



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Tätigkeitsbericht

für den Zeitraum vom 06. Mai 2019 – 31. August 2020

vorgelegt zur

**Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V.**

am 07. Oktober 2020 in Berlin

Stand: 28. September 2020

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Geschäftsstelle: Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin
Fon: +49 (30) 80 19 86 0 | Fax: +49 (30) 80 19 86 22
Mail: office@dekv.de | Web: www.dekv.de

Im Verbund der
Diakonie

Inhaltsverzeichnis

1.	Verbandskennzahlen und Aufgabe	3
2.	Ausnahmesituation Corona Pandemie.....	3
3.	Themen der Jahre 2019/2020	5
4.	Entwicklungen der Verbandsarbeit.....	9
	4.1 Profilverwaltung: Netzwerklandschaft und Themenprofilierung.....	9
	4.2 Stakeholderengagement: Bekanntheits- und Vernetzungsgrad des DEKV erhöhen	11
	4.3 Zusammenarbeit mit den diakonischen Fachverbänden der Fachgruppe 1	13
	4.4 Gremienmanagement: Interessen evangelischer Krankenhäuser bündeln	13
5.	Geschäftsstelle	18
6.	Risiken	19
7.	Planung.....	19

1. Verbandskennzahlen und Aufgabe

Mehr als 200 evangelische Krankenhäuser an 270 Standorten versorgen mit 14.000 Ärztinnen und Ärzten sowie 43.000 Pflegerinnen und Pflegern (Vollkräfte) jährlich mehr als 5,5 Millionen Patientinnen und Patienten bundesweit. Evangelische Krankenhäuser halten 12 Prozent Marktanteil am gesamten Krankenhausmarkt und sichern damit die Krankenhauskapazitäten in Deutschland in einem relevanten Umfang. Sie beschäftigen mehr als 93.000 (Vollkräfte) und 80 Prozent der Häuser bilden in Gesundheits- und Pflegeberufen aus. Damit bieten sie jungen Menschen und Quereinsteigern eine berufliche Perspektive.

Mit ihrer Wirtschaftsleistung von rund 10 Milliarden Euro Umsatz sind evangelische Krankenhäuser ein bedeutsamer Teil der deutschen Gesundheitswirtschaft. Indem sie ihre Versorgungsaufträge erfüllen, leisten sie qualifizierte medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung für Patientinnen und Patienten bundesweit und stellen eine wohnortnahe medizinische Versorgung sicher. Die evangelischen Akutkliniken sind überwiegend Grund- und Regelversorger in den Regionen; gerade deshalb haben sie eine systemrelevante Funktion in einer hoch versorgungsbedürftigen alternierenden Gesellschaft. Schwerpunktmäßig sind die evangelischen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, Nord- und Ostdeutschland vertreten. Neben der Versorgung vulnerabler Patientengruppen werden auch innovative medizinische und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte umgesetzt.

Schwerpunkte der Arbeit des DEKV sind die politische Interessenvertretung und die Unterstützung der Mitglieder bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben bzw. ihres Versorgungsauftrags. Darin soll ihr christliches Profil als evangelische Krankenhäuser klar erkennbar sein. Die politische Interessenvertretung durch den DEKV muss die Vielfalt der unterschiedlichen wirtschaftlichen bzw. unternehmerischen Interessen der Mitglieder berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der heterogenen Mitgliederstruktur müssen die Belange der kleineren und mittelgroßen Krankenhäuser vertreten, gleichzeitig aber auch die in vieler Hinsicht abweichenden Interessen der großen Kliniken bzw. der regionalen Klinikverbände berücksichtigt werden. Die Synthese der durchaus unterschiedlichen Positionen und Erwartungen gelingt vor allem über die Vermittlung der Patientenperspektive, der Qualitäts- und Gemeinwohlorientierung und der Bezogenheit auf gemeinsame christliche Werte bzw. das daraus abgeleitete Ethos menschenfreundlicher Zuwendung. Der diakonische Dreiklang von Wirtschaftlichkeit, Professionalität und Ethik ist gemeinsame Basis der evangelischen Krankenhäuser.

