### 1.2.4 Reformierung der Kommunalverfassung in Brandenburg

Die brandenburgische Kommunalverfassung soll reformiert werden. Der Landtag hat mit einem Beschluss Vom 20.01.2010: „Starke und leistungsfähige Brandenburger Städte, Gemeinden und Landkreise - Kommunale Selbstverwaltung stärken!“, die Landesregierung aufgefordert, die Rahmenbedingungen für die öffentliche Daseinsvorsorge mit dem Ziel zu verbessern, die kommunalen Handlungsspielräume zu stärken. Hierzu wurde der Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der kommunalen Daseinsvorsorge“ mit Bearbeitungsstand 05.10.2010 erarbeitet.

Ziel des Gesetzentwurfes ist unter anderem die Lockerung des Örtlichkeitsprinzips in Brandenburg, welches in der aktuellen Kommunalverfassung des Landes Brandenburg (BbgKVerf) vom 18.12.2007 in § 91 Abs. 4 „Zulässigkeit wirtschaftlicher Betätigung“ geregelt ist. Mit der Lockerung des Örtlichkeitsprinzips soll es Kommunen ermöglicht werden, sich über ihre Gemeindegrenze hinaus wirtschaftlich zu beteiligen. Hierfür ist nach einer öffentlichen Ausschreibung bspw. ein öffentlich-rechtlicher bzw. ein privatrechtlicher Vertrag zur Leistungserbringung in einem anderen Gemeindegebiet zwischen den Kommunen ausreichend.

Aus Sicht des VPK BB würden sich die Gemeinden mit der Lockerung des Örtlichkeitsprinzips gegenseitig Konkurrenz schaffen und damit u. a. bestehende medizinisch-ärztliche Strukturen in der Region gefährden. Der VPK BB äußert erhebliche Bedenken, dass bei der Beteiligung kommunaler Unternehmen in anderen Kommunen künstlich Bedarfe in Gebieten geschaffen werden, die vorher als unwirtschaftlich bewertet wurden.

Darüber hinaus soll das Subsidiaritätsprinzip, das in § 91 Abs. 3 „Zulässigkeit wirtschaftlicher Betätigung“ geregelt ist, gelockert werden. Die kommunalen Unternehmen erhalten damit künftig mehr Freiheiten. In der gültigen Fassung von 2007 wird den Privaten ein Vorrang zur Erbringung von Leistungen im Sinne einer sparsamen Haushaltsführung eingeräumt. Zukünftig sollen kommunale Unternehmen jedoch den privatwirtschaftlichen Unternehmen „gleichgestellt“ werden, sofern die kommunale wirtschaftliche Betätigung ebenso wirtschaftlich wie die Leistungserbringung Privater ist. Somit kann die Auftragsvergabe an private Anbieter erst erfolgen, wenn der Nachweis der wirtschaftlicheren Leistungserbringung erfolgt ist.

Der VPK BB sieht in der Lockerung des Subsidiaritätsprinzips die Gefahr der Wettbewerbsverzerrung. Eine Benachteiligung der privaten Unternehmen kann hier zwar nicht eindeutig bewiesen werden, da offen gehalten wurde, nach welchen konkreten Kriterien die Gemeinde das Bewertungs- und Berechnungsverfahren zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Unternehmung anwenden wird. Dies wird sich wahrscheinlich erst in der Praxis zeigen. Der VPK BB befürchtet jedoch, dass kommunale Träger mit „Dumping-Angeboten“ künftig den Leistungszuschlag erhalten. Langfristig werden diese jedoch auf zusätzliche Investitionen aus öffentlicher Hand angewiesen sein, um die Verluste zu tilgen. Wie sollen

Kommunen allerdings investieren, wenn deren Kassen leer sind? Ein Abwälzen der Kosten auf Dritte gilt es demnach zu vermeiden und nicht durch Aufhebung des Subsidiaritätsprinzips zu fördern.

Die Demografieentwicklung wird in Zukunft dazu führen, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit auch die Gesundheitsausgaben weiter steigen werden. Schon heute bedingen Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Reformierung der Gesetzgebung. Auch die Kassen der Kommunen werden durch Investitionsbedarfe in den kommunalen Krankenhäusern stärker belastet, so dass Leistungsprozesse durch fehlendes Kapital in kommunalen Krankenhäusern nicht effizient gestaltet werden können. Der VPK BB warnt davor, defizitäre Strukturen mit Steuergeldern mehrerer Kommunen zu unterstützen und künstlich „am Leben“ zu erhalten. Das belastet nicht nur die öffentlichen Haushalte, sondern setzt auch die Mechanismen der Marktregulierung außer Kraft. Starke und leistungsfähige Brandenburger Städte, Gemeinden und Landkreise werden im Hinblick auf das Gesundheitswesen so nicht entstehen.

Anlässlich der ersten Lesung des Gesetzesentwurfes im Brandenburger Landtag am 13.04.2011 hat der VPK BB mit einer Pressemitteilung die Ausweitung der wirtschaftlichen Betätigung der Kommunen scharf kritisiert und die negativen Auswirkungen für die Krankenhauslandschaft als wesentlichen Teil der Gesundheitswirtschaft dargelegt. Weiterhin bemüht sich der VPK BB um die Möglichkeit der offiziellen Anhörung im Landtag.

### 2.1 GESETZE/ANHÖRUNGSRECHTE AUF LÄNDEREBENE

#### 2.1.1 Umstellung der Krankenhausförderung des Landes Brandenburg

Das Gesetz zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg (Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz - BbgKHEG) hat u. a. zum Ziel, die patienten- und bedarfsgerechte, regional ausgeglichene Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. Die hierfür erforderlichen Investitionskosten der Krankenhäuser werden vom Land im Wege öffentlicher Förderung, von den Benutzerinnen und Benutzern des Krankenhauses oder ihren Kostenträgern durch einen Investitionszuschlag und von den Sozialleistungsträgern über die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in den Pflegesätzen und Entgelten enthaltenen Investitionskosten getragen.

Aufgrund der derzeit schwankenden Investitionsmittel des Landes Brandenburg weist das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) darauf hin, dass auf Dauer dieses Prozedere nicht dazu geeignet ist, pauschale Fördermittel und notwendige Einzelförderungen zu finanzieren. Zielstellung ist, für 2012 bis 2019 eine mittelfristige Investitionsplanung zu verabschieden, um die bisherigen zwei Fördermöglichkeiten zu einer Investitionspauschale zusammenzufassen. Im Rahmen der Landeskonferenz für Krankenhausplanung hat das MUGV die Umstellung der Krankenhausförderung des Landes Brandenburg bekannt gegeben. Verschiedene Modelle sind vom Ministerium zur Frage der künftigen Methodik zur Verteilung der Investitionsmittel geprüft worden. Um beim Ministerium für Finanzen des Landes Brandenburg (MdF) entsprechende Mittel für den angestrebten Förderzeitraum von acht Jahren bewilligt zu bekommen, wurden mit Hilfe eines Fragebogens benötigte Argumente zur Thematik künftiger Investitions- und Reinvestitionserfordernisse bei den Krankenhausträgern/-häusern abgefragt. Darüber hinaus erfolgten mit allen Krankenhäusern entsprechende Gespräche. Die Krankenhausträger begrüßen die Umstellung der Förderung und die Einführung einer Pauschale. In diesem Jahr soll hierzu eine Anpassung des Landeskrankenhausgesetzes Brandenburg erfolgen. Der VPK BB unterstützt das MUGV bei der Methodenwahl für eine generell pauschalierte Investitionskostenförderung. Wir haben uns hier frühzeitig als Gesprächspartner angeboten und Argumente für eine pauschalierte Investitionskostenförderung eingebracht, so u. a. mit dem „Modell 21“.

Derzeit werden von Seiten des MUGV die Gespräche mit dem MdF über die zukünftige Finanzausstattung zur Umstellung der Krankenhausförderung des Landes Brandenburg geführt. Der sich aus den Gesprächen mit allen Krankenhäusern ergebende Gesamtbedarf kann noch nicht endgültig eingeschätzt werden, da noch nicht alle Bedarfe beziffert werden konnten. Ein Spitzengespräch mit dem Minister für Finanzen Ende März 2011 ergab bisher keine Ergebnisse, um die dringend erforderliche Erhöhung der für die Krankenhausförderung zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel zu bewirken.

Unabhängig vom Zeitpunkt der Einführung der Investitionspauschalen beabsichtigt das Ministerium, eine kleine Arbeitsgruppe mit Vertretern der an der Krankenhausplanung Beteiligten zu bilden, in der Modalitäten und Kriterien der Einführung der Pauschalen abgestimmt werden sollen.

#### 2.1.2 Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes in Berlin

Das Gesetzgebungsverfahren zur Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) in Berlin hat 2009 begonnen und sollte ursprünglich am 01.01.2011 in Kraft treten. Der Zeitplan konnte jedoch nicht eingehalten werden. Erst im September 2010 lagen der Referententwurf zum Gesetz zur Neuregelung des Krankenhausrechts, die Gesetzesbegründung sowie eine Synopse von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGUV) vor.

Der VPK BB hat sich fristgerecht mit einer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf in der Fassung vom 06.09.2010 in das Beteiligungsverfahren eingebracht, wobei eine abschließende Bewertung erst nach den verfassten Rechtsverordnungen, welche im Anschluss an das Gesetzgebungsverfahren erstellt und die konkreten Inhalte und deren Ausgestaltung regeln werden, möglich ist.

In den nachfolgend genannten, existentiell wichtigen Themenbereichen sind weitere Regelungen vorgesehen:

- **Teil 1 Allgemeine Vorschriften:**  
§ 4 Aufsicht über Krankenhäuser
- **Teil 3 Krankenhausförderung:**  
§ 10 Investitionsförderung
- **Teil 3 Krankenhausförderung:**  
§ 17 Rechtsverordnungen
- **Teil 4 Besondere Bestimmungen:**  
§ 20 Rechtsverordnung
- **Teil 5 Besondere Pflichten der Krankenhäuser:**  
§ 29 Rechtsverordnung

Der VPK BB hat sich dafür ausgesprochen, die im Gesetzesentwurf benannten Rechtsverordnungen mit den wesentlichen Eckpunkten als Anlage zum LKG beizufügen, um den Gesetzesentwurf im Ganzen bewerten zu können.

Wie im Geschäftsjahr 2009/2010 berichtet, sieht der VPK BB beim Thema Investitionskosten den größten ordnungspolitischen Regelungsbedarf. Insbesondere der Teil 3 „Krankenhausförderung“ mit den vorgesehenen Rechtsverordnungen in den §§ 10 und 17 kann nicht in dieser Form akzeptiert werden. Die an der Sicherstellung der Versorgung beteiligten Krankenhäuser müssen durch das LKG Kenntnis über die zukünftigen Rahmenbedingungen der Investitionskostenförderung haben. Dies umfasst sowohl die Methodik als auch belastbare Aussagen zu den Fördermitteln für die nächsten Jahre.

Die Aussage zu zukünftigen Pauschalbeträgen für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren sowie kleine bauliche Maßnahmen wurde begrüßt. Der VPK BB hat sich grundsätzlich für eine pauschalierte Investitionskostenförderung ausge-

sprochen. Jedoch wird die pauschale Förderpraxis nur belastbar von den Trägern genutzt werden können, wenn das Land Berlin sich auch für eine entsprechende Gewährleistung der zur Verfügung zu stellenden Mittel ausspricht.

Auch durch die Berliner Krankenhausgesellschaft e. V. (BKG) und die ARGE der Krankenkassen erfolgte eine Beteiligung mit einer Stellungnahme am Gesetzgebungsverfahren. Die BKG stellte der SenGUV gegenüber dar, dass sie den Gesetzesentwurf nicht mittragen kann. Als Begründung werden ähnliche Punkte aufgeführt, welche bereits der VPK BB kritisiert hatte. Die ARGE der Krankenkassen beanstandet ebenfalls die fehlende Konkretisierung der benannten Rechtsverordnung und gibt auch keine abschließende Stellungnahme ab. Eine endgültige Zeitschiene zur Anhörung ist noch nicht bekannt. Aufgrund der stattgefundenen Haushaltsdiskussionen im Senat stagnierte die Novellierung zum LKG bis Anfang 2011 in Berlin.

Zu der nun von der SenGUV vorgelegten Fassung vom 22.03.2011 zum Gesetzesentwurf hat der VPK BB seine Stellungnahme und die wesentlichen Änderungsvorschläge nochmals überarbeitet und übermittelt. Auch die BKG hat die Mitglieder des Abgeordnetenhauses mit einer ausführlichen Stellungnahme darüber informiert, dass der Neuregelung des Krankenhausrechts in der vom 22.03.2011 vorgelegten Fassung nicht zugestimmt werden kann. Die von der SenGUV vorgelegte Novellierung befindet sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren.

Mit Bezug auf den Entwurf zum LKG hat die SenGUV ein „Eckpunktepapier zur Investitionsförderung ab 2013 nach § 10 LKG neu“ vorgelegt. Hiernach sollen ab 2013 die zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel nicht mehr für einzelne kurz-, mittel- oder langfristige Investitionsmaßnahmen, sondern grundsätzlich in Form von festen jährlichen leistungsorientierten Investitionspauschalen an die Krankenhäuser vergeben werden. Die Förderung kurzfristiger Anlagegüter mit festen jährlichen Pauschalbeträgen nach § 10 Abs. 2 LKG bleibt unverändert. Die Krankenhäuser sollen frei über die ihnen individuell zustehenden Fördermittel entscheiden können. Laut SenGUV ist für die Mittelverteilung ein transparentes Verfahren vorgesehen. Die Höhe der zur Verfügung stehenden Investitionsmittel ist allerdings weiterhin abhängig vom Landeshaushalt. Somit sind auch die Krankenhäuser weiterhin abhängig von der Haushaltslage Berlins. Die SenGUV hat sich für die Aufstellung der Investitionsprogramme jedoch als Ziel gesetzt, die ab 2015 wegfallenden Gelder gemäß Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes generell in das Fördermittelvolumen des Landes Berlin zu überführen. Ab 2016 sollen die Fördermittel für alle Krankenhäuser einheitlich bemessen werden. Das Eckpunktepapier mit Erläuterungen zum Förderverfahren, zur Bemessung und Verwendung der Fördermittel ab 2013 dient als Grundlage für die zu erstellenden Rechtsordnungen nach § 17 des LKG.

Die Eckpunkte der Investitionsförderung ab 2013 wurden bereits von der SenGUV weiterentwickelt und den Anhörungsberechtigten Parteien zur Verfügung gestellt. Der VPK BB wird sich hierzu in der Arbeitsgruppe für Investitionsförderung der BKG, die erstmals im Juni 2011

tagen wird, einbringen.

### 2.1.3 Krankenhausplan 2010 des Landes Berlin

Ziel einer Krankenhausplanung ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen. Die Verantwortung für eine angemessene Versorgung mit Krankenhausbetten und Krankenhausleistungen liegt bei den Ländern. Sie sind gemäß § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen. Bei der Aufstellung der Krankenhauspläne sollen gemäß § 7 KHG einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten angestrebt werden. Eine aktive Beteiligung des VPK BB ist durch unsere Mitwirkung gem. § 17 Landeskrankenhausgesetz (LKG) im Krankenhausbeirat gegeben.

Das Land Berlin hat im September letzten Jahres den Krankenhausplan 2010 für das Land Berlin veröffentlicht. Er ist verbindliche Planungsgrundlage bis zum Jahr 2015. Seine Ziele ergeben sich zum einen aus den Krankenhausgesetzen des Bundes und des Landes Berlin. Zum anderen werden diese gesetzlich definierten Ziele durch spezielle Versorgungsziele ergänzt, an denen die Festlegungen des Krankenhausplans 2010 ausgerichtet sind.

Der Veröffentlichung des neuen Krankenhausplans ging ein langer Planungszeitraum voraus, den der VPK BB über mehrere Jahre begleitet hat. Hierzu fanden in einer vorbereitenden Arbeitsgruppe „Fachausschuss Krankenhausplanung“, in die der VPK BB integriert ist, unter Leitung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGUV) mit Beteiligten der Krankenhauseite und der Krankenkassen eingehende Erörterungen statt. Auch die mündlichen Anhörungen durch die SenGUV unter Beteiligung der Krankenkassenvertreter erfolgten auf Wunsch unserer Mitglieder mit unserer Begleitung.

Im Darstellungszeitraum unseres letzten Geschäftsberichtes befand sich die Planung in der „Endphase“, die mit der Veröffentlichung des neuen Krankenhausplans 2010 für das Land Berlin im September 2010 ihren Abschluss fand. Die rechtsgültige Umsetzung erfolgte mit der Übersendung der Feststellungsbescheide für jedes einzelne Haus.

Für unsere Mitgliedseinrichtungen können wir ein positives Fazit aus dem Krankenhausplan 2010 des Landes Berlin ziehen. Für den privaten Bereich konnte eine Erhöhung der Bettenkapazitäten erreicht werden und drei Privatkliniken wurden erstmals in den Krankenhausplan neu aufgenommen.