Sowohl im Hinblick auf die politische Interessenvertretung als auch auf die Unterstützung der Mitglieder bei der profilierten Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrags konzentriert sich der DEKV auf die Bearbeitung folgender ausgewählter Themen:

- **Finanzierung und Strukturwandel in evangelischen Krankenhäusern**
- **Versorgung vulnerabler Patientengruppen**
- **Sektorenübergreifende Versorgung**
- **Bildung und Personal**

2. Ausnahmesituation Corona Pandemie

Der schnelle Anstieg der COVID-19-Infektionen seit Januar 2020 in Deutschland und in der EU gipfelte in der Erklärung der Bundeskanzlerin vom 13. März 2020, alle nicht medizinisch dringend notwendigen Operationen und Behandlungen abzusagen und zu verschieben. Ziel der Politik war es, Bettenkapazitäten für COVID-19-Patienten in Krankenhäusern freizuhalten. Die ersten Wochen der Corona-Pandemie waren für die Geschäftsführer der Krankenhäuser geprägt von großer Unsicherheit. Neben der Vorbereitung und Umrüstung in den Krankenhäusern, koordiniert von Krisenstäben, gab es die Unsicherheit der pandemiebedingten Finanzierungsbedingungen.

Die Politik hat mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz einen Rettungsschirm aufgespannt, um in erster Linie die Liquidität der Krankenhäuser zu sichern.

Die Diakonie Deutschland und der DEKV forderten bereits am 17. März 2020 zur **Liquiditätsstützung und zur Sicherung der wirtschaftlichen Ergebnisse für die Krankenhäuser und Rehakliniken** ein 4-Punkte-Sofortprogramm:

1. Zahlungsfrist für Krankenhausrechnungen gesetzlich auf 3 Tage verkürzen

Um die Liquidität der Krankenhäuser und Rehakliniken in der aktuellen Situation kurzfristig sicherzustellen, wird das Zahlungsziel für Krankenhausrechnungen ab sofort bis auf Weiteres auf 3 Kalendertage festgelegt. Die Gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, die Rechnungen in dieser Frist an das Krankenhaus zu zahlen.

Bisher sind in den Landesverträgen nach § 112 SGB V unterschiedliche Zahlungsfristen von bis zu 30 Tagen geregelt. In der jetzigen Lage muss ein schnellerer Zahlungsfluss gewährleistet werden, damit die Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser sichergestellt wird.

2. Erhöhung des übergangsweisen Pflegeentgeltwertes in 2020

Das Pflegebudget wird durch den übergangsweise festgelegten krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert in Höhe von 146,55 Euro für das Jahr 2020 berechnet. Um die Liquidität der Krankenhäuser in der Corona-Krise (geringere Belegung der Krankenhäuser, um freie Kapazitäten zu schaffen) zu sichern, muss der Übergangsbetrag gemäß § 15 Abs. 2a KHEntgG auf 200 Euro erhöht werden.

3. Aussetzen von MDK-Prüfungen

In der jetzigen Krisensituation müssen die Krankenhäuser von den sehr zeitaufwändigen MDK-Prüfungen entlastet und das MDK-Reformgesetz bis auf Weiteres ausgesetzt werden. Für April/Mai 2020 werden mehrere Zehntausend MDK-Anfragen in den evangelischen Krankenhäusern eintreffen, die enormen Bearbeitungsaufwand bei medizinischem und pflegerischem Personal nach sich ziehen werden. Diese Mitarbeitenden stünden dann nicht für die Corona-bedingte Patientenversorgung zur Verfügung.

4. Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser

Neben den vorgenannten kurzfristigen Liquiditätsthemen zur Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser und zusätzlichen administrativen Belastungen muss zeitnah auch die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser in dieser Krisensituation stehen. Hilfreich wäre eine Garantie der durch die Häuser vereinbarten Budgeterlöse von 2019 (bereinigt um das Pflegebudget) inklusive Steigerungsraten. Die zusätzlichen Corona-bedingten Kosten sind den Häusern gesondert zu erstatten.

Zum Ausgleich der Erlösausfälle in den Krankenhäusern durch die Verschiebung planbarer Aufnahmen, Eingriffe und Operationen wurde mit dem **COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz** innerhalb kürzester Zeit die 560-Euro-Leerstandspauschale eingeführt.

Die Pauschale in Höhe von 560 Euro enthielt keine Differenzierungen nach Somatik oder Psychiatrie sowie sonstigen individuellen Faktoren (Fallschwere, vorgehaltene Infrastruktur ...) und galt daher ab dem 16. März 2020 für alle Krankenhäuser mit einem Belegungsrückgang gegenüber den durchschnittlichen Behandlungstagen des Jahres 2019. Die Kritik an dieser bundeseinheitlichen tagesbezogenen Ausgleichszahlung führte zu einer weiteren Ausdifferenzierung durch den COVID-Beirat nach § 24 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

Die Änderung der Höhe der Ausgleichspauschalen nach § 21 Absatz 3 KHG gelten vom 1. Juli 2020 bis zum 30. September 2020. Anschließend kann ein Ausgleich von nicht gegenfinanzierten Erlösausfällen nur noch krankenhausindividuell in den Budgetverhandlungen auf Ortsebene vereinbart werden.

Um der besonderen Belastung der Krankenhäuser bei der Versorgung von vielen Corona-Patienten Rechnung zu tragen, **setzte das BMG zum 1. März 2020 alle Pflegepersonaluntergrenzen per Verordnung aus**. Ziel war es, Flexibilität beim Personaleinsatz und Entlastung bei der Dokumentation zu ermöglichen. Mit der Verordnung vom 23. Juli setzte das BMG am 1. August 2020 die Grenzen für die Intensivmedizin und die Geriatrie kurzfristig wieder ein, um bei schrittweiser Rückkehr zum Normalbetrieb eine personelle Unterbesetzung und Gefährdung der vulnerablen Patienten zu vermeiden.

Aufgrund der Corona-Krise entlastete der G-BA am 27. März 2020 befristet die Krankenhäuser von Dokumentations-, Nachweis- und Erfassungspflichten aufgrund unterschiedlicher Qualitäts-Richtlinien¹. Mit dem Beschluss vom 20. März 2020 entlastete der G-BA die Krankenhäuser durch die Möglichkeit, von der Mindestausstattung mit Intensivpflegepersonal bei bestimmten komplexen Behandlungen abzuweichen.²

¹ Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL), Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL), Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), Mindestmengenregelungen (Mm-R), Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R), MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie (MDK-QK-RL)

² Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL), Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten (KiOn-RL) Kinderherzchirurgie (KiHe-RL), Behandlung des Bauchaortenaneurysmas (QBAA-RL), minimalinvasive Herzklappeninterventionen (MHI-RL), allogene Stammzelltransplantation beim Multiplem Myelom, allogene Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myelotischer Leukämie bei Erwachsenen

Der Beirat nach § 24 KHG wurde zur Überprüfung der Regelungen nach §§ 21 bis 23 des KHG aus dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz durch das Bundesministerium für Gesundheit eingesetzt. Neben der Differenzierung der Leerstandspauschale wurden die Themen Anhebung des Fallkostenzuschlages für Corona-bedingte Mehrkosten und damit nicht refinanzierte Ausgaben diskutiert. Darüber hinaus ging es auch um die Themen Pflegekostenrefinanzierung und Budgetfindung in den Verhandlungen auf der Ortsebene.

In der DKG war zeitlich befristet eine Expertengruppe für die fachliche Zuarbeit zum COVID-Beirat eingerichtet worden. Der DEKV ist mit Herrn Jörg Marx, Agaplesion gAG, vertreten gewesen.