Mit dem Krankenhausplan 2010 wurde das zweistufige System der Notfallversorgung (Notfallkrankenhaus, Notfallzentrum) eingeführt. Es löst das bisherige dreistufige, auf traumatologische Notfälle ausgerichtete System (Zuordnung der Krankenhäuser zu Erste-Hilfe-, Unfall- und Unfallschwerpunkt-Krankenhäusern) ab und stellt folgende Anforderungen an ein Krankenhaus: Die notfallmedizinische Versorgung in einem Notfallkrankenhaus ist entsprechend der ausgewiesenen Haupt- und Subdisziplinen durchzuführen, soweit diese für die

Notfallversorgung von Relevanz sind. Die infrastrukturellen, personellen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine adäquate Notfallversorgung müssen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr mit einer vertretbaren Redundanz (Ausfallsicherheit) vorhanden sein. Zusätzlich werden als Notfallzentren wenige Krankenhäuser ausgewiesen, an die erhöhte Anforderungen an Leistungsfähigkeit, Infrastruktur und Aufnahmekapazität gestellt werden. Dort werden möglichst alle notfallrelevanten Fachgebiete vorgehalten, insbesondere zur Versorgung interdisziplinärer Notfälle wie dem schweren Trauma. Mit der Umstellung von einem drei- auf ein zweistufiges System wurde zusätzlich ein weiteres Krankenhaus aus unserem Mitgliederkreis an der Notfallversorgung Berlins beteiligt.

### 2.2 LANDESBASISFALLWERTENTWICKLUNG UND VERHANDLUNGEN

Der VPK BB vertritt in beiden Ländern die ihm angeschlossenen Krankenhäuser in den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert (LBFW).

In Brandenburg fanden hierzu zwei Verhandlungsrunden mit der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen statt, wobei die Kassen mit der Zielstellung einer Absenkung des bestehenden LBFW in die Verhandlung gingen. Nach einem ersten Argumentationsaustausch kam man überein, zunächst - unter Außerachtlassung der zu berücksichtigenden Einzeltatbestände im Berechnungsschema - die entscheidenden drei Parameter:

- Wert des LBFW
- Summe der Bewertungsrelationen sowie
- Ausgleichs- und Berichtigungstatbestände

in den Blick zu nehmen.

Im Ergebnis mehrerer Verhandlungsgespräche, in denen die Angebote der Krankenkassen und Leistungserbringer ausgetauscht und bewertet wurden, konnten Anfang Februar die genannten drei Parameter vereinbart werden. Der Landesbasisfallwert wurde unter der Annahme bestimmt, dass die zu berücksichtigende Summe der Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte sowie Sicherstellungszuschläge null Euro beträgt. Nunmehr konnte zur Summe der Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte sowie Sicherstellungszuschläge eine Berichtigung festgelegt werden. Voraussetzung für die Berichtigung ist, dass die Summe der vereinbarten Zuschläge in den Krankenhäusern im Land Brandenburg für 2011 vom angenommenen Betrag abweicht. Zur Berichtigung ist gem. § 10 Abs. 1 Satz 5 KHEntG ein entsprechender Ausgleich durch die Vertragspartner durchzuführen.

In Berlin wurden Verhandlungen zum LBFW 2011 Ende 2010 begonnen. In der zweiten Verhandlungsrunde im Januar 2011 konnte im Hinblick auf die Berichtigungs- und Ausgleichstatbestände erreicht werden, dass die Krankenkassen ihre Forderungen nach einer Berichtigung für die Casemix-Punkte, für die Ausgabenentwicklung

Bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden sowie für die Vereinbarung von Spezialambulanzen nicht weiter verfolgen. Allerdings sehen sie weiterhin eine Berücksichtigung der Überlieger für erforderlich an.

Die Verhandlungen dauern derzeit noch an. Der VPK BB und auch der Vorstand der BKG sehen jedoch im Rahmen einer Schiedsstellenverhandlung die Möglichkeit, ein tragbares Ergebnis zu erzielen. In der Schiedsstelle werden auf Basis der gesetzgeberischen Vorgaben die Tatbestände einzeln argumentiert und bewertet.

Die Verhandlungsergebnisse zum Landesbasisfallwert für 2011 in Brandenburg und Berlin sehen wie folgt aus:

#### Brandenburg:

Im Land Brandenburg wurden die Verhandlungen Mitte November 2009 aufgenommen. Der Text der Vereinbarung konnte Anfang Februar mit folgendem Ergebnis geeint werden:

Jahr	Landesbasisfallwert	Summe der Bewertungsrelationen	Ausgleiche und Berichtigungen
2011	2.900,-	553.500	Finden Anwendung
2010	2.893,-	538.500	Kommen nicht zum Tragen!

Der Landesbasisfallwert Brandenburg wurde zum 01.03.2011 genehmigt und gilt bis zur Neuvereinbarung.

#### Berlin:

Im Land Berlin wurden die Verhandlungen Ende 2010 aufgenommen. Trotz konstruktiver Verhandlungsrunden lag ein Ergebnis zum Zeitpunkt der Erstellung des Geschäftsberichtes noch nicht vor.

### 2.3 BEGLEITUNG VON BUDGETVERHANDLUNGEN

Der VPK BB begleitet seine Mitglieder auf Wunsch in den Budget- und Entgeltverhandlungen gem. § 4 „Vereinbarung eines Erlösbudgets“ des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) in Berlin und Brandenburg. Der VPK BB hat in beiden Ländern einen Platz in der Schiedsstelle inne. Somit kann die Begleitung der Budgetverhandlungen, falls notwendig, bis zum Abschluss eines Schiedsstellenverfahrens fortgesetzt werden. Über die Begleitung hinaus ergeben sich Synergien im Sinne von Wissens- und Erfahrungsaustausch, die im Rahmen der Gremien des VPK BB den Mitgliedern zur Vorbereitung zur Verfügung gestellt werden. Der VPK BB wird auch zukünftig seine Mitglieder bei Fragestellungen dieser Art beraten und sie bei den Budgetverhandlungen sowie Schiedsstellenverfahren begleiten.

### 3.1 VERTRAGSVERHANDLUNGEN ZUR FORTFÜHRUNG DES BERLINER PROJEKTES

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Juli 1996 wurden Krankenhäuser und Krankenhäuser für chronisch Kranke in stationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt. Die Betreuung des besonderen Bewohnerklientels ging in diesen Einrichtungen über die normale Pflege hinaus und erforderte somit eine medizinische sowie ärztliche Betreuung. Das Berliner Projekt wurde im Jahr 1998 mit dem Ziel gegründet, die Bewohner rund um die Uhr ganzheitlich zu betreuen und die intensive Pflege von chronisch kranken, multimorbiden und psychisch kranken Menschen zu gewährleisten. Hierzu wurde den Einrichtungen mit angestellten Ärzten eine Institutsermächtigung erteilt, um die medizinische und ärztliche Versorgung sicherzustellen. Das Berliner Projekt vereint ärztliche, therapeutische und pflegerische Versorgung.

Zur vertraglichen Ausgestaltung wurde eine „Rahmenvereinbarung zur medizinischen Versorgung in den ehemaligen Krankenhäusern/Abteilungen für chronisch Kranke und Krankenhäuser, die zum 01.07.1996 in vollstationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt wurden“ geschlossen. Vertragspartner sind die Krankenkassenverbände, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV), die Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) und der VPK BB. Die Rahmenvereinbarung regelt die Rechte und Pflichten der Vertragspartner im Berliner Projekt. Für die Steuerung des Projektes ist ein Lenkungsausschuss festgelegt, bestehend aus den Vertragspartnern. Auf dieser Ebene ist der VPK BB als Vertreter seiner Mitgliedseinrichtungen in allen Themenbereichen des Berliner Projektes stimmberechtigt. Das Projekt war zum damaligen Zeitpunkt eine deutschlandweit einmalige Vereinbarung zur sektorenübergreifenden Versorgung.

Die Vertragslaufzeit des Berliner Projektes wurde aufgrund des Modellcharakters jeweils auf vier Jahre befristet. Die letzte Verlängerung der Rahmenvereinbarung und der Institutsermächtigungen erfolgte im Mai 2003 und galt bis zum 31.03.2010. Da sich die Verhandlungen für ein neues Vertragskonstrukt weiter hinziehen, wurden die Rahmenvereinbarung und die Institutsermächtigungen im Februar 2011 bis längstens zum 30.06.2011 von den Vertragsparteien verlängert. Bis dahin muss ein neues Vertragskonstrukt unter Berücksichtigung der in der Zwischenzeit entstandenen neuen gesetzlichen Grundlagen für Verträge außerhalb der Regelversorgung erarbeitet werden.

#### Verhandlungsverlauf

Seit Anfang 2009 verhandeln die Vertragspartner ein neues Vertragskonstrukt zum Berliner Projekt. Da der bestehende Rahmenvertrag des Berliner Projektes unter den jetzigen rechtlichen Rahmenbedingungen keine Grundlage für die Fortführung des Berliner Projektes darstellt, ist es Ziel, die bisher bewährte Vertragspartnerschaft mit ihrem organisatorischen Aufbau sowie den sich daraus ergebenden Rechten und Pflichten in einen, den aktuellen rechtlichen Gegebenheiten entsprechenden Vertrag zu

überführen. Es war vorgesehen, einen Kooperationsvertrag im Sinne eines Dachvertrages zu konsentieren, dem Unterverträge gemäß § 73c SGB V „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ sowie § 140 a. SGB V „Integrierte Versorgung“ zugeordnet werden sollten.

Bis zum Januar 2011 wurden in konstruktiven Arbeitssitzungen mit allen Beteiligten die Entwürfe des Vertragswerks gemeinsam bearbeitet. Weiterhin konnte die Verlängerung der bisherigen Rahmenvereinbarung bis zum 30.06.2011 gemeinsam auf den Weg gebracht werden, um die Versorgung in den Pflegeeinrichtungen mit Hinblick auf eine zügige Erarbeitung des neuen Vertragskonstruktes zu sichern. Zur Gewährleistung einer dauerhaften und auch rechtlich belastbaren Fortführung des Berliner Projektes haben die Verbände die Auflösung der dreiseitigen Vertragspartnerschaft im Sinne eines Gesamtvertragskonstruktes zugunsten einer Einzelvertragslösung aus Rechtsgründen akzeptiert.

Mit der Zustimmung zu einem Vertragskonstrukt bestehend aus einer Kooperationsvereinbarung und Verträgen gem. § 73c SGB V und gem. § 140a SGB V erfolgten weitgehende Zugeständnisse seitens VPK BB und BKG an die KV Berlin und die Krankenkassen.

Mit Blick auf die gemeinsame Fortführung des Berliner Projektes konnten bereits viele Vertragsinhalte konsentiert werden, die zum Ziel hatten, die durch die KV nachgeforderten Alleinstellungsmerkmale zu berücksichtigen. Hierzu zählen u. a.

- Aufgeben der bindenden Klammer eines Kooperationsvertrages für das Berliner Projekt zugunsten einer rechtlich unverbindlichen Kooperationsvereinbarung
- Reduzierung der Entscheidungs- und Mitwirkungsrechte des Lenkungsausschusses auf einen empfehlenden Charakter
- Einigung, nur einen Vertrag gemäß § 73c SGB V für angestellte wie auch für niedergelassene Kooperationsärzte zu vereinbaren
- Gestaltung des § 73c SGB V-Vertrages derart, dass die Belange der KV und der Kassen ohne Mitwirkungsbefugnis der Verbände geregelt werden können
- Regelung einer Übergangsvereinbarung für bisher im Berliner Projekt tätige Ärzte ohne Facharztausbildung
- Streichung der Fußnote zum Prozess der Ermächtigung von Pflegeeinrichtungen nach § 119b SGB V aus dem Vertragsentwurf zum Vertrag nach § 73c SGB V
- weitest gehende Konsentierung der Aufgaben für Ärzte und ermächtigte Einrichtungen
- Vergütungsstruktur

#### Teilnahme neuer Einrichtungen

Für die Teilnahme neuer Pflegeeinrichtungen bestand im Rahmen der bisherigen Verhandlungen grundsätzlich Einvernehmen darüber, dass auch neue Pflegeeinrichtungen bei Vorliegen der vertraglich definierten Voraussetzungen zur Erreichung der Ziele im Rahmen des Berliner Projektes teilnehmen können. Hierzu wurde bereits im Sommer 2010 einvernehmlich beraten, ein Verfahren zur Teilnahme weiterer Pflegeeinrichtungen mit Institutsermächtigungen vertraglich aufzunehmen. Das Verfahren wurde gemeinsam mit der KV erarbeitet. Die Aufnahme der Verfahrensbeschreibung in den Vertrag wurde nun von der KV mit der Begründung abgelehnt, dass eine genaue Darstellung in ihre Handlungsfreiheit eingreifen würde. Die KV äußert jedoch ihre Bereitschaft, den Verfahrensweg als Protokollnotiz oder separat auf einem Infoblatt darzustellen. Im Vertrag gemäß §140 SGB V wurde auf Drängen des VPK BB aufgenommen, dass sich neu teilnehmende Einrichtungen entweder vom VPK BB oder von der BKG als vertragsschließende Verbände vertreten lassen müssen. Somit bleibt den Trägerverbänden die Vertretungsverantwortung erhalten.

#### Aktueller Stand der Verhandlungen

Die KV hatte zwischendurch ihre Mitwirkung an den gemeinsamen Vertragsverhandlungen eingestellt. Sie wurde jedoch weiterhin zu den Lenkungsausschusssitzungen eingeladen und über die Ergebnisse informiert. Der VPK BB konnte die Blockadehaltung der KV aufgrund der bis dato kooperativen Zusammenarbeit aller Vertragspartner nicht nachvollziehen.

Bemühungen seitens der Verbände und Kassen, die Verhandlungen wieder aufzunehmen, waren erfolgreich. Der Willen aller Vertragspartner, das Berliner Projekt ab dem 01.07.2011 fortzuführen, wurde in einem Gespräch am 20.04.2011 auf Vorstandsebene der Kassen und der KV erneut bekräftigt.

Zurzeit bemühen sich die Vertragspartner um einen einvernehmlichen Abschluss einer neuen Vertragsgrundlage des Berliner Projektes. Zwei Punkte sind im Vertrag gemäß §73 c SGB V noch offen:

#### 1. Unterwerfung und Verantwortlichkeit eines ärztlichen Leiters unter alle Statuten der KV

Die vorgesehene Regelung im Vertragsentwurf verändert die bisherige Grundlage der im Berliner Projekt aufgrund einer Institutsermächtigung eigenverantwortlich tätigen Pflegeeinrichtungen mit angestellten Ärzten. In Anbetracht des umfassenden gesetzlichen Zugriffsrechts (insbesondere durch die Disziplinalgewalt) der KV Berlin auf ermächtigte Pflegeeinrichtungen ist eine vertragliche Regelung der Unterwerfung des Arztes abkömmlich. Durch die Unterwerfungsklausel wird arbeitsrechtlich höchst problematisch in die Organisations- und Personalhoheit der ermächtigten Pflegeeinrichtung eingegriffen. Der VPK BB hat der vorgetragenen Forderung der KV, einen ärztlichen Leiter als Ansprechpartner vor Ort zu benennen, bereits zugestimmt. Eine Unterwerfung des ärztlichen

Leiters ist in den gesetzlichen Regelungen (vgl. § 95 SGB V „Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung“, insbesondere Abs. 4) nicht vorgesehen. Die ermächtigte Einrichtung ist teilnehmender Vertragspartner im Vertrag gem. § 73c SGB V, nicht der angestellte Arzt. Insofern ist die ermächtigte Einrichtung für die Erfüllung der Vertragsinhalte des § 73c SGB V-Vertrages verantwortlich und nicht der angestellte Arzt. Demzufolge kann auch nur die ermächtigte Einrichtung in die Pflicht genommen werden. Es befinden sich zwei alternative Formulierungsvorschläge in Abstimmung, die beide aus Sicht des VPK BB tragbar sind.

#### 2. Prüfung des Eingangsdatums der Teilnahmeerklärung des Versicherten

Die KV Berlin hat zugesagt, die Möglichkeit der Teilnahme der Versicherten mit dem 1. Tag des Eingangs der schriftlichen Erklärung der Teilnahme bei dem jeweiligen Kostenträger im Hinblick auf abrechnungstechnische Möglichkeiten zu prüfen. Ein Prüfergebnis steht noch aus.

Der VPK BB hat transparent verhandelt und die Vertragsschwerpunkte vor Erörterung mit den Verhandlungspartnern mit den Mitgliedern abgestimmt. Aus Sicht des VPK BB scheint es realistisch, bis zum 01.07.2011 ein von den jeweiligen Vertragspartnern unterschriebenes Vertragskonstrukt vorzuweisen und damit ein Projekt, das 13 Jahre lang eine Positiv-Bilanz für alle Parteien bedeutete, fortführen zu können.

### 3.2 UMSETZUNG DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGERICHTLINIE IM STATIONÄREN PFLEGEBEREICH

Im Rahmen des GKV-Weiterentwicklungsgesetzes wurde der § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V „Häusliche Krankenpflege“ zum 01.04.2007 novelliert. Demnach haben Bewohner mit einem besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf Vergütung dieser Leistungen durch die Krankenkassen. Ziel der Novellierung ist es, den besonders schwer pflegebedürftigen Bewohnerkreis und dessen Angehörige von den enormen finanziellen Aufwendungen zu entlasten.

Entsprechend den gesetzlichen Änderungen wurde ebenfalls die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die „Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 und 7 SGB V „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ angepasst. Offen gelassen hat der Gesetzgeber jedoch, in welcher Höhe eine Vergütung zu zahlen ist. Ein Vertragsabschluss inklusive Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 2 SGB V „Versorgung mit häuslicher Krankenpflege“ würde hier nicht nur die Bewohner und Angehörigen, sondern auch die Sozialhilfeträger finanziell entlasten.

#### Verhandlungsverlauf

Der VPK BB als Vertreter spezialisierter Pflegeeinrichtungen steht seit September 2008 mit der

Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und den Krankenkassenverbänden (ARGE KK) in Berlin in Verhandlungen. Der Auftrag hierzu erging von zwölf Pflegeeinrichtungen per Mandatierung an den VPK BB. Ziel der Verhandlungen ist es, einen gültigen Vertrag für alle Leistungen gem. § 132a Abs. 2 SGB V und eine entsprechende Vergütung für die Leistungsbereiche Beatmung und Wachkoma zu einen, die für die Pflegeeinrichtungen tragbar sind und dem Gesetzeswillen entsprechen.

Die textliche Vertragsform gemäß § 132a Abs. 2 SGB V ist inzwischen verhandelt. Dieser Vertrag bildet die formalrechtliche Grundlage, Leistungen der Behandlungspflege mit besonderem Bedarf erbringen zu können. Als Basis diene insbesondere der Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI „Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung“. Dieser Rahmenvertrag bildet zurzeit in Berlin die Grundlage zur Leistungserbringung von Behandlungspflege mit besonders hohem Aufwand wie bspw. Beatmung und Wachkoma.

In einem zweiten Schritt werden derzeit die Vergütungen für die besondere Behandlungspflege bei Beatmung und Wachkoma verhandelt. Sie wurden parallel zu den Vertragsverhandlungen zunächst nur für den Beatmungsbereich aufgenommen. Als Grundlage zur Verhandlung der Vergütung von besonderen behandlungspflegerischen Leistungen dient ebenfalls der Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI, insbesondere Anlage C. Aktuell erhalten Bewohner, welche einer Behandlungspflege mit besonders hohem Aufwand bedürfen, den Pflegesatz für die Pflegestufe III zuzüglich eines Zuschlags für Beatmung oder Wachkoma. Den Zuschlag vereinbaren die Einrichtungen mit den Pflegekassen individuell. Dies geschieht auf Basis des genannten Rahmenvertrags gemäß § 75 SGB XI. Der Zuschlag deckt jedoch nicht die Kosten der besonderen Behandlungspflege, welche sich auf bis zu 6.400 Euro und mehr pro Bewohner und Monat belaufen. Diese Kosten müssen von den Bewohnern selbst bzw. deren Angehörigen getragen werden, was häufig in kurzer Zeit dazu führt, dass die Betroffenen/Angehörigen Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen.

#### **Aktueller Stand der Vergütungsverhandlungen**

Der VPK BB hatte die Verhandlung zunächst ruhend gestellt. Es fehlte die praktische Relevanz für einen Vertragsabschluss, da keinem Bewohner einer Pflegeeinrichtung der Bedarf einer aufwändigen Behandlungspflege attestiert wurde. Die Anträge auf Kostenübernahme wurden durch einen negativen Prüfbescheid des MDK abgelehnt und somit die Angehörigen und die Sozialkassen weiter belastet.

Im ambulanten Bereich werden hingegen die Kosten von der Krankenkasse bis zu 100% ohne Probleme übernommen.

Im November 2010 fand eine Beratung mit den VPK BB-Mitgliedern zur Wiederaufnahme der Verhandlungen statt. Auslöser hierfür war ein Gespräch des VPK BB mit Kassenvertretern im vierten Quartal 2010. Die Krankenkassen haben im Ergebnis u. a. das Vergütungsangebot, welches zu dem Zeitpunkt nur für den Beatmungs-

bereich galt, auch für den Wachkomabereich unterbreitet. In den Verhandlungen konnte der VPK BB erreichen, dass die Vergütungsangebote deutlich über den bundesdeutschen Abschlüssen liegen. In einer einzurichtenden Arbeitsgruppe mit Vertretern der Kostenträger, dem MDK und dem VPK BB soll zukünftig ein gemeinsamer Definitionsrahmen über den Bedarf an besonderer Behandlungspflege festgelegt werden. Des Weiteren konnte erreicht werden, dass eine automatische Kürzung um den Vergütungssatz gem. SGB V nach Abschluss eines Vertrages gem. § 132a SGB V für Einrichtungen, die eine Vergütung der Leistungen für Bewohner im Wachkoma- und Beatmungspflegebereich über Einzelvereinbarungen im SGB XI-Bereich erhalten, nicht erfolgt.

Die ARGE KK wurde telefonisch über das Sitzungsergebnis vom November 2010 mit den VPK BB-Mitgliedern informiert. Der Verband sieht einem Vertragsabschluss inklusive einer entsprechenden Vergütung in diesem Jahr positiv entgegen.

### 3.3 VERHANDLUNGEN ZU VERGÜTUNGSVERTRÄGEN NACH SGB XI

#### 3.3.1 Verhandlungen zu den Gruppenentgelten

Die Verhandlungen zu den Gruppenentgelten in der Arbeitsgemeinschaft § 75 SGB XI „Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung“ (AG § 75 SGB XI) werden zwischen den Vertretern der Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen sowie den Pflegekassen und den Sozialämtern geführt. Der VPK BB ist Mitglied in der AG und begleitet alle Verhandlungen in Absprache mit seinen Mitgliedern. Nach Abschluss der Verhandlungen entscheidet jede Einrichtung, ob sie das Gruppenentgelt akzeptiert und dem Vertrag beiträgt oder nicht. Alternativ können Einzelverhandlungen geführt werden.

#### **Verhandlungsverlauf**

Für die Verhandlungen zum Gruppenpflegeentgelttarif für die Jahre 2010/2011 wurden die Pflegeeinrichtungen von den Kostenträger erstmals aufgefordert, einen „Vergütungsantrag und Kostenblatt für Pflegeheime in Berlin“ auszufüllen - unabhängig davon, ob sie dem Gruppenentgelt beitreten oder Einzelverhandlungen führen. Der Einsatz des Kostenblattes wurde mit dem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 29.01.2009, Az: B 3 P 6/08 R begründet. Demnach muss der Antragsteller die Gestehungskosten plausibel darstellen. Bis zu dem Urteil war es den Kostenträgern gesetzlich untersagt, die einzelnen Gestehungskosten abzufragen, um Schlussfolgerungen zur Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen fällen zu können. Der VPK BB hatte sich mit den anderen Verbänden in der AG § 75 SGB XI deutlich gegen das detaillierte Kostenblatt ausgesprochen. Das Kostenblatt ist formalrechtlich nicht an das Verfahren zur Beantragung des Gruppenentgeltes geknüpft und die Schritte für einen möglichen Rechtsweg zur Klärung werden nicht verwehrt. Es ist bekannt, dass Kostenträger auch in anderen Bundesländern ein eigenes Kostenblatt zur Vereinbarung von Vergütungen erstellt und eingesetzt haben.

### Aktueller Stand der Verhandlungen

Das Gruppenentgelt in Berlin wird prospektiv für zwei Jahre vereinbart. Ende 2011 läuft der aktuelle Vereinbarungszeitraum aus. Demzufolge haben sich die Teilnehmer der AG § 75 SGB XI Anfang März 2011 auf einen groben Zeitplan für die Vergütungsvereinbarung ab 2012 verständigt. Bis Ende Juni werden die Kostenträger und die Verbände die Steigerungsfaktoren wie Sach- und Personalkosten zusammentragen. Hierbei sollen unter anderem die Anpassung der Personalschlüssel als auch besondere Tatbestände aufgrund der aktuellen Gesetzgebung (WBVG, WtG) und der angekündigten Pflege-reform berücksichtigt werden. Ebenfalls soll geprüft werden, welche Anpassungen aufgrund der gesetzlichen Regelungen in der Rahmenvereinbarung erfolgen müssen. Ab September 2011 werden die Verhandlungen zur Vergütungsfortschreibung ab 2012 erfolgen. Die nach § 85 Abs. 6 SGB XI „Pflegesatzverfahren“ vereinbarten Vergütungen für die Pflegeeinrichtungen bleiben jedoch so lange bestehen, bis eine neue Vergütungsvereinbarung zwischen Einrichtung und Kassen getroffen wird.

#### 3.3.2 Anpassung der Vereinbarung über die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung

Die Vereinbarungen über Zuschläge nach § 82a SGB XI „Ausbildungsvergütung“ werden zukünftig nicht mehr an die Vergütungsvereinbarungen gekoppelt. Mit dem Ziel, den Aufwand für Rückverrechnungen zu reduzieren und eine korrekte Abrechnung der Ausbildungsvergütung zu ermöglichen, hat der VPK BB gemeinsam mit den anderen Leistungserbringerverbänden und den Kostenträgern eine Ergänzungsvereinbarung zur Vergütungsvereinbarung erarbeitet. Der VPK BB hat sich als Mitglied der AG § 75 SGB V an der Entwicklung eines Formblattes für die Antragstellung sowie an dem Entwurf eines Anschreibens beteiligt. Die „Vereinbarung über die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung gemäß § 82a SGB XI“ wurde am 01.03.2011 in der AG § 75 SGB XI konsentiert und ist seitdem gültig.

Die Ausbildungsvergütung wird künftig prospektiv für ein Jahr vereinbart. Die Einrichtungen können einmal pro Jahr einen Antrag auf Refinanzierung der Ausbildungsvergütung stellen und müssen in dem Zusammenhang auch jährlich Nachweise über die Personalsituation der Auszubildenden erbringen. Bisher war die Ausbildungsvergütung an die Vergütungsvereinbarung der Pflegeeinrichtung gekoppelt. Die Kostenträger haben zugesagt, keine Rückforderung für Gewinne oder Verluste zu stellen. Es besteht die Möglichkeit, innerhalb des Vereinbarungsjahres einen Änderungsantrag auf Neuvereinbarung der Ausbildungsvergütung zu stellen, wenn innerhalb der Einrichtung erhebliche Veränderungen in der Ausbildungssituation auftreten. Weiter können die Pflegeeinrichtungen die Vergütung auch für die Ausbildungsstellen vereinbaren, die zum Zeitpunkt der Vergütungsvereinbarung noch nicht besetzt sind, die Besetzung aber in absehbarer Zeit erfolgen wird. Es konnte ebenfalls erreicht werden, dass der Ausbildungsbetrag nicht in der monatlichen Rechnung des Bewohners als extra Kostenposition aufgeführt werden muss. Die Mustervereinbarung wurde den Mitgliedern des VPK BB zur Verfügung gestellt.

#### 3.3.3 Reduzierung des Pflegesatzes bei Sondennahrung

Aufgrund gehäufter Anfragen von Pflegeeinrichtungen zur Abrechnung von Sondennahrung bei Abwesenheit des sondenernährten Bewohners hat die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (SenIAS) den Leistungserbringerverbänden im November 2010 einen Verfahrensvorschlag zur Lösung der Problematik zukommen lassen. Die SenIAS hatte eine einheitliche Regelung zur Abrechnung der Sondennahrung bei Abwesenheit vorgeschlagen. Hintergrund ist, dass bisher keine einheitliche Freihalteregelung für Sondennahrung in Berlin vertraglich vereinbart ist. Die allgemeine Regelung in den Vergütungsvereinbarungen der Berliner Pflegeeinrichtungen lautet, dass für Pflegebedürftige der Verpflegungssatz reduziert werden kann, wenn aufgrund der über SGB V finanzierten Sondenernährung keine sonstige Verpflegungsleistung mehr in Anspruch genommen werden kann. Der Träger der Pflegeeinrichtung hat dann die Möglichkeit, mit dem Pflegebedürftigen eine individuelle Entgeltminderung des Verpflegungsbetrages zu vereinbaren. Die Höhe der Kürzung des Verpflegungssatzes richtet sich individuell nach dem Einzelfall. Die Regelung der Freihalteentgelte auf Bundesebene gemäß SGB XI lautet, dass Freihalteentgelte 75 % der vertraglich vereinbarten Pflegevergütung, der Entgelte für die Unterkunft und die Verpflegung sowie ggf. der Zuschläge nach § 92 b SGB XI „Integrierte Versorgung“ umfassen sollen (vgl. § 87a Abs. 1 SGB XI „Berechnung und Zahlung der Heimentgelte“).

Die SenIAS hat vorgeschlagen, den jeweils niedriger kalkulierten Verpflegungssatz für sondenernährte Heimbewohner bei Abwesenheit mit 75 % in Rechnung zu stellen. Dem gegenüber stand der Vorschlag der Verbände, den reduzierten Verpflegungsanteil für sondenernährte Heimbewohner grundsätzlich bei Anwesenheit und bei Abwesenheit des Bewohners mit 75 % in Rechnung zu stellen. Dies sei genau der Anteil, den der Gesetzgeber als Mindesteinspargröße bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen angegeben hat. Damit würde auch im Falle der Abwesenheit ein einheitlicher Wert zur Abrechnung der Sondennahrung zugrunde gelegt. Dem vorgeschlagenen Verfahren hat die SenIAS mit der Begründung, dass die täglichen Zahlungsverpflichtungen für sondenernährte Heimbewohner dann höher ausfallen würden, als durch die individuelle, fallbezogene Kürzung des Verpflegungssatzes, nicht zugestimmt. Der VPK BB hat sich gemeinsam mit den anderen Verbänden des LIGA FA nach Diskussion der Problematik darauf verständigt, dem Verfahrensvorschlag der SenIAS nicht zuzustimmen. Eine einheitliche Regelung zur Abrechnung der Sondennahrung bei Abwesenheit konnte nicht erreicht werden. Grundsätzlich wird den Einrichtungen jedoch empfohlen, nicht nur den reduzierten Betrag für sondenernährte Bewohner bei Anwesenheit in den Vereinbarungen mit den Bewohnern schriftlich festzuhalten, sondern ebenfalls den Zusatz hinzuzufügen, dass an Abwesenheitstagen grundsätzlich der einrichtungsbezogene Freihaltesatz gilt.

#### 3.4 GESAMTVERSORGUNGSVERTRAG NACH § 72 SGB XI

Im Rahmen der AG § 75 SGB XI wird ein Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI „Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag“ entwickelt. Ziel des Gesamtversorgungsvertrages ist es, die Versorgung von Einrichtungen der stationären Pflege, der Kurzzeitpflege sowie der Tages- und/oder Nachtpflegeeinrichtungen in einem Vertragswerk zu regeln. Hintergrund ist die Ergänzung des § 72 Abs. 2 SGB XI im Zuge der Pflege-reform 2008, mit der der Gesetzgeber einen weiteren Beitrag zum Abbau der Bürokratie leisten will. Seit dem 01.07.2008 besteht für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen eines Pflegeeinrichtungs-trägers die Möglichkeit, einen einheitlichen Versorgungs-vertrag (Gesamtversorgungsvertrag) mit den Pflege-kassen zu schließen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Einrichtungen örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind. Jede Einrichtung bleibt dennoch selbständig wirtschaftend. Es besteht die Möglichkeit, Personal einrichtungsübergreifend einzusetzen, bspw. eine verantwortliche Pflegedienstleitung oder einen Qualitätsbeauftragten für zwei Bereiche zu benennen.

Der VPK BB hat gemeinsam mit weiteren Verbands-vertretern und mit den Kostenträgern den Vertragsentwurf weitestgehend konsentiert. Im Gesamtvertrag ist geregelt:

- in welcher Art und Weise die selbständig wirtschaften-den Einrichtungen bei der Leistungserbringung zusam-menarbeiten,
- wie die Abgrenzung des Personaleinsatzes vorzu-nehmen ist und
- wie die Einrichtungen die vertraglichen und gesetzlichen Anforderungen der Qualitätssicherung zu erfüllen haben.

Inhalte, die im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI geregelt sind, wurden nicht erneut als Regelungsstat-bestand im Gesamtversorgungsvertrag aufgenommen.

Der Gesamtversorgungsvertrag soll auch auf den ambulanten Bereich erweitert werden. Die hierfür zu berücksichtigenden Vertragsanpassungen sollen in einem zweiten Verhandlungsschritt abgestimmt werden. Wann der Gesamtversorgungsvertrag für alle Pflegebereiche (stationär, Kurz-, Tages- und ambulante Pflege) Anwendung finden wird, wurde noch nicht abschließend festge-legt.

#### 3.5 UMSETZUNG DES WOHNTEILHABE-GESETZES

Im Zuge der Förderalismusreform 2006 wurde der ordnungsrechtliche Teil des Heimgesetzes (Bund) auf die einzelnen Bundesländer übertragen. Die Länder waren somit beauftragt, eigene Heimgesetze zu erlassen. Die nötige Nachfolgeregelung auf Landesebene in Berlin ist mit dem „Gesetz zur Stärkung der Selbstbestimmung und der Teilhabe sowie zum Schutz von Menschen in gemein-schaftlich betreuten Wohnformen in Berlin“ (Wohnteil-

habegesetz (WTG)) erfolgt. Das WTG trat am 01.07.2010 in Kraft. Ziel des Wohnteilhabegesetzes ist es, ein Schutzgesetz für die Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen zu schaffen.