Bis zum 25. September 2020 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) 8,76 Milliarden Euro zum Ausgleich der Einnahmeausfälle der Krankenhäuser, welche durch abgesagte beziehungsweise verschobene Operationen verursacht wurden, ausgezahlt. Hinzu kommen 608 Millionen Euro für die Ausstattung zusätzlicher Intensivbetten.

3. Themen der Jahre 2019/2020

Die Krankenhauslandschaft war neben der Bewältigung der Corona-Pandemie im Berichtszeitraum 2019/2020 schwerpunktmäßig von den umfassenden Regulierungsvorhaben zu Personal-, Qualitäts- und Strukturthemen geprägt. Dabei standen nachfolgende Gesetze und Verordnungsverfahren im Vordergrund:

MDK-Reformgesetz

Das Gesetz ist am 7. November 2019 im Bundestag und am 29. November 2019 im Bundesrat beschlossen worden. Es trat am 1. Januar 2020 in Kraft. Am Vortag der 2./3. Lesung im Bundestag sind 57 Änderungsanträge von CDU/CSU und SPD im Gesundheitsausschuss angenommen worden. Damit wurden einige positive Regelungen bezüglich der Prüfquote und der Prüfregelungen für Krankenhäuser kurzfristig zurückgenommen und durch kassenfreundliche Regelungen ersetzt.

In 2020 ist eine quartalsbezogene Prüfquote von 12,5 Prozent festgesetzt. Ab 2021 soll eine gestaffelte Prüfquote abhängig von der Abrechnungsqualität gelten. Die Quote beträgt entweder **5 Prozent (>60 Prozent unbeanstandete Schlussrechnungen)**, **10 Prozent (60-40 Prozent unbeanstandete Rechnungen)** oder **15 Prozent (<40 Prozent unbeanstandete Schlussrechnungen)**. Weitere wären nur erlaubt, wenn der Anteil unter 20 Prozent liegt oder „ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung“ besteht.

Die **Kassen** bekommen **nach Eingang der Rechnung 4 statt 3 Monate Zeit**, zu entscheiden, ob sie den MD mit einer Prüfung beauftragen. Im Referentenentwurf waren es ursprünglich 6 Wochen. Festgelegt wurde auch, dass Kliniken, deren Rechnungen beanstandet werden, schon ab 2020 „neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag“ zahlen müssen. Dieser soll jeweils **10 Prozent des Differenzbetrags, mindestens aber 300 Euro**, betragen.

Zusätzliche Regelungskompetenz erhält der G-BA. Bei der **Richtlinie zu den Kontrollen des MD soll er auch Stichprobenprüfungen zur Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen** regeln. Zur Reduktion der primären Fehlbelegungen soll der **Katalog für ambulante Operationen des § 115a SGB V** mit Hilfe eines **unabhängigen Gutachtens im Auftrag der DKG, KBV und GKV-SV** überarbeitet werden. Das Inkrafttreten ist für Juli 2021 geplant. Es wird ein Ambulantisierungspotential zwischen 20 und 30 Prozent erwartet.

Pflegepersonalentlastende Maßnahmen wurden **von 3 auf 4 Prozent des Pflegebudgets erhöht**. Zudem wurde die **Übernahme der Kosten für Leiharbeiter in Höhe des Tarifes** klargestellt.

Die Regelungen des MDK-Reformgesetzes werden folglich dazu führen, dass die **Liquidität der Krankenhäuser und mittelfristig die stationären Leistungen (nach § 115b SGB V) reduziert werden**. Auch für das Planungswesen der Organisation ist erhebliche Unsicherheit mit diesen Regelungen verbunden.

Der DEKV hat sich im parlamentarischen Verfahren mit einer Stellungnahme und einer Beteiligung in der Verbändeanhörung eingebracht sowie verschiedene politische Hintergrundgespräche geführt.