Der VPK BB hat gemeinsam mit den anderen Leistungs-erbringerverbänden noch vor Inkrafttreten des WTG gefordert, die Umsetzung und Finanzierung der Leistungen, welche sich aus dem WTG ergeben und nicht in der Rahmenvereinbarung gem. § 75 SGB XI in Berlin geregelt sind, im Rahmen der AG § 75 SGB XI zu klären. Problemfelder, wie die Finanzierung der Begleitperson, welche für die Wahrnehmung auswärtiger Termine der Bewohner oder der Teilnahme an Veranstaltungen vorgeschrieben wird, zeichneten sich bereits vor Inkrafttreten des WTG ab. Unklar waren in diesem Zusammenhang die Umsetzung des Leistungsumfangs und der damit verbundene finanzielle Aufwand, der sich aus der Anwendung des § 10 Abs. 1 Ziffern 3 und 4 des WTG „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ ergibt. Demnach hat der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen jedem Bewohner die Wahrnehmung wichtiger auswärtiger Termine, gegebenenfalls durch Bereitstellung einer Begleitperson zu ermöglichen. Ebenfalls hat der Träger regelmäßig über Veranstaltungen und Aktivitäten in der näheren Umgebung zu informieren und auch hier die Teilnahme zu ermöglichen (erforderlichenfalls durch Bereitstellung einer Begleitperson).

Die Leistungserbringerverbände der AG § 75 SGB XI hatten die Kostenträger um umgehende Abstimmung mit den Pflegekassen, dem MDK und der Heimaufsicht gebeten mit der Erwartung einer Bestätigung,

- dass im Rahmen der vereinbarten Leistungen des Rahmenvertrages SGB XI die Pflegeeinrichtung nicht verpflichtet ist, "erforderlichenfalls bei Wahrnehmung wichtiger auswärtiger Termine und bei der Teilnahme an Veranstaltungen und Aktivitäten" eine Begleitperson des mit den Pflegekassen vereinbarten vorzuhaltenden Pflegepersonals zur Verfügung zu stellen,
- dass die Pflegeeinrichtung berechtigt ist, bei der Bereitstellung einer Begleitperson diese als Zusatzleistung gesondert dem Bewohner bzw. dem Sozialhilfeträger in Rechnung zu stellen.

Die Kostenträger haben sich in der AG § 28 SGB XI „Leistungsarten, Grundsätze“ hierzu abgestimmt. Demnach sind die Pflegeeinrichtungen für den Leistungs-umfang, wie er im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI beschrieben ist, weiterhin verpflichtet. Bei der Wahrnehmung wichtiger Termine der Einrichtungsträger sind die Pflegeeinrichtungen zur Organisation einer Begleitung, aber nicht zwingend zur eigenen Durchführung verpflich-tet. Die Kostenträger entscheiden individuell, ob Sie die Kosten für diese Begleitung übernehmen bzw. sich daran finanziell beteiligen. Der VPK BB hat darauf hingewiesen, dass Konfliktpotenzial überwiegend dann entstehen könnte, wenn den Bewohnern keine eigenen Geldmittel zur Verfügung ständen, um an Veranstaltungen bzw. Aus-wärtigen Terminen teilnehmen zu können. Interessant wird es sein, wie die Heimaufsicht bei einer individuellen Prüfung den Sachverhalt beurteilen wird.

### 3.6 STELLUNGNAHME ZUM ENTWURF EINER PERSONALVERORDNUNG

Analog zur Ablösung des Heimgesetzes durch das Wohnteilhabegesetz müssen die bisher noch auf Bundesebene geltenden Verordnungen (Heimpersonalverordnung, Heimmindestbauverordnung sowie Heimmitwirkungsverordnung) von entsprechenden Landesrechtsverordnungen abgelöst werden.

Die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (SenIAS) hat im dritten Quartal 2010 einen Entwurf einer „Verordnung über Personalanforderungen an Leistungserbringer in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen“ erstellt (Stand: 20.09.2010). Dieser wird mit § 29 „Rechtsverordnungen“ des WtG begründet. Demnach ist vorgesehen, [...] bis 31. Dezember 2010 Regelungen über Anforderungen an die vom Leistungserbringer eingesetzten Personen, insbesondere über die ausreichende Zahl und die persönliche und fachliche Eignung der Leitung und der zur Leistungserbringung eingesetzten sonstigen Personen, über den Anteil an Fachkräften sowie über die Fort- und Weiterbildung [...] zu treffen.

Die wichtigsten Punkte des Entwurfes sind im Folgenden zusammengefasst:

1. Der Verordnungsentwurf erstreckt sich sowohl auf stationäre Einrichtungen als auch auf betreute Wohngemeinschaften.
2. Anders als bisher werden zum Schutz der betreuten Menschen die Ausschlussgründe für die persönliche Eignung auf alle Mitarbeiter in der Pflege ausgedehnt. In der Heimpersonalverordnung gilt dieser Passus nur für Leitungspersonal. Führungszeugnisse sollen sowohl bei Einstellung als dann auch im Abstand von jeweils zwei Jahren vorgelegt werden.
3. Der Verantwortungsbereich der Einrichtungsleitung soll erweitert werden. Statt bisher die Gewähr für eine sachgerechte Leitung zu übernehmen, soll sie zukünftig auch die Verantwortung für eine wirtschaftliche und gesetzesmäßige Betriebsführung übernehmen.
4. Leitungskräfte sollen mit der Verordnung die Möglichkeit erhalten, unter bestimmten Voraussetzungen auch für mehrere Häuser gleichzeitig verantwortlich sein zu können. Dies solle allerdings vorher von der zuständigen Behörde genehmigt werden.
5. Erstmals soll festgelegt werden, welche Aufgaben ausschließlich von Fachkräften durchgeführt werden sollen. Bei der Qualifikation der Fachkräfte wird erstmalig zwischen zwei- und dreijähriger Ausbildung differenziert.
6. Die vereinbarten Stellenschlüssel im Berliner Rahmenvertrag gem. § 75 SGB XI wurden in der Verordnung nicht angewendet. Es scheint, als wären die Fachkraftquoten „willkürlich“ festgelegt.

Die Umsetzung wird durch den VPK BB auf Landesebene begleitet. Fristgerecht hat sich der VPK BB nach Abstimmung mit den Mitgliedern insbesondere zu folgenden Punkten eingebracht:

- Persönliche Ausschlussgründe für Pflegepersonal
- Personalanforderungen und Personalbemessung in stationären Einrichtungen
- Fort- und Weiterbildung
- Aufnahme einer Übergangsregelung.

Nach Informationen der SenIAS war vorgesehen, dass die Heimpersonalverordnung auf Landesrecht ab dem 01.01.2011 in Kraft treten sollte. Die Arbeit an der Heimpersonalverordnung ist jedoch seitens der SenIAS noch nicht abgeschlossen. Ein genauer Zeitplan konnte nicht genannt werden. Bis zum Inkrafttreten der Landesrechtsverordnungen gelten die Verordnungen auf Bundesebene weiter.

### 3.7 PFLEGESTÜTZPUNKTE

Am 01.07.2008 ist auf Bundesebene das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) in Kraft getreten. Es ermöglicht unter anderem die Realisierung von Pflegestützpunkten. Ziel der Pflegestützpunkte soll sein, sämtliche Angebote in einer Stelle zu koordinieren, die die Versorgung und Betreuung für Pflegebedürftige und Angehörige betreffen. Ermöglicht werden soll dies durch Abstimmung und Vernetzung der regionalen Versorgungs- und Betreuungsangebote der verschiedenen Träger und Einrichtungen. So soll sichergestellt werden, dass allen Betroffenen möglichst das gesamte Angebot an Hilfeleistungen aufgezeigt und zur Verfügung gestellt werden kann. Die Trägerschaft für die Pflegestützpunkte übernehmen die Pflege- und Krankenkassen sowie die nach Landesrecht bestimmten Stellen für wohnortnahe Betreuung gemäß SGB XI und SGB XII.

#### Umsetzung in Berlin

Am 01.06.2009 trat der Landesrahmenvertrag gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI in Kraft. Dieser realisiert die 2008 beschlossene Verfügung der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (SenIAS), Pflegestützpunkte nach § 92c Absatz 1 SGB XI „Pflegestützpunkte“ für das Land Berlin einzurichten. Vertragspartner des Landesrahmenvertrages sind die Kranken- und Pflegekassenverbänden sowie die SenIAS. Ziel ist es, bis zum 31.12.2011 insgesamt 36 Pflegestützpunkte in Berlin einzurichten. Hierfür werden die bereits bestehenden zwölf Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ in Pflegestützpunkte umgewandelt.

Damit das gesamte Leistungs- und Informationsangebot der verschiedenen Träger in den Pflegestützpunkten den Ratsuchenden zur Verfügung gestellt wird, hat sich der VPK BB von Anfang an in die Diskussion und Umsetzung der Pflegestützpunkte eingebracht. Es ist unverkennbar, dass die Pflegestützpunkte zukünftig auch über die Belegung der Berliner Pflegeeinrichtungen entscheiden werden. Für den VPK BB ist ein Sitz im Fachbeirat der Pflegestützpunkte deshalb umso wichtiger. In Absprache mit den weiteren Trägerverbänden konnte sich der VPK

BB auf die Besetzungsliste des Fachbeirates einbringen.

#### Fachbeirat Pflegestützpunkte

Gemäß § 10 des Landesrahmenvertrages „Fachbeirat“ ist durch das Steuerungsgremium ein Fachbeirat für die Berliner Pflegestützpunkte einzuberufen. Die Arbeit des Fachbeirats ist im Sinne einer sachgerechten und umfassenden Beratung enorm wichtig. Die vorrangige Aufgabenstellung des Fachbeirates und deren Organisation sehen wie folgt aus:

- Unterstützung und Begleitung des Steuerungsgremiums der Pflegestützpunkte
- Überarbeitung von Empfehlungen, welche einstimmig beschlossen werden
- Integration der Kompetenz der Leistungserbringer in den Gestaltungsprozess

Der Fachbeirat setzt sich aus

- **3 Mitgliedern** der Pflege- und Krankenkassen,
- **3 Mitgliedern** des Landes Berlin und
- **6 Mitgliedern** der im Land Berlin zugelassenen und tätigen ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen zusammen.

Die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter werden unter Beachtung des Grundsatzes der Trägervielfalt von den Trägervereinigungen der Einrichtungen in Berlin benannt. Die Mitglieder der Pflege- und Krankenkassen sowie deren Stellvertreter werden von den Pflegekassen bestellt.

Zur Einberufung des Fachbeirats erging am 28.10.2009 eine schriftliche Aufforderung des Steuerungsgremiums der Berliner Pflegestützpunkte an die Wohlfahrts- und Berufsverbände. Eine endgültige Besetzung konnte bisher noch nicht abgestimmt werden, da mehr als die vorgesehenen sechs Vertreter von Pflegeeinrichtungen einen Platz im Steuerungsgremium beanspruchen. Eine Entscheidung zum Besetzungsverfahren wird voraussichtlich Ende Juni 2011 im Steuerungsgremium getroffen.

#### 3.8 BENENNUNG FÜR DIE SCHIEDSSTELLE PFLEGE

Dem VPK BB war es immer ein Anliegen, Pflegeeinrichtungen vollumfänglich zu vertreten. Nach langjährigen Gesprächen mit der Selbstverwaltungsebene, ist es dem Verband gelungen, mit Beginn der neuen vierjährigen Amtsperiode ab Februar 2011 als Vertreter in der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI des Landes Berlin benannt zu werden. Die Schiedsstelle legt auf Antrag einer Vertragspartei

- die Inhalte der Rahmenvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XI „Rahmenempfehlungen, Bundesempfehlungen und vereinbarungen über die pflegerische Versorgung“

- sowie die Höhe der Pflegevergütungen und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach den § 85 Abs. 5 SGB XI „Pflegesatzverfahren“, § 87 Satz 3 SGB XI „Unterkunft und Verpflegung“ und § 89 Abs. 3 Satz 2 SGB XI „Grundsätze für die Vergütungsregelung“

fest, wenn eine Einigung innerhalb einer bestimmten Frist nicht zustande kommt. Darüber hinaus entscheidet die Schiedsstelle unter Ausschluss des Rechtsweges

- bei Meinungsverschiedenheiten über die ordnungsgemäße Bemessung und Höhe des von den Pflegeeinrichtungen zu zahlenden Anteils an einer Ausbildungsumlage gem. § 82a Abs. 4 Satz 3 SGB XI „Ausbildungsvergütung“
- sowie über Kürzungen einer Pflegevergütung für die Dauer einer Pflichtverletzung gem. § 115 Abs. 3 Satz 3 SGB XI „Ergebnisse von Qualitätsprüfungen“<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Vgl. Pflegeversicherungs-Schiedsstellen-Verordnung des Landes Berlin (PflegeV SchVO) mit Stand vom 12.02.2010

### 4.1 ARBEITSGEMEINSCHAFT MEDIZINISCHE REHABILITATION BRANDENBURG E. V.

Die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation Brandenburg e.V. (ARGE MedReha Brandenburg) ist ein bisher einmaliger trägerübergreifender Zusammenschluss von stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene. Sie gründete sich auf Initiative des VPK BB am 05.08.2009 aus acht seiner Mitglieder mit der Absicht, eine landesweite Selbstverwaltungsebene für den Bereich der medizinischen Rehabilitation zu schaffen.

Ziel dieser errichteten Selbstverwaltungsebene soll die gemeinsame Festlegung von beispielsweise einheitlichen Regelungen zu Leistungsbeschreibungen und deren Vergütung sowie Qualitätsanforderungen sein. Obgleich das Sozialgesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - in diesem Jahr 10 Jahre alt wird, ist der Gesetzgeber noch weit davon entfernt, mit diesem Regelwerk eine einheitliche Praxis durch Koordination, Kooperation und Konvergenz insbesondere im Leistungsbereich der medizinischen Rehabilitation zu schaffen. Ein Grund dafür ist, dass es bisher keine Möglichkeit gibt, im Rahmen einer Selbstverwaltungsebene gemeinsame Grundsätze und allgemeine vertragliche Regelungen zum Leistungsrecht zu vereinbaren.

Die ARGE MedReha Brandenburg erhält ihre Legitimation durch § 19 Absatz 6 SGB IX. Darin heißt es: „Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung sollen Arbeitsgemeinschaften bilden.“ Somit ist die ARGE MedReha Brandenburg ein formaler Vertragspartner für alle Trägerformen auf der Selbstverwaltungsebene. Sie ist ebenfalls für den VPK BB eine sinnvolle Ergänzung zu den primären Aufgaben des Verbandes für privatrechtliche Unternehmen. Aufgrund dieses Ergänzungsgedankens ist die Geschäftsführung/Geschäftsstelle des VPK BB und der ARGE MedReha Brandenburg identisch. Einer der Arbeitsschwerpunkte der ARGE MedReha Brandenburg ist es, Kooperationen mit den Kostenträgern der Rehabilitation und deren Arbeitsgemeinschaften zu schaffen und Rahmenverträge zu vereinbaren.

Nach ihrer Auftaktveranstaltung am 22.04.2010 hat die ARGE MedReha Brandenburg in mehreren Arbeitsgruppensitzungen Schwerpunktthemen für die ersten konkreten Gespräche mit den Kostenträgern abgestimmt. Herausgearbeitet wurden folgende Themen:

- „Arzneimittelkosten bei interkurrenten und mitgebrachten Erkrankungen“ Hier ist die derzeitige Ausgangslage, dass die Krankenkassen die Kosten der Arzneimittelversorgung für interkurrente, das sind während einer Rehabilitationsmaßnahme auftretende, sofort zu behandelnde Zwischenerkrankungen, grundsätzlich nicht übernehmen. Die Träger der Deutschen Rentenversicherung (DRV) erstatten in Einzelfällen die Kosten für besonders teure Medikamente. Diese Erstattungsregelungen wurden innerhalb der verschiedenen DRV-Träger zum 01.01.2009 vereinheitlicht, mit dem Ergebnis, dass die den Betrag von 500 EURO übersteigenden Bezugskosten für besonders teure Medikamente auf Antrag und nach Prüfung der Voraussetzungen von der DRV übernommen werden.

In den Gesprächen mit den Kostenträgern sollten zu diesem Thema drei Bereiche angesprochen werden:

1. Sogenannte „Bagatell-Erkrankungen“ sollten, wie in häuslicher Umgebung auch, anhand ambulanter Versorgungsleistungen betreut werden. Hier wären verschiedene Vorgehensmöglichkeiten denkbar, z. B. die Inrechnungstellung der zur Verfügung gestellten Medikamente durch die Rehabilitationseinrichtung und/oder den ambulanten Arztbesuch vor Ort.

2. Die generelle Kostenübernahme durch den jeweiligen Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme wäre bei der Arzneimittelversorgung von Begleiterkrankungen ab einem zu vereinbarenden Kostensatz sachgerecht, denn die Behandlung/Versorgung der Begleiterkrankungen wird durch die vereinbarte Vergütung nicht abgebildet. Aufgrund einer stetig steigenden Zahl der Rehabilitanden mit vier und mehr Nebendiagnosen sowie einer sich wandelnden Altersstruktur und einer damit vermehrt einhergehenden Multimorbidität der Patienten ist dringender Handlungsbedarf gegeben, um die Einrichtungen vor diesen zusätzlichen Ausgaben zu schützen.

3. Für nachweisbare Härtefälle innerhalb des versorgenden Leistungsbereichs, z. B. onkologische Patienten, sollte eine Regelung zur Kostenübernahme für die in der Regel sehr teuren Medikamente gefunden werden, denn in diesen Fällen übersteigen die Kosten die vereinbarte Vergütung innerhalb des Leistungsbereiches um ein Vielfaches.

- „Schaffung von Transparenz über die Qualität der Versorgung“ Hierbei soll anhand eines Katalogs, der die Qualität der rehabilitativen Versorgung im Land aufzeigt, eine Art einheitlicher Rahmenvertrag mit den Kostenträgern auf Landesebene zu qualitativen Bedingungen geschlossen werden.

Erste Gespräche konnten noch im Jahr 2010 mit dem Verband der Ersatzkassen (vdEK) und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Berlin-Brandenburg geführt werden. Beide Beratungen verliefen überaus konstruktiv und sehr erfreulich. Zu den genannten Themen konnten folgende Vereinbarungen getroffen werden:

- Für den Bereich der „Interkurrenten Erkrankungen“ bzw. der Arzneimittelversorgung chronischer Erkrankungen konnte erreicht werden, dass die Patienten in den jeweiligen Informationsmedien der Kostenträger vor Antritt ihrer Rehabilitationsmaßnahme darauf hingewiesen werden, für den Rehabilitationsaufenthalt Medikamente zur Versorgung ihrer chronischen Erkrankung selbst mitzubringen. Die Verordnung der Medikamente erfolgt durch die betreuenden Haus- und Fachärzte.

- Zum Thema „Schaffung von Transparenz über die Qualität der Versorgung“ wurde deutlich, dass beide Kostenträger Initiativen zur Darstellung der landeseigenen Qualität und den hierzu vorgehaltenen Personalressourcen begrüßen und unterstützen würden. Des Weiteren wurden künftige Gespräche in regelmäßigen Abständen vereinbart und Themen für weitere Kooperationen und Workshops in den Blick genommen.

Die Vereinbarungen zur Kooperation sind erste wichtige Schritte einer guten Zusammenarbeit. Sie ebnen den Weg für weitere Gespräche zum Erhalt qualitätsgesicherter, wirksamer und wirtschaftlicher Rehabilitationsleistungen.

Im Jahr 2011 wird die ARGE MedReha Brandenburg weiterführende Gespräche vorbereiten und versuchen, weitere Krankenkassen für gemeinsame Themen zu gewinnen.

### 4.2 ONLINEPORTAL REHA-ATLAS

In der Region Berlin-Brandenburg besteht ein hervorragendes Leistungsangebot im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Zur Darstellung und überregionalen Bekanntmachung des vielfältigen Leistungsspektrums der Rehabilitationseinrichtungen hatte der VPK BB seinerzeit die Schaffung einer Internetplattform mit dem Namen Reha-Atlas über den Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ initiiert. Das Netzwerk Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg/HealthCapital hatte in diesem Rahmen im Jahr 2009 eine Informationsbroschüre mit dem Titel „Rehabilitation in Berlin und Brandenburg - Atlas zur medizinischen Rehabilitation“ herausgegeben und diese Version neben der Printversion ins Internet gestellt. Nach erfolgreichem Start und sehr positiver Resonanz bei den Nutzern haben das Netzwerk Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg/HealthCapital, die Initiative Gesundheitswirtschaft Brandenburg e.V. und der VPK BB sich zusammengetan und beschlossen, den Internetauftritt gemeinsam zu aktualisieren, interaktiv zu gestalten und individueller an die Bedarfe der Nutzer anzupassen. Auf dieser Basis wird durch das Netzwerk Gesundheitswirtschaft auch die Printfassung des Atlas aktualisiert.

Das Onlineportal wird einen umfassenden Überblick über die ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg und deren Leistungsangebote geben. So können sich Ärzte, potenzielle Patienten, Kostenträger und alle anderen interessierten Anwender zukünftig einfacher und gezielter über die Leistungen ihrer Einrichtung informieren. Eine Suchfunktion, sowohl in Umgangssprache, als auch in Fachsprache soll Interessierten mit wenigen Klicks die für ihre Beschwerden und ihre individuellen Wünsche passenden Einrichtungen in der Region aufzeigen.

Ein weiteres Alleinstellungsmerkmal im Zusammenhang mit dem Onlineportal wird ein standardisierter Qualitätsbericht über Struktur- und Leistungsmerkmale der Kliniken sein. Die Inhalte dieses Qualitätsberichtes wurden mit Hilfe

von Praktikern und Kostenträgern zusammen erarbeitet und greifen auf verschiedene Zertifizierungsverfahren und Forderungskataloge der Kostenträger zurück. Die Darstellung der Rehabilitationseinrichtung mit einem Qualitätsbericht wird, ebenso wie die Teilnahme am Reha-Atlas, freiwillig sein und auf der Homepage des VPK BB, die mit dem Onlineportal verlinkt ist, realisiert.

Der VPK BB, der die Realisierung dieses Projektes stets vorangetrieben hat, finanziert das Projekt neben der Initiative Gesundheitswirtschaft Brandenburg e.V. und HealthCapital zu einem Drittel, koordiniert die Umsetzung und wird die Stammdatenpflege des Onlineportals übernehmen.

### 4.3 ERRICHTUNG VON SCHIEDSSTELLEN IN DER REHABILITATION

Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung eines „Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzes und weiterer Gesetze“ (Krankenhaushygiene-gesetz), welches voraussichtlich bereits am 01.07.2011 in Kraft treten wird, sollen neben einer vorgesehenen Verbesserung der flächendeckenden Umsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen auch Landesschiedsstellen für Vertragsverhandlungen zwischen Rehabilitationskliniken und Krankenkassen eingeführt werden (vgl. auch Kapitel 1.1.3 Krankenhaushygiene-gesetz).

Damit soll ein von den Rehabilitationseinrichtungen seit Langem gefordertes und in allen anderen Bereichen des Gesundheitswesens gesetzlich verankertes Instrument zur Konfliktlösung bei Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen errichtet werden.

Dringenden Handlungsbedarf hierfür gibt es, denn in den letzten Jahren ist es für die Rehabilitationseinrichtungen immer schwerer geworden, wirksame, wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Leistungen für ihre Patienten zu erbringen. Der Druck der Kostenträger, allen voran jener der gesetzlichen Krankenkassen, zwingt die Einrichtungen zu Abschlüssen von Vergütungsvereinbarungen, die die Erbringung qualitätsgesicherter Leistungen stets problematischer werden lassen - vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung der medizinischen Rehabilitation eine gefährliche Entwicklung. Eine Analyse der Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA) im Rahmen des „Gutachtens zur aktuellen und perspektivischen Situation der stationären Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation, Neuauflage 2010“ offenbart ein ernstzunehmendes Finanzierungsdefizit: Die Schere zwischen den in den letzten Jahren realisierten Vergütungssatzsteigerungen und den tatsächlich eingetretenen Kostensteigerungen klafft immer weiter auseinander.

Der VPK BB hatte sich bereits nach dem Regierungswechsel auf Bundesebene im Jahr 2009 beim Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) konkret für die Forderung einer Schiedsstelle eingesetzt und an der Ausarbeitung des entsprechenden

Positionspapiers intensiv mitgewirkt. Die Forderung wurde gemeinsam mit anderen konkreten Gesetzesvorschlägen in einem Positionspapier des BDPK zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation den entsprechenden politischen Entscheidungsträgern übermittelt. Unser Anliegen war es, den § 111 SGB V „Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ um die Aufnahme einer Schiedsstellenregelung zu erweitern und damit die Grundlagen für einen fairen und qualitätsorientierten Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Reha-Kliniken zu schaffen. Im Sinne verbindlicher Regelungen, die eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung beinhalten, forderte der VPK BB, eine Formulierung zur Einführung einer Schiedsstelle auf Landesebene im Bereich der medizinischen Rehabilitation analog der Schiedsstellenregelungen im Krankenhausbereich. Diese soll bei streitigen Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen angerufen werden. Damit würde die praktische Umsetzung der oben genannten Grundsätze der leistungsgerechten und angemessenen Vergütung im Sinne eines fairen Preiswettbewerbs in die Wege geleitet werden. Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle soll die zuständige Landesbehörde führen. Damit würde den Ländern ein stärkeres Aufsichtsrecht im Bereich der medizinischen Rehabilitation zugewiesen.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung ist für diesen Bereich als ein großer Schritt zu werten, denn die geplante Errichtung von Landesschiedsstellen für Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationskliniken über einen neuen § 111b SGB V macht deutlich, dass der Handlungsbedarf von politischer Seite erkannt wurde. Der VPK BB wird im weiteren Verlauf die Errichtung der Schiedsstellen auf Landesebene aktiv im Sinne seiner Mitglieder begleiten.

### 4.4 TRANSPARENZOFFENSIVE ZUR REHABILITATION IN BERLIN UND BRANDENBURG

Um die Themen des VPK BB und der ARGE MedReha Brandenburg bei politischen Entscheidungsträgern und Kostenträgern besser darlegen zu können, ist einer der Schwerpunkte, themenbezogene Argumentationen im Bereich der medizinischen Rehabilitation mit entsprechenden Daten zu belegen. Mit der Vorbereitung von Argumentationen für Gespräche und dem Aufbau einer entsprechenden Datenlage, ist es uns gelungen, den Blick und das Interesse der Gesprächspartner auf unsere Themen zu richten.

Eine dieser transparenzschaffenden Datenlagen ist die Ermittlung der Rehabilitandenzahlen, die ihren Wohnsitz zwar in Berlin und Brandenburg haben, ihre Rehabilitationsmaßnahme aber in Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern wahrnehmen. Der VPK BB konnte im Rahmen einer Abfrage beim Statistischen Amt Mecklenburg-Vorpommern die schon seit Jahren bestehende Vermutung verifizieren, dass die Zahl dieser Rehabilitanden zum einen sehr hoch ist und zum anderen jährlich weiter ansteigt.

Konkret waren das

- im Jahr 2006 = 30.463 Patienten
- im Jahr 2007 = 34.005 Patienten und
- im Jahr 2008 = 36.300 Patienten.

Diese so genannten Abwanderungen verteilen sich nahezu auf alle Fachbereiche, die auch in Berlin und Brandenburg angeboten werden. Die prozentual höchsten Verluste sind in den Fachbereichen Neurologie, Pneumologie, Kardiologie, Orthopädie und Psychiatrie/Psychotherapie zu verzeichnen. Der VPK BB/die ARGE MedReha Brandenburg haben die Daten graphisch aufbereitet und seinen Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Des Weiteren wurde das Datenmaterial dem Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz in Brandenburg (MUGV) zugeleitet und in die Gespräche mit den Kostenträgern integriert.

Eine weitere Auswertung und Gegenüberstellung statistischer Daten widmet sich dem Vergleich der in stationären Rehabilitationseinrichtungen hauptamtlich tätigen Ärzte, als eines der Strukturmerkmale in der externen Qualitätssicherung. Die Auswertung ergab, dass in der nahezu doppelten Anzahl von stationären Rehabilitationseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern kaum mehr hauptamtliche Ärzte beschäftigt sind. Dies bestätigt die Vermutung, dass sich niedrigere Vergütungssätze der Rehabilitationseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern auf die Qualität der Leistungserbringung auswirken müssten. Darüber hinaus scheint sich das auch auf das Zeitkontingent der ärztlichen Betreuung/Versorgung auszuwirken. So hatte ein hauptamtlicher Arzt einer stationären Rehabilitationseinrichtung in Mecklenburg-Vorpommern bei einer täglichen Arbeitszeit von acht Stunden und 220 Arbeitstagen im Jahr am Tag 114 belegte Betten zu betreuen, ein Arzt einer stationären Rehabilitationseinrichtung im Land Brandenburg unter gleichen Voraussetzungen hingegen 77 belegte Betten. Die Ergebnisse weiterer Auswertungen mit anderen Parametern der Landesstatistiken für die Personalbelastungsvergleiche, z. B. dem des medizinisch-therapeutischen Personals sind ähnlich gravierend.

### 4.5 BASISVERTRAG DRV-BUND

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) hatte im August 2009 den Reha-Spitzenverbänden den Entwurf eines „Basisvertrages der Deutschen Rentenversicherung zur Ausführung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation“ vorgelegt und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Mit der Erarbeitung eines Basisvertrages verfolgte die DRV Bund, als maßgeblicher Rehabilitationsträger das Ziel der Schaffung bundesweit einheitlicher Verträge zwischen Rentenversicherungsträgern und Rehabilitationseinrichtungen. Sie sollten das Ende der bisher gelebten Praxis unterschiedlicher Vertragsinhalte von 16 rechtlich selbständigen Versicherungsträgern einläuten. Die rechtliche Grundlage für Verträge dieser Art bildet § 21 SGB IX „Verträge mit Leistungserbringern“. Diese Norm benennt die Vorgaben, welche Regelungen in den Verträgen über die Ausführung von Leistungen durch Rehabilitations-

dienste und -einrichtungen, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, enthalten sein müssen. Die Verträge sollen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden.

Das Ziel der DRV Bund, eine einheitliche Vertragsgrundlage auf der Basis von § 21 SGB IX zu schaffen, ist nach wie vor zu begrüßen, erfüllte mit dem vorgelegten Entwurf des Basisvertrages aber nicht dessen rechtliche Vorgaben. Aus Rehabilitationseinrichtungssicht handelte es sich vielmehr um ein Diktat der Pflichten für die Rehabilitationseinrichtungen.

Der Vorlage des Basisvertragsentwurfs folgte ein langes Verfahren, in dem die Reha-Spitzenverbände innerhalb der AG MedReha Bund bemüht waren, eine akzeptable und rechtskonforme Fassung des Basisvertrages mit der DRV Bund zu konsentieren. Der VPK BB hat hierzu in vielen Gremiensitzungen des BDPK aktiv mitgewirkt.

Letztendlich scheint die frühzeitige Einbindung der Reha-Spitzenverbände im August 2009 für die DRV Bund aber nur eine Formalie gewesen zu sein, ohne die Absicht eines konstruktiven Dialogs. Wenig zufriedenstellendes Ergebnis des gesamten Verfahrens ist, dass die DRV Bund trotz zahlreicher Gespräche und Schreiben der AG MedReha Bund den Basisvertrag ohne weitere Einbindung der Verbände verabschiedet hat. Rechtlich fragwürdige Regelungen, wie

- die Verpflichtung der Rehabilitationseinrichtungen zur Offenlegung ihrer Vergütungssätze anderer Kostenträger,
- die Untersagung bestimmter zusätzlicher Leistungen und
- der Zustimmungsvorbehalt des Rentenversicherungsträgers hinsichtlich der Weitergabe von Daten zu Forschungs- und Evaluationszwecken

sind weiterhin Bestandteile des Basisvertrages. Eine Bewertung hierzu von Herrn Prof. Dr. Thorsten Kingreen von der Universität Regensburg, die im Rahmen einer rechtlichen Begutachtung des Basisvertrages abgegeben wurde, hatte die Rentenversicherung nicht akzeptiert. Herr Prof. Dr. Kingreen kam in seinem Gutachten mit dem Titel „Die Verträge zur Ausführung von medizinischen Rehabilitationsleistungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung“ zu dem Schluss, dass die Rentenversicherung verpflichtet ist, mit den Leistungserbringern über die Verträge zu verhandeln und keine einseitigen Festlegungen treffen darf. Zudem würden die genannten Regelungen gegen Grundrechte verstoßen und damit nichtig sein.

Die AG MedReha Bund hat bereits angekündigt, eine juristische Überprüfung des Basisvertrages vornehmen zu lassen. Der weitere Verlauf bleibt abzuwarten. Immerhin lässt eine schriftliche Äußerung der DRV Bund zu dem Thema konkrete Verhandlungen über tatsächliche Vertragsinhalte zwischen Rehabilitationseinrichtung und Rentenversicherungsträger möglich erscheinen.

Auf der Grundlage der rechtlichen Bedenken zu den genannten Punkten des Basisvertrages hat der VPK BB seinen Mitgliedern stets empfohlen, im Falle der Übermittlung eines derartigen Vertrages, diesen - vorbehaltlich der zu klärenden Punkte - nicht zu unterzeichnen. Bestehende Vertragsbeziehungen behalten ihre Gültigkeit.

Der VPK BB ist gemäß seiner Satzung kein Arbeitgeberverband, sondern übernimmt nur auf Wunsch und durch Einzelmandatierung die Begleitung von Tarifverhandlungen. Somit ist ausgeschlossen, dass die Mitglieder bei Abschluss von Tarifverhandlungen sich einer Tarifgemeinschaft zwingend beugen müssen. Der VPK BB ist auch Mitglied im Unternehmerverband und im Fachausschuss „Tarif- und Personalfragen“ des BDPK, so dass ein bundesweiter Austausch über Tarifverhandlungen gewährleistet ist.

6.1 INTERNE GREMIEN DES VPK BB

Die Organe des Verbandes sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand.

Oberstes Organ des Verbandes ist die Mitgliederversammlung.

- Die Mitgliederversammlung wählt den Vorstand.
- Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte des Verbandes und erteilt der Geschäftsführung entsprechende Handlungsbefugnis.
- Die Geschäftsstelle wird durch die Geschäftsführung geleitet.
- Die Arbeit des Vorstandes wird durch Arbeitsgruppen unterstützt.