Forderungen in der DEKV-Stellungnahme:

<https://dekv.de/positionen/mdk-reformgesetz-staerkere-orientierung-an-der-versorgungsrealitaet-bei-ethisch-kritischen-faellen/>

- *Leistungserbringer Krankenhaus muss eine eigene Stimme in den Organisationsstrukturen des MD Bund und der MD erhalten*
- *Statt Bürokratie zurück zum Menschen: Ethisch-kritische MDK Fälle fokussieren*
- *Definition der korrekten Abrechnung notwendig und Verweildauerprüfung aus der Quote der korrekten Abrechnungen herauslösen*
- *Erweiterung AOP-Katalog: Kriterien-Entwicklung für stationäre Behandlung notwendig, G-AEP-Kriterien (German appropriate evaluation protocol) bilden die Versorgungsrealität unzureichend ab*

Notfallreformgesetz: Integrierte Notfallzentren (INZ)

Anfang Januar 2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Referentenentwurf vorgelegt. Er hat das Ziel, „die Notfallambulanzen der Krankenhäuser, die Rettungsdienste und die Bereitschaftsdienste der Ärzte besser zu verzahnen. Unnötige Warteschlangen im Krankenhaus passen nicht zu einem der besten Gesundheitssysteme der Welt.“ Dabei sollen sogenannte Integrierte Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Krankenhausstandorten die Notfallversorgung übernehmen. Neben der Konkretisierung der INZ sind die Gemeinsamen Notfalleitstellen (GNL) weiterer Bestandteil der Reform. Sie sollen die „zentrale Lotsenfunktion“ übernehmen. Geplant ist, dass dabei die Träger der Rettungsleitstellen (112) und die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (116117) zusammenarbeiten. „Kernelement einer GNL ist die Vereinbarung über ein gemeinsames, verbindliches Ersteinschätzungsverfahren und die Steuerung in die gebotene Versorgungsstruktur“, so der Entwurf. Eine pauschale Vergütung je Hilfesuchendem sollen die 112-Rettungsleitstellen nur im Rahmen einer GNL erhalten. Dies soll über Vereinbarungen mit der GKV erfolgen. Als dritter Baustein ist vorgesehen, den Rettungsdienst künftig als eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherungen zu etablieren. Die „Vergütungen der Leistungen vereinbaren die zuständigen Landesbehörden oder die Rettungsdienststräger mit den Krankenkassen“, so das BMG.

Konkrete Regelungen zum INZ:

1.) Organisation: *INZ werden von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gemeinsam betrieben. Die wirtschaftliche und organisatorische Verantwortung soll gemeinsam erfolgen; ein Kooperationsvertrag zwischen den Partnern soll den Integrationsgrad in diesen Punkten bilateral festlegen. Die KVen erhalten eine dominierende Position. Können sich die Vertragspartner nicht auf einen Kooperationsvertrag einigen, greift ein mehrstufiger Schiedsmechanismus zur Konfliktlösung.*

2.) Finanzierung: *Über eine Grundpauschale je INZ und eine nach Schweregrad differenzierte Inanspruchnahmepauschale erfolgt die Finanzierung außerhalb des KV-Budgets. Sie soll auf Bundesebene zwischen DKG, KVB und GKV-SV vereinbart werden. Häuser ohne INZ sollen einen Vergütungsabschlag für ambulant erbrachte Notfalleistungen in Höhe von 50 Prozent erhalten.*

3.) Fachliche Leitung: *Die fachliche Leitung erhält die KV. Begründet wird dies mit dem Sicherstellungsauftrag.*

4.) Krankenhausstrukturen: *Das Notfallstufenkonzept für die Notfallversorgung (NFV) wird über die Etablierung der INZ (Aufgehen von Portalpraxen und Notfallpraxen in den INZ; räumliche Zusammenlegung von zentralen Notaufnahmen und Portalpraxen kann über Strukturfonds gefördert werden) konsequent weitergeführt. Erweiterte Landesausschüsse (§ 90a SGB V) wählen die INZ nach den bundeseinheitlichen Qualitäts- und Planungskriterien des G-BA aus. Für Kinder und psychisch Kranke gelten separate Regelungen. Vornehmlich sollen Krankenhäuser der erweiterten oder umfassenden Notfallstufe für ein INZ ausgewählt werden.*