Die internen Gremien des Verbandes als Organigramm:



### 6.2 EXTERNE GREMIEN DES VPK BB

#### 6.2.1 Offizielle Gremien auf Bundesebene

##### Externe Gremien auf Bundesebene

##### Benannte Mitglieder des VPK BB

#### Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

- Kommission Leistungsentgelte
- Kommission Qualitätssicherung

Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
 Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010

#### Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)

- Mitgliederrat

Mario Krabbe (Vorstandsvorsitzender VPK BB)  
 Stellv.: Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
 Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011

#### Fachausschüsse BDPK

- Krankenhäuser

Mario Krabbe (Schlosspark-/Park-Klinik)  
 Dr. Thomas Leucht (Havelklinik)  
 Dr. Jens Schick  
 (Sana Kliniken Berlin-Brandenburg)  
 Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.05.2011

- Rehabilitation und Pflege

Wilfried Frank (Sana Kliniken Sommerfeld)  
 Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.05.2011  
 Günter Janz (AHG Klinik Wolletzsee)  
 Dr. Ilona Nowak (Medical Park AG, Berlin)  
 Ilona Michels (AHG Kliniken) ab 01.05.2011

- Tarif- und Personalfragen

Dr. Winfried Ludwig (Recura Kliniken Beelitz)  
 Wilfried Wagner (Schlosspark-Klinik)  
 Birgit Rossak (Klinikum Frankfurt/Oder)

- Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche Mutter/Vater und Kind

Petra Bierwirth  
 Kindernachsorgeklinik (Berlin-Brandenburg)  
 Thomas Eisenla  
 (AHG Klinik für Kinder/Jugendliche Beelitz)

#### Facharbeitsgruppen BDPK

- Arbeitszeitrichtlinie

Dr. Jens Schick  
 (Sana Kliniken Berlin-Brandenburg)

- Belegärztliche Versorgung

Dr. Thomas Leucht (Havelklinik)  
 Sylvia Markl (Klinik HYGIEA)  
 Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
 Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011

- DRG-Experten

Hans-Helmut Eder (Schlosspark-Klinik)  
 Dr. Thomas Leucht (Havelklinik)  
 Mario Krabbe (Schlosspark-/Park-Klinik)  
 Sylvia Markl (Klinik HYGIEA)

- Elektronische Gesundheitskarte

Martin Hascher  
 (MediClin Reha-Zentrum Spreewald)

- Factbook Reha

Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
 Linda Feßler (VPK BB) ab 01.06.2011

Externe Gremien auf Bundesebene

Benannte Mitglieder des VPK BB

Facharbeitsgruppen BDPK

● Geriatrie	Dr. Willi J. Hermanns (Vitanas) bis 31.12.2010 Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010 Dr. Rainer Neubart (Sana Klinikum Lichtenberg)
● GOÄ Reform	Dr. Bernd Köppl (Sana Kliniken Berlin-Brandenburg)
● Kinder und Jugendliche	Petra Bierwirth (Kindernachsorgeklinik Berlin-Brandenburg) Thomas Eisenla (AHG Klinik für Kinder/Jugendliche Beelitz)
● Kooperationsmöglichkeiten KH/Vertragsarzt	Torsten Jens Adrian (Sana Kliniken Berlin-Brandenburg) Dr. Thomas Leucht (Havelklinik) Manja Radke (Schlosspark-Klinik) Carolin Spöri (Schlosspark-Klinik)
● Medikamentenkosten	Thomas Eisenla (AHG Klinik für Kinder/Jugendliche Beelitz) Dr. Olaf Lück (Kliniken Beelitz)
● Neurologische Frührehabilitation	Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010 Silvia Özkaraman (Kliniken Beelitz) Dr. Sven Reisner (Asklepios Fachklinikum Teupitz) Dr. Jens Schick (Sana Kliniken Berlin-Brandenburg)
● Öffentlichkeitsarbeit	Mandy Wolf (Asklepios Klinik Birkenwerder)
● Ordnungspolitischer Rahmen	Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010 Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
● Pflege	Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010 Fenja Tholen (Fugger-Klinik) Isabell Halletz (VPK BB) ab 01.06.2011
● Psychiatrie/Psychosomatik	Dr. Ulrich Niedermeyer (Klinikum Frankfurt/Oder) Dr. Sven Reisner (Asklepios Fachklinikum Teupitz)
● QS Reha/Geriatrie	Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010 Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
● Qualitätsindikatoren	Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010 Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011

Externe Gremien auf Bundesebene

Benannte Mitglieder des VPK BB

**Facharbeitsgruppen BDPK**

- Reha-Klassifikationssystem  
Wilfried Frank (Sana Reha-Klinik Sommerfeld)  
Dr. Olaf Lück (Kliniken Beelitz)  
Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
Dietrich Pertschy (Recura Kliniken Beelitz)  
Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
- Strukturanforderungen der DRV  
Johannes Keßler (Kliniken Beelitz)  
Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
Dr. Ilona Nowak (Medical Park, Berlin)  
Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
- Transparente Vergütung  
Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
- Überleitungskonzepte  
Claudia Amelow (AHG Klinik Wolletzsee)  
Dr. Martina Felsch (Klinikum Frankfurt/Oder)  
Christian Genzel (Sana Klinikum Lichtenberg)  
Anne Kathrin Höchel (Kliniken Beelitz)  
Annett Ihle (Kliniken Beelitz)  
Christin Walsh (AHG Klinik Wolletzsee)

### 6.2.2 Offizielle Gremien in Berlin

#### Externe Gremien in Berlin

#### Benannte Mitglieder des VPK BB

#### Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG)

- Vorstand Berliner Krankenhausgesellschaft
  - Mario Krabbe (Vorstandsvorsitzender VPK BB)
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011

#### Ausschüsse/Schiedsstellen BKG

- Ausschuss Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
- Krankenhausplanung
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
- Kommission Verträge gem. §§ 112,115 SGB V für Krankenhausbehandlung
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
- Pflegesatzausschuss
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
- Schiedsstelle nach § 18 a KGH Berlin
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011
- Schiedsstelle nach § 94 BSHG
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
- Lenkungsausschuss Qualitätssicherung gem. § 137 SGB V
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011
  - Fachgruppe Neonatologie
    - Prof. Dr. Volker Stephan  
(Sana Kinderklinik im Klinikum Lichtenberg)
- AG Budget- und Entgeltverhandlungen/BKG
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011
- AG Kostenübernahme bei sozialhilferechtlich bedürftigen Patienten
  - Torsten Jens Adrian  
(Sana Klinikum Lichtenberg)
  - Ursula Büchner (Sana Klinikum Lichtenberg)
- AG Kinderschutz
  - Torsten Jens Adrian  
(Sana Klinikum Lichtenberg)
- AG Notarztdienstverordnung
  - Torsten Jens Adrian  
(Sana Klinikum Lichtenberg)

#### Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGUV)

- Unmittelbar Beteiligte gem. §17 LKG
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
- Krankenhausbeirat gem. § 17 LKG
  - Mario Krabbe (Vorstandsvorsitzender VPK BB)

#### Arbeitsgruppen SenGUV

- AG Landeskrankenhausgesetz/Krankenhausplanung
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.06.2011

Externe Gremien in Berlin

Benannte Mitglieder des VPK BB

**Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (SenIAS)**

- Schiedsstelle nach § 76 SGB XI  
Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011
- Schiedsstelle nach § 80 SGB XII  
Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011

**Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung**

- AG § 75 SGB XI  
Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011  
Isabell Halletz (VPK BB)

**§ 10 des Landesrahmenvertrages nach § 92c Abs. 8 SGB XI**

- Fachbeirat Pflegestützpunkte  
Susanne Ritter (Pro Seniore)

**Liga der freien Wohlfahrtsverbände**

- Fachausschuss Stationäre Pflege  
Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010  
Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011  
Isabell Halletz (VPK BB)

### 6.2.3 Offizielle Gremien im Land Brandenburg

#### Externe Gremien

#### Benannte Mitglieder des VPK BB

#### Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg (LKB)

- Vorstand Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Dr. Jens Schick (Vorstand VPK BB)
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011
  - Mirko Papenfuß (Vorstand VPK BB) ab 25.05.2011
  - Daniela Wolarz-Weigel (Vorstand VPK BB) ab 25.05.2011

#### Ausschüsse/Schiedsstellen LKB

- Finanzierungsausschuss
  - Petra Naumann (Klinikum Frankfurt/Oder)
  - Silke Ritschel (Sana Herzzentrum Cottbus)
- Landespflegesatzsausschuss
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
- Lenkungsausschuss
  - Dr. Andreas M. Halder (Sana Klinik Sommerfeld)
- Planungsausschuss
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011
- Schiedsstelle nach § 18a KHG Brandenburg
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011
  - 2. Stellv.: Silke Ritschel (Sana-Herzzentrum Cottbus)
  - 3. Stellv.: Mirko Papenfuß (Klinikum Frankfurt/Oder)

#### Gemeinsame Kommission zum DMP LKB

- DMP Diabetes mellitus Typ 1
  - Dr. Jürgen Raabe (Asklepios Klinik Birkenwerder)
- DMP Diabetes mellitus Typ 2
  - Dr. Jürgen Raabe (Asklepios Klinik Birkenwerder)
- DMP KHK
  - Dr. Jürgen Krülls-Münch (Sana-Herzzentrum Cottbus)

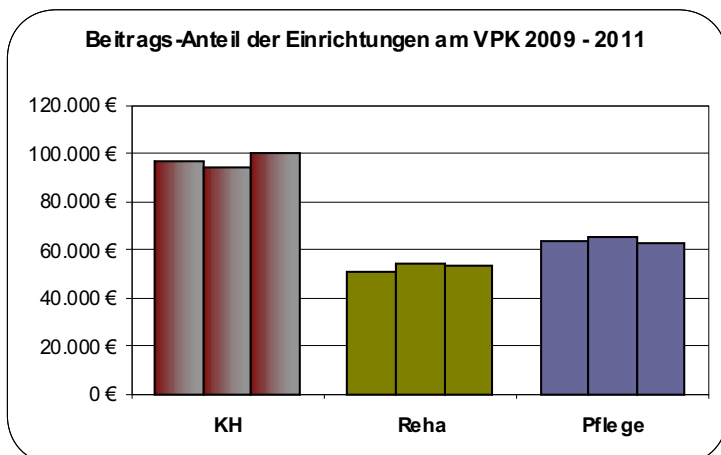
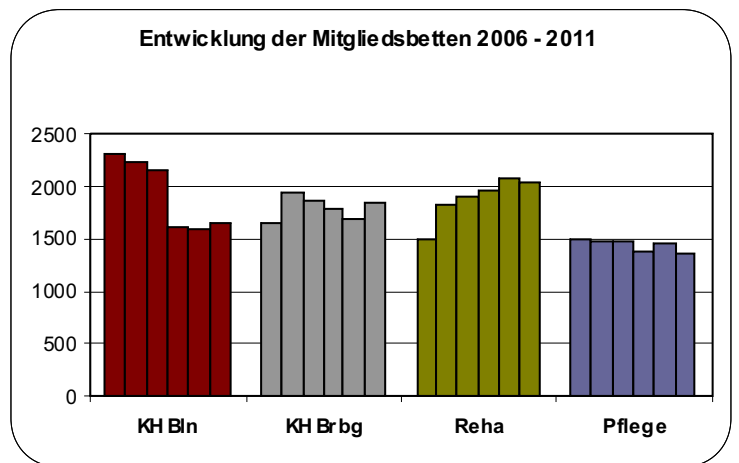
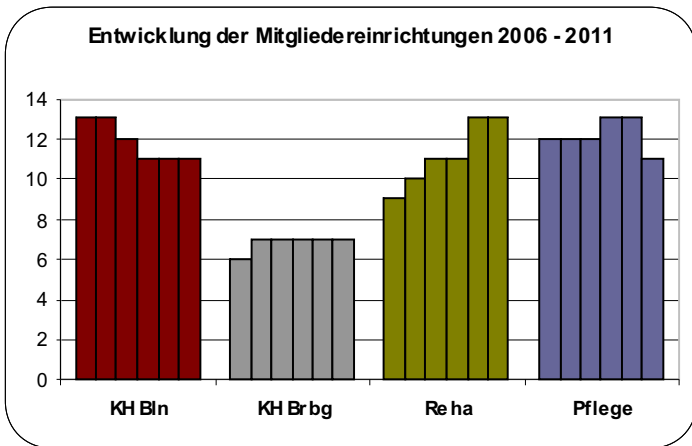
#### Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV)

- Landeskonzferenz für Krankenhausplanung
  - Ilona Michels (VPK BB) bis 31.12.2010
  - Björn Teuteberg (VPK BB) ab 01.04.2011

7.1 MITGLIEDERSTRUKTUR

VPK BB-Mitglieder (Stand: 05/2011)

- 11 Krankenhäuser in Berlin mit 1644 Betten
- 7 Krankenhäuser in Brandenburg mit 1844 Betten
- 13 Rehabilitationskliniken mit 2009 Betten
- 12 Pflegeeinrichtungen mit 1371 Betten

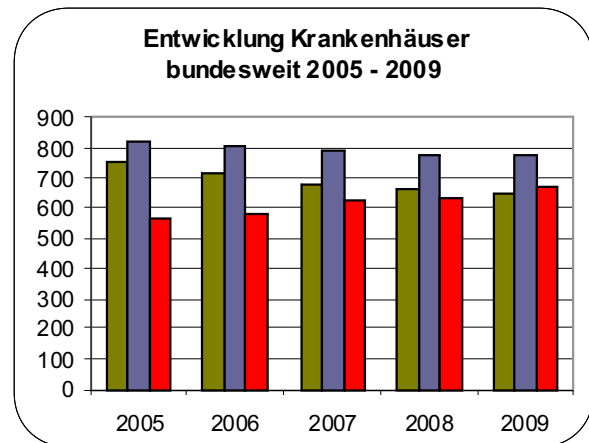
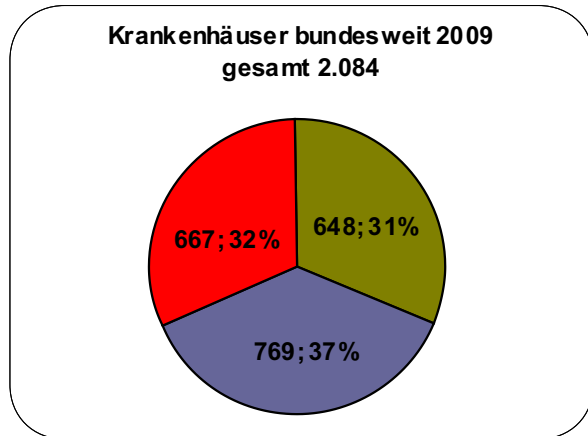


7.2 STATISTIK

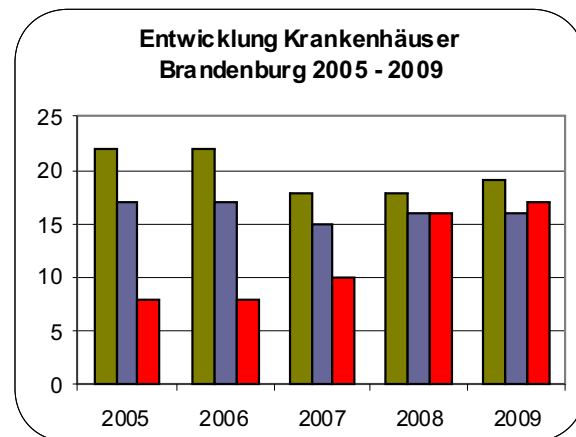
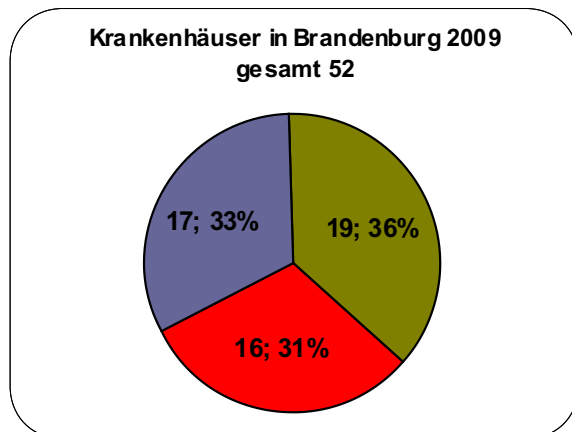
Krankenhaus

Anzahl der **Einrichtungen** nach Trägern und prozentualen Anteil sowie deren Entwicklung

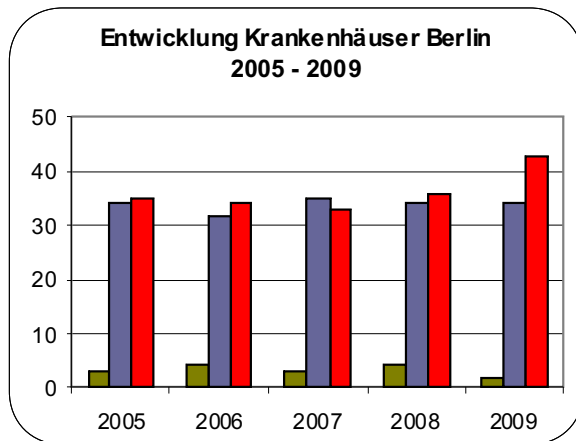
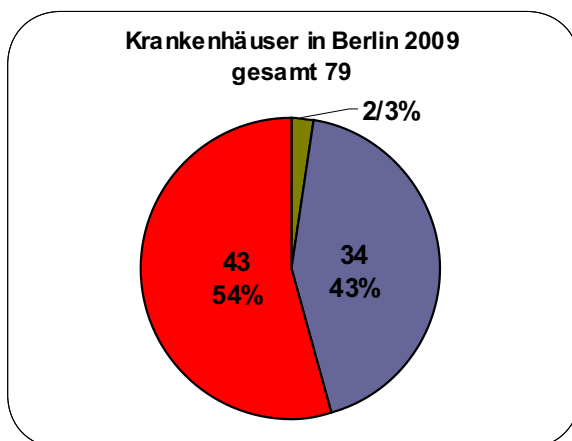
Bund



Brandenburg



Berlin



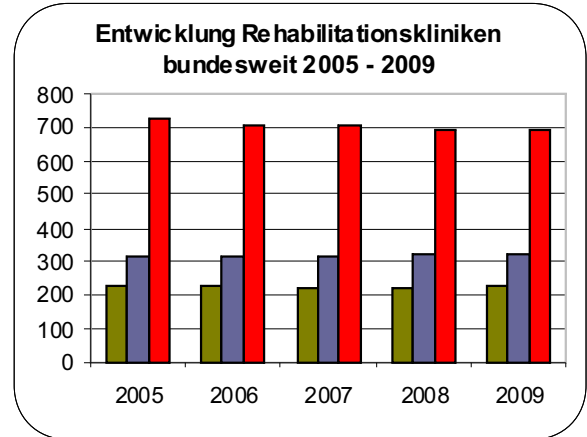
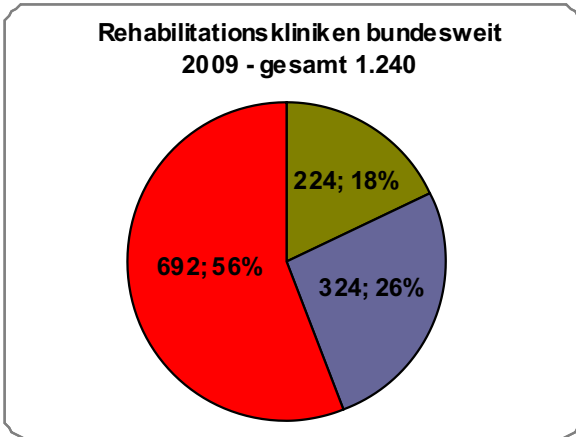
- Öffentliche/universitäre Einrichtungen
- Freigemeinnützige Einrichtungen
- Private Einrichtungen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

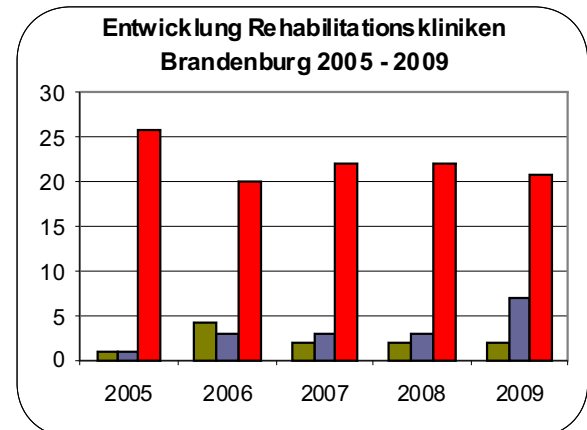
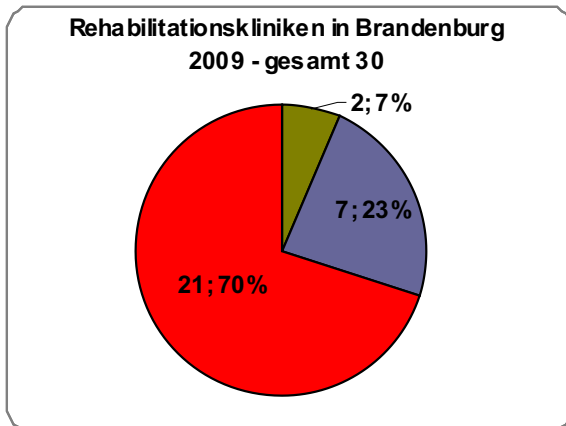
## Rehabilitationskliniken

Anzahl der **Einrichtungen** nach Trägern und prozentualem Anteil sowie deren Entwicklung

### Bund



### Brandenburg



### Berlin

Bei den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg zusammen erfasst.

Mit Stand 2009 gab es in Berlin drei Rehabilitationseinrichtungen.

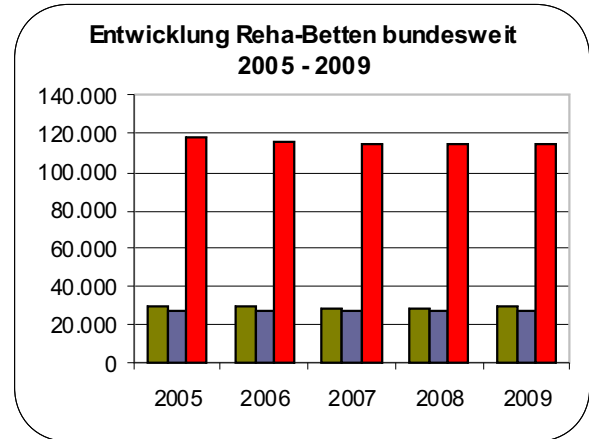
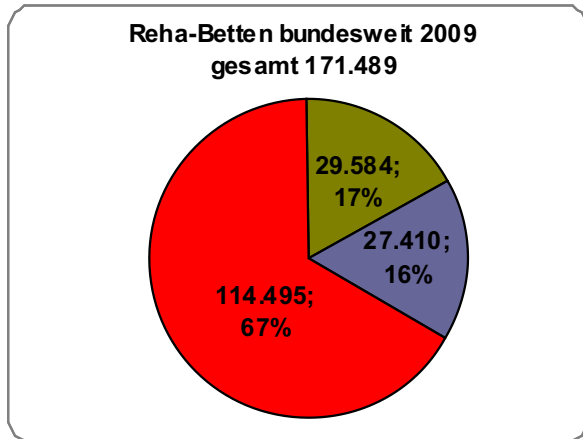
- Öffentliche Einrichtungen
- Freigemeinnützige Einrichtungen
- Private Einrichtungen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

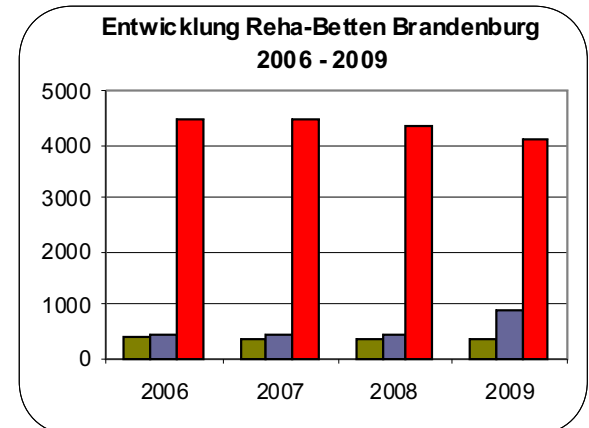
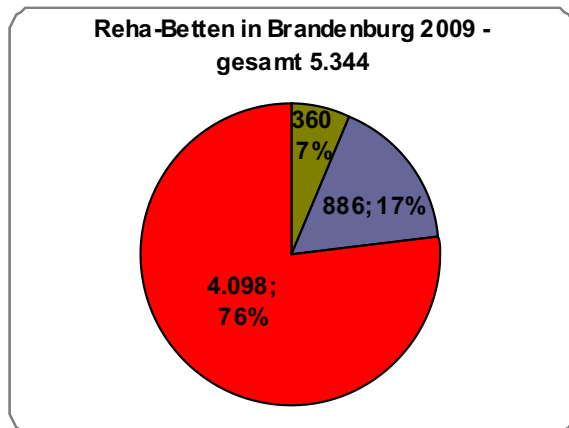
### Rehabilitationskliniken

Anzahl der **Betten** nach Trägern und prozentualem Anteil sowie deren Entwicklung

#### Bund



#### Brandenburg



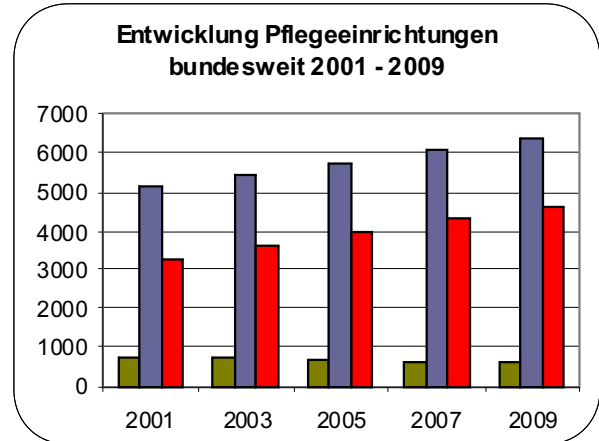
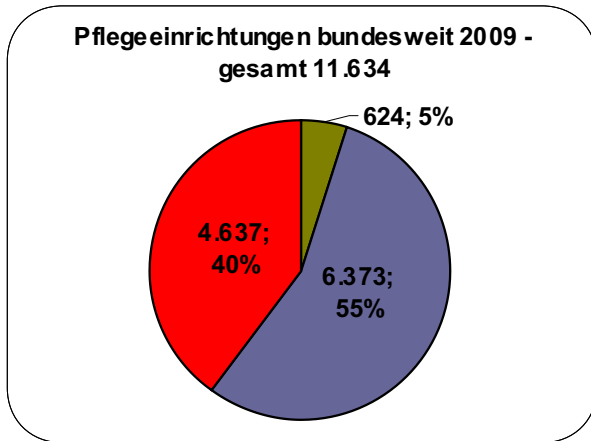
- Öffentliche Einrichtungen
- Freigemeinnützige Einrichtungen
- Private Einrichtungen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

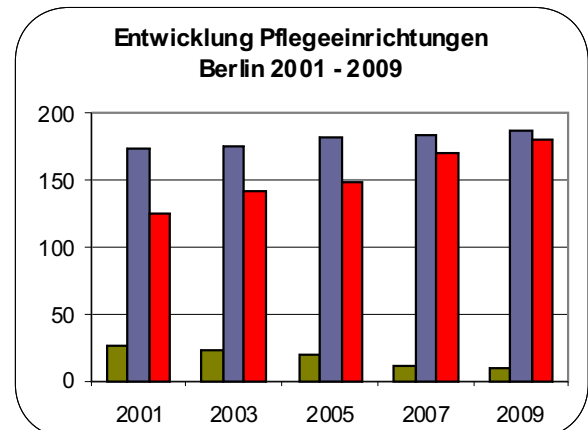
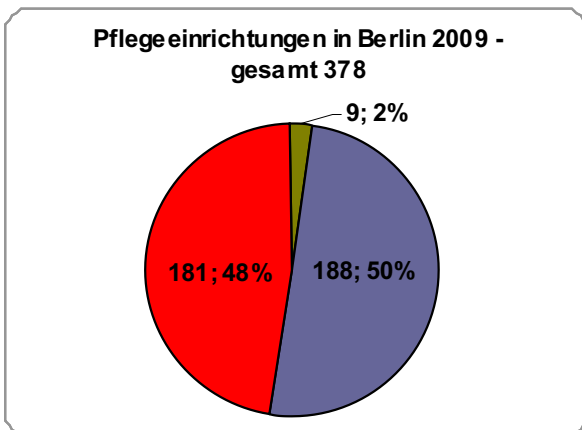
## Pflegeeinrichtungen

Anzahl der **Einrichtungen** nach Trägern und prozentualem Anteil

### Bund



### Berlin



- Öffentliche Einrichtungen
- Freigemeinnützige Einrichtungen
- Private Einrichtungen

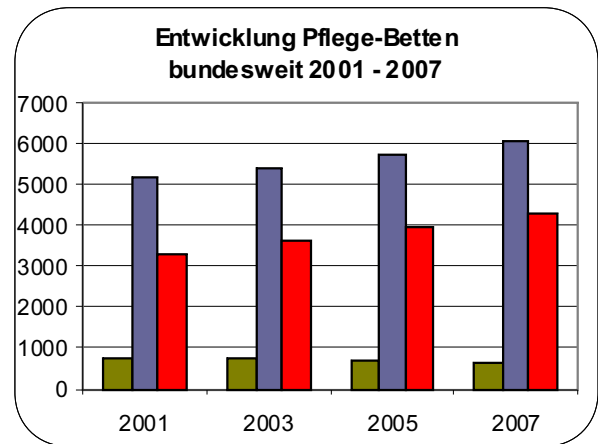
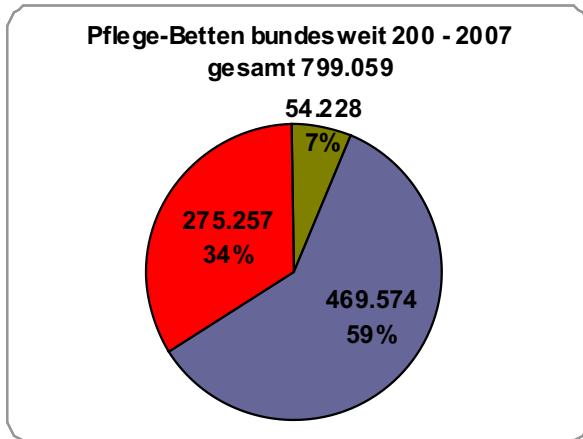
Quelle: Statistisches Bundesamt, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder im Zweijahresrhythmus durchgeführt.

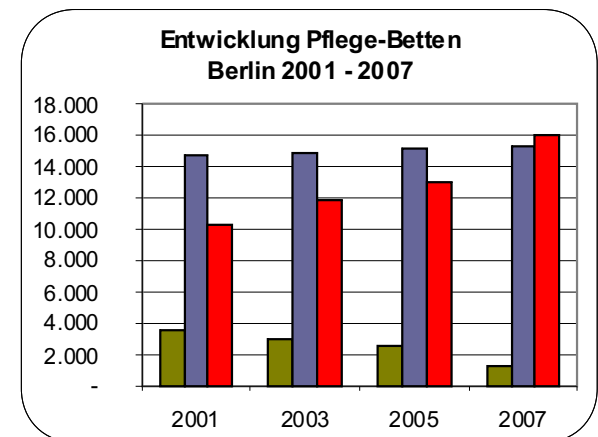
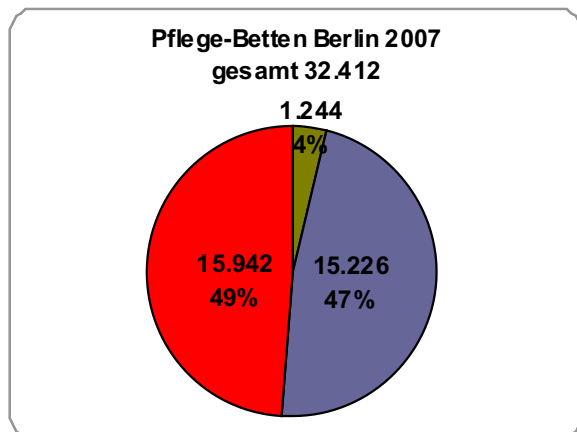
## Pflegeeinrichtungen

Anzahl der **Pflegeplätze** nach Trägern und prozentualem Anteil

### Bund



### Berlin



- Öffentliche Einrichtungen
- Freigemeinnützige Einrichtungen
- Private Einrichtungen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder im Zweijahresrhythmus durchgeführt. Die Daten für 2009 lagen zum Zeitpunkt der Erstellung des Geschäftsberichtes nicht vor.