5.) Bundeseinheitliche Planungs- und Anforderungskriterien: *Der G-BA erhält einen Aufgaben- und Kompetenzzuwachs. Er soll die Planungskriterien, die Aufgaben wie auch die organisatorische, personelle und apparative Ausgestaltung der INZ regeln. Die Konkretisierungen der Anforderungen für INZ werden vom G-BA innerhalb von 18 Monaten nach in Kraft-treten des Gesetzes beraten und beschlossen.*

6.) Länderbeteiligung: *Eine Beteiligung der Länder erfolgt über das G-BA-Verfahren im Unterausschuss Bedarfsplanung und über die Landesausschüsse nach § 90a SGB V.*

Gemeinsame Stellungnahme der Diakonie Deutschland und des DEKV

Die DEKV-Geschäftsstelle hat in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern eine gemeinsame Stellungnahme mit der Diakonie Deutschland zum Referentenentwurf erarbeitet und in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht.

<https://dekv.de/positionen/referentenentwurf-zum-gesetz-zur-reform-der-notfallversorgung/>

Um eine flächendeckende und qualifizierte Notfallversorgung sowie Versorgungssicherheit sicherzustellen, fordern die Diakonie Deutschland und der DEKV eindringlich folgende Änderungen vorzunehmen:

- *Risikostratifizierung der Notfallpatienten ist eine Schlüsselaufgabe Integrierter Notfallzentren (INZ)*
- *Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen: Klare Zuständigkeit für die organisatorische, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung*
- *Fachlich-medizinische Leitung des INZ nach fachlichen Kriterien vergeben*
- *Keine Bestrafung für Notfallbehandlung: Vergütungsabschläge ersatzlos streichen*
- *Versorgungssicherheit von Notfallpatienten garantieren: offener Zugang zum INZ für Krankenhäuser aller stationären Notfallstufen*

Zudem hat eine enge inhaltliche Abstimmung mit der medizinischen Fachgesellschaft DGINA stattgefunden. Diese basiert insbesondere auf dem inhaltlichen Thema „Älterer Notfallpatient“. Dazu besteht zwischen DEKV und DGINA seit Mitte 2018 eine gute Themenallianz, um diese Versorgungsherausforderung gemeinsam zu bearbeiten und abzumildern.

Das Gesetzesvorhaben INZ ist bislang noch nicht ins Kabinett eingebracht worden. Dem Vernehmen nach soll es erst im 1. Halbjahr 2021 ins parlamentarische Verfahren eingebracht werden.

Novellierung der Gesundheitsfachberufe

Durch Modernisierung der Ausbildung, (Teil-)Akademisierung, Abschaffung des Schulgeldes, Zahlung einer Ausbildungsvergütung und Übernahme von mehr Verantwortung in der Versorgung sollen die Gesundheitsfachberufe³ an Attraktivität gewinnen. Die Neuordnung der Gesundheitsfachberufe wird seit 2017 durch eine Bund-Länderarbeitsgruppe vorbereitet, die im März 2020 ein entsprechendes Eckpunktepapier vorlegte. In den Jahren 2019 und 2020 wurde die Hebammenausbildung in ein Hochschulstudium überführt. Die gesetzlichen Grundlagen und Ausbildungen zur Operationstechnischen, Anästhesietechnischen, Pharmazeutisch-technischen und Medizinisch-technischen Assistenz werden derzeit ebenfalls reformiert.

ATA-OTA-Gesetz⁴

Die Ausbildung der Anästhesietechnischen Assistenz und der Operationstechnischen Assistenz erhält mit dem ATA-OTA-Gesetz vom 14. Dezember 2019 erstmals eine staatliche Anerkennung und wird bundeseinheitlich geregelt. Dem Ausbildungsträger werden die Kosten über den Ausbildungsfonds nach § 17a KHG refinanziert, er ist verpflichtet den Auszubildenden eine Ausbildungsvergütung zu bezahlen und eine Praxisanleitung während 15 Prozent der praktischen Ausbildung zu gewährleisten. Die neuen Regelungen werden am 1. Januar 2022 wirksam.