## 7.3 MITGLIEDER DES VPK BB

MITGLIEDER KRANKENHÄUSER		
Träger	Einrichtung	Ansprechpartner
<p>Asklepios Fachkliniken Brandenburg GmbH Asklepios Fachklinikum Teupitz Anton-Saefkow-Allee 2 14772 Brandenburg</p>	<p>Asklepios Fachklinikum Teupitz Buchholzer Straße 21 15755 Teupitz Tel.: 033766 66-388 Fax.: 033766 66-241 E-Mail: teupitz@asklepios.com Internet: www.asklepios.com/ Teupitz</p>	<p>Dr. Sven Reisner</p>
<p>Asklepios Klinik Wiesbaden GmbH Hubertusstraße 12 22 16547 Birkenwerder</p>	<p>Asklepios Klinik Birkenwerder Hubertusstraße 12 22 16547 Birkenwerder Tel.: 03303 522-200 Fax.: 03303 522-222 E-Mail: birkenwerder@ asklepios.com Internet: www.asklepios.com/ Birkenwerder</p>	<p>Dr. Markus Weinland</p>
<p>Augenklinik Berlin GmbH Brebacher Weg 15 12683 Berlin</p>	<p>Augenklinik Berlin Marzahn Brebacher Weg 15 12683 Berlin Tel.: 030 56840-0 Fax.: 030 56840-100 E-Mail: Post@augenlinik- berlin.de Internet: www.augenlinik- Berlin.de</p>	<p>Sven Freytag</p>
<p>Augenklinik im Ring-Center Frankfurter Allee 111 10247 Berlin</p>	<p>Augenklinik im Ring-Center Frankfurter Allee 111 10247 Berlin Tel.: 030 42262090 Fax.: 030 42262091 E-Mail: info@lasermed.de Internet: www.augenlaser- berlin.de</p>	<p>Dr. Thomas Pahlitzsch Dr. Stephanie Pahlitzsch</p>
<p>Kliniken Beelitz GmbH Paracelsusring 6 A 14547 Beelitz-Heilstätten</p>	<p>Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitaton Paracelsusring 6 A 14547 Beelitz-Heilstätten Tel.: 033204 200 Fax.: 033204 22001 E-Mail: info@kliniken-beelitz.de Internet: www.kliniken-beelitz.de</p>	<p>Silvia Özkaraman</p>

## 7.3 MITGLIEDER DES VPK BB

MITGLIEDER KRANKENHÄUSER		
Träger	Einrichtung	Ansprechpartner
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH Müllroser Chaussee 7 15236 Frankfurt (Oder)	Klinikum Frankfurt (Oder) Müllroser Chaussee 7 15236 Frankfurt (Oder) Tel.: 0335 5482001 Fax.: 0335 5482003 E-Mail: gf@klinikumffo.de Internet: www.klinikumffo.de	Mirko Papenfuß
MEDIAN Kliniken GmbH & Co. KG Carmerstraße 6 10623 Berlin	MEDIAN Klinik Grünheide An der Rehaklinik 1 15537 Grünheide Tel.: 03362 739-201 Fax.: 03362 739-222 E-Mail: rehaklinik.gruenheide@ Median-kliniken.de Internet: www.median-kliniken.de	Michael Redel
S + A Klinik für MIC GmbH Kurstraße 11 14129 Berlin	MIC Klinik Kurstraße 11 14129 Berlin Tel.: 030 80988100 Fax.: 030 80988188 E-Mail: klinik@mic-berlin.de Internet: www.mic-berlin.de	Prof. Dr. Omid Abri Felix Brandt
Park-Klinik Weißensee GmbH & Co. Betriebs KG Heubnerweg 2 14059 Berlin	Park-Klinik Weißensee Schönstraße 80 13086 Berlin Tel.: 030 96284000 Fax.: 030 96284005 E-Mail: krabbe@park- klinik.com Internet: www.park-klinik.com	Dipl.-Kfm. Mario Krabbe
Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH Fanningerstraße 32 10365 Berlin	Sana Klinik Sommerfeld Waldhausstraße 16766 Kremmen/OT Sommerfeld Tel.: 03355 51101 Fax.: 03355 51111 E-Mail: w.frank@sana-hu.de Internet: www.sana-hu.de	Wilfried Frank

## 7.3 MITGLIEDER DES VPK BB

MITGLIEDER KRANKENHÄUSER		
Träger	Einrichtung	Ansprechpartner
Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH Fanningerstraße 32 10365 Berlin	Sana Klinikum Lichtenberg Oskar-Ziethen-Krankenhaus Fanningerstraße 32 10365 Berlin Tel.: 030 55182012 Fax.: 030 5558429 E-Mail: w.blohmann@sana-kl.de Internet: www.sana-kl.de	Werner Blohmann
Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH Fanningerstraße 32 10365 Berlin	Sana Krankenhaus Templin Robert-Koch-Straße 24 17268 Templin Tel.: 03987 42-201 Fax.: 03987 42-249 E-Mail: m.kabiersch@sana-kt.de Internet: www.sana-kt.de	Michael Kabiersch
Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH Leipziger Straße 50 03048 Cottbus	Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH Leipziger Straße 50 03048 Cottbus Tel.: 0355 4801000 Fax.: 0355 4801001 E-Mail: info@hz-cottbus.de Internet: www.hz-cottbus.de	Silke Ritschel
Schlosspark-Klinik GmbH Heubnerweg 2 14059 Berlin	Schlosspark-Klinik Heubnerweg 2 14059 Berlin Tel.: 030 3264-0 Fax.: 030 3264-1600 E-Mail: info@schlosspark-klinik.de Internet: www.schlosspark-Klinik.de	Dipl.-Kfm. Mario Krabbe
Vitanas GmbH & Co. KGaA Aroser Allee 68 13407 Berlin	Vitanas Krankenhaus für Geriatrie Senftenberger Ring 51 13435 Berlin Tel.: 030 45605105 Fax.: 030 45605253 E-Mail: w.hermanns@vitanas.de Internet: www.vitanas.de	Caspar Boshamer

## 7.3 MITGLIEDER DES VPK BB

MITGLIEDER BELEGKLINIKEN		
Träger	Einrichtung	Ansprechpartner
Havelklinik BSB Sanatoriumsgesellschaft mbH Gatower Straße 191 13595 Berlin	Havelklinik BSB- Sanatoriumsgesellschaft mbH Gatower Straße 191 13595 Berlin Tel.: 030 36206-0 Fax.: 030 36206-100 E-Mail: service@havelklinik.de Internet: www.havelklinik.de	Dr. Thomas Leucht
Peter Gossens Lohbrügger Weg 15 21031 Hamburg	Klinik „Helle Mitte“ GmbH Berlin Alice-Salomon-Platz 2 12623 Berlin Tel.: 030 994018-47 Fax.: 030 994018-49 E-Mail: info@klinik-helle- mitte.de Internet: www.klinik-helle-mitte.de	Holger Schulz
Klinik HYGIEA Fuggerstraße 23 10777 Berlin	Klinik HYGIEA Fuggerstraße 23 10777 Berlin Tel.: 030 236010 Fax.: 030 2182349 E-Mail: info@klinik-hygiea.de Internet: www.klinik-hygiea.de	Alexander Berger
Klinik Sanssouci Potsdam Helene-Lange-Straße 13 14469 Potsdam	Klinik Sanssouci Potsdam Helene-Lange-Straße 13 14469 Potsdam Tel.: 0331 280870 Fax.: 0331 2804086 E-Mail: leitung@ Kliniksanssouci.de Internet: www.kliniksanssouci.de	Kerstin Krueger
Westklinik Dahlem Betriebsgesellschaft mbH Schweinfurthstraße 43 47 14195 Berlin	Westklinik Dahlem Schweinfurthstraße 43 47 14195 Berlin Tel.: 030 830000-18 Fax.: 030 830000-40 E-Mail: info@westklinik- dahlem.de Internet: www.westklinik- dahlem.de	Marcel Newerla

## 7.3 MITGLIEDER DES VPK BB

MITGLIEDER PFLEGE-EINRICHTUNGEN		
Träger	Einrichtung	Ansprechpartner
Curanum AG Maximilianstraße 35 c 80539 München	Psychiatrisches Pflegezentrum Am Wannsee Am Sandwerder 43 14109 Berlin Tel.: 030 8047491-0 Fax.: 030 8047491-30 E-Mail: anita.martin@ curanum.de Internet: www.curanum.de/ Wannsee.htm	Anita Martin
Finkenhof Krankenhaus GmbH & Co. BetriebsKG Lentzeallee 15/17 14195 Berlin	Krankenhaus Finkenhof Lentzeallee 15/17 14195 Berlin Tel.: 030 897198-0 Fax.: 030 897198-29 E-Mail: info@heim- finkenhof.de Internet: www.heim-finkenhof.de	Brigitte Piotrowski-Künkel
Fugger-Klinik SRG Senioren Residenz GmbH Fuggerstraße 29 10777 Berlin	Fugger-Klinik Fuggerstraße 29 10777 Berlin Tel.: 030 214899-0 Fax.: 030 214899-99 E-Mail: tholen@fugger-klinik.de Internet: www.fugger-klinik.de	Fenja Tholen
Gesellschaft für Klinik-, Hotel- und Gaststätten-Dienste mbH & Co. Service KG Karlsbader Straße 16 14193 Berlin  <i>bis 31.03.2011</i>	Klinik am Roseneck Teplitzer Straße 26 14193 Berlin Tel.: 030 8263052 Fax.: 030 8263051 E-Mail: info@klinikamroseneck.de Internet: www.klinikamroseneck.de	Marianne Schliffkowitz
Unternehmensgruppe Burchard Führer Grunewald Seniorenpflege GmbH Junkersstraße 52 06847 Dessau	Mathildenhof Seniorenzentrum Kirchblick 8 14129 Berlin Tel.: 030 80193-0 Fax.: 030 80193-116 E-Mail: mathildenhof@ Fuehrergruppe.de Internet: www.fuehrergruppe.de	Ulrich Haarhaus Marion Petersen-Busse

## 7.3 MITGLIEDER DES VPK BB

MITGLIEDER PFLEGE-EINRICHTUNGEN		
Träger	Einrichtung	Ansprechpartner
Krankenheim Sonnenallee 47 - 49 GmbH Sonnenallee 47 12045 Berlin	Pflegezentrum Sonnenallee Sonnenallee 47 12045 Berlin Tel.: 030 62004-0 Fax.: 030 62004-113 E-Mail: pflegezentrum- sonnenallee@t-online.de Internet: www.pzs.de	Thomas Peters
Finkenhof Krankenhaus GmbH & Co. BetriebsKG Lentzeallee 15/17 14195 Berlin	Krankenhaus Finkenhof Lentzeallee 15/17 14195 Berlin Tel.: 030 897198-0 Fax.: 030 897198-29 E-Mail: info@heim- finkenhof.de Internet: www.heim-finkenhof.de	Brigitte Piotrowski-Künkel
Pro Seniore Krankenhaus Eichborndamm GmbH Genthiner Straße 30 c 10785 Berlin	Pro Seniore Residenz Eichborndamm Eichborndamm 176 13403 Berlin Tel.: 030 40801-0 Fax.: 030 408011-06 E-Mail: berlin.eichborndamm@ pro-seniore.com Internet: www.pro-seniore.de	Uwe Bahlo
Pro Seniore Krankenhei Genthiner Straße GmbH Genthiner Straße 30 c 10785 Berlin	Pro Seniore Krankenhaus Genthiner Straße Genthiner Straße 24 28 10785 Berlin Tel.: 030 25446-0 Fax.: 030 25446-105 E-Mail: berlin.genthiner@pro- seniore.com Internet: www.pro-seniore.de	Reinhard Roß
Pro Seniore Krankenhaus Meinekestraße GmbH Genthiner Straße 30 c 10785 Berlin	Pro Seniore Krankenhaus Meinekestraße Meinekestraße 15 10719 Berlin Tel.: 030 88027-0 Fax.: 030 88027-351 E-Mail: berlin.meineke@ pro-seniore.com Internet: www.pro-seniore.de	Barbara Friedrich

## 7.3 MITGLIEDER DES VPK BB

MITGLIEDER PFLEGE-EINRICHTUNGEN		
Träger	Einrichtung	Ansprechpartner
Seniorenhaus am Rhumeweg GmbH Emser Straße 36 10719 Berlin	Seniorenhaus am Rhumeweg Rhumeweg 32 14163 Berlin Tel.: 030 864799-0 Fax.: 030 864799-99 E-Mail: rhumeweg@gbs-berlin.de Internet: www.policare.de/ Rhumeweg	Oliver Stemmann
Seniorenhaus an der Ullsteinstraße GmbH Emser Straße 36 10719 Berlin	Seniorenzentrum an der Ullsteinstraße Ullsteinstraße 159 12105 Berlin Tel.: 030 86479-90 Fax.: 030 864799-99 E-Mail: tempelhof@gbs-berlin.de Internet: www.policare.de/ Tempelhof	Oliver Stemmann
Pflegezentrum an der Wutzkyallee GmbH Emser Straße 36 10719 Berlin	Pflegezentrum Kurt-Exner-Haus Wutzkyallee 65 67 12353 Berlin Tel.: 030 62724-0 Fax.: 030 62724-1099 E-Mail: kurt-exner-haus@gbs-berlin.de Internet: www.policare.de/ Kurt-exner-haus	Oliver Stemmann
Zentrum für Beatmung und Intensivpflege GmbH Franz-Jacob-Straße 4D 10369 Berlin  Bis 31.12.2010	Zentrum für Beatmung und Intensivpflege im „Storkower Bogen“ GmbH Franz-Jacob-Straße 4D, 10369 Berlin Tel.: 030 28503101 Fax: 030 28503102 E-Mail: info@zentrum-berlin.com Internet: www.zentrum-berlin.com	Dr. Wolfgang Kalkhof Heike Dreier

## 7.3 MITGLIEDER DES VPK BB

MITGLIEDER REHABILITATIONSKLINIKEN		
Träger	Einrichtung	Ansprechpartner
AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft mbH & Co. KG Helmholtzstraße 17 40215 Düsseldorf	AHG Klinik für Kinder und Jugendliche Beelitz-Heilstätten Paracelsusring 8 14547 Beelitz-Heilstätten Tel.: 033204 62-0 Fax.: 033204 62-300 E-Mail: FKBeelitz@ahg.de Internet: www.ahg.de/Beelitz	Thomas Eisenla
AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft mbH & Co. KG Helmholtzstraße 17 40215 Düsseldorf	AHG Klinik und Moorbad Bad Frienwalde Gesundbrunnenstraße 33 16259 Bad Freienwalde Tel.: 03344 410-0 Fax: 03344 410-701 E-Mail: bad_freienwalde@ ahg.de Internet: www.ahg.de/ Bad Freienwalde	Frank Schmidt
AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft mbH & Co. KG Helmholtzstraße 17 40215 Düsseldorf	AHG Klinik Wolletzsee Zur Welse 2 16278 Angermünde/OT Wolletz Tel.: 033337 49605 Fax.: 033337 49606 E-Mail: wolletzsee@ahg.de Internet: www.ahg.de/wolletzsee	Günter Janz
EfGe Entwicklungsgesellschaft für Gesundheitseinrichtungen mbH Nordenfelder Weg 45 49324 Melle	Fontane-Klinik Psychosomatische Fachklinik Fontanestraße 5 15749 Mittenwalde Tel.: 033769 86-0 Fax.: 033769 86-104 E-Mail: info@fontane-klinik.de Internet: www.fontane-klinik.de	Elisabeth Sagstetter
Kindernachsorgeklinik Berlin- Brandenburg gemeinnützige GmbH Bussardweg 1 16321 Bernau	Kindernachsorgeklinik Berlin- Brandenburg Bussardweg 1 16321 Bernau Tel.: 03338 908020 Fax: 03338 908039 E-Mail: info@knkbb.de Internet: www.knkbb.de	Petra Bierwirth

## 7.3 MITGLIEDER DES VPK BB

MITGLIEDER REHABILITATIONSKLINIKEN		
Träger	Einrichtung	Ansprechpartner
RECURA Kliniken GmbH Paracelsusring 6 a 14547 Beelitz-Heilstätten	Kliniken Beelitz GmbH Neurologische Rehabilitationsklinik Paracelsusring 6 a 14547 Beelitz-Heilstätten Tel.: 033204 22500 Fax.: 033204 22502 E-Mail: recura@recura- kliniken.de Internet: www.recura-kliniken.de	Silvia Özkaraman
MEDIAN Kliniken GmbH & Co. KG Carmerstraße 6 10623 Berlin	MEDIAN Klinik Grünheide An der Rehaklinik 1 15537 Grünheide Tel.: 03362 739-201 Fax.: 03362 739-222 E-Mail: rehaklinik.gruenheide@ Median-kliniken.de Internet: www.median- kliniken.de	Michael Redel
Medical Park AG Wallbergstraße 8 83707 Bad Wiessee	Medical Park Berlin Humboldtmühle GmbH & Co. Kg An der Mühle 2 9 13507 Berlin Tel.: 030 300240-0 Fax: 030 300240-9009 Mail: humboldtmuehle@ Medicalpark.de Internet: www.medicalpark.de	Frank Hörl
MediClin GmbH & Co. KG Zweitniederlassung Burg Zur Spreewaldklinik 14 03096 Burg	MediClin Reha-Zentrum Spreewald Zur Spreewaldklinik 14 03096 Burg Tel.: 035603 63-234 Fax.: 035603 63-100 E-Mail: info@spreewald. mediclin.de Internet: www.mediclin.de	Harald Kruser
bis 31.12.2010 RHM Altenheim- und Klinikgruppe 67146 Deidesheim  ab 01.01.2011 Waterland Private Equity GmbH	Psychotherapeutische Klinik Dresdener Straße 19 04924 Bad Liebenwerda Tel.: 035341 902-138 Fax.: 035341 902-144 E-Mail: psychotherapeutische- klinik@rhm-kliniken.de Internet: www.rhm-kliniken.de	Petra Buse

## 7.3 MITGLIEDER DES VPK BB

MITGLIEDER REHABILITATIONSKLINIKEN		
Träger	Einrichtung	Ansprechpartner
Rehabilitationsklinik Massow GmbH & Co. KG Märkischer Grund 1 15757 Halbe/OT Massow	Rehabilitationsklinik Massow Märkischer Grund 1 15757 Halbe / OT Massow Tel.: 033765 96-0 Fax: 033765 96-75 E-Mail: RehaMassow@ t-online.de Internet: www.rehaklinik- massow.de	Jürgen Zeiske
Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH Fanningerstraße 32 10365 Berlin	Sana Rehabilitationsklinik Sommerfeld Hellmuth-Ulrici-Kliniken Waldhausstraße 16766 Kremmen/OT Sommerfeld Tel.: 033055 51601 Fax.: 033055 51602 E-Mail: w.frank@sana-hu.de Internet: www.sana-hu.de	Wilfried Frank