Zusammen mit der Diakonie Deutschland beteiligte sich der DEKV an dem Stellungnahme-Verfahren zum Gesetzesentwurf (15. Mai 2019) und zur nachgelagerten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (14. Mai 2020). Die Verbandsposition erarbeitete die DEKV-Geschäftsstelle zusammen mit Expertinnen und Experten von Mitgliedskrankenhäusern und -schulen. Die wichtigsten Forderungen waren eine Erweiterung der Praxisanleitung, um die Ausbildungsqualität zu erhöhen und Ausbildungsabbrüche zu vermeiden sowie eine klarere Regelung zur Verteilung von Aufgaben und Verantwortung zwischen dem ausbildenden Krankenhaus und der Schule orientiert am Pflegeberufegesetz. Beide Forderungen fanden Eingang ins abschließende Gesetz.

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Schon frühzeitig plädierte der DEKV dafür, die Leerstandspauschale als Maßnahme zur Sicherung der Liquidität zu verstehen und an den Case-Mix-Index (CMI) zu binden. Ergänzend forderte der DEKV, einen Mindererlösausgleich auf Basis der Gesamterlöse des Jahres 2020 im Vergleich zu 2019 zu ermöglichen. So heißt es in der DEKV-Pressemitteilung vom 23. März 2020 **Mehr- und Mindererlöse verpflichtend ausgleichen**: Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Mehr- oder Mindererlöse, die aufgrund einer Epidemie entstehen, von den Vertragsparteien auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums gesondert verhandelt werden können. Hier fordert der DEKV § 4 Absatz 3 Satz 5 verpflichtender umzuformulieren: „... für Mehr- oder Mindererlöse, die aufgrund einer Epidemie entstehen können, haben die Vertragsparteien auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums einen von den Sätzen 3 und 4 abweichenden Ausgleich zu vereinbaren“.

Differenzierung der Freihaltepauschale

Das BMG ist im Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Mai 2020) ermächtigt worden, per Rechtsverordnung eine Differenzierung der Freihaltepauschale nach § 21 Abs. 3 KHG festzulegen. In der Begründung heißt es: „Eine Differenzierung ist angezeigt, wenn sich die durchschnittlichen Kosten

³ Es geht um die Berufe Diätassistent, Ergotherapie, Logopädie, Masseur/in und medizinische Bademeister/in, Medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent, Medizinisch-technische Radiologieassistent, Orthoptist/in, Physiotherapie, Podologie

⁴ Gesetz über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistenz und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistenz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistenz und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistenz

von verschiedenen Gruppen von Krankenhäusern unterscheiden und eine einheitliche Pauschale zu einer Über- oder Unterdeckung der durchschnittlichen Kosten führt.“ Außerdem wird festgehalten: „Dabei muss insbesondere sichergestellt werden, dass die Motivation der Krankenhäuser für eine Rückkehr zum Regelbetrieb nicht durch die Höhe der Ausgleichspauschalen gedämpft wird.“

COVID-Beirat gemäß § 24 KHG

Zentrales Thema war die Ausdifferenzierung der Leerstandpauschale. Ergebnis ist eine Ausdifferenzierung in fünf Erlöspauschalen für somatische Einrichtungen gekoppelt an die durchschnittliche Fallschwere je Tag. Folgende Aufteilung für die Somatik resultiert daraus:

CMI je Tag	Pauschale
< = 0,1475	360 Euro
< = 0,1642	460 Euro
< = 0,2111	560 Euro
< = 0,2346	660 Euro
> = 0,2346	760 Euro

Durch diese Anpassung erfolgte ab dem 1. Juli 2020 eine sachgerechtere Verteilung ohne Absenkung des monetären Gesamtvolumens für die Krankenhäuser. Neben der durchschnittlichen Fallschwere je Tag ist eine Meldung von Intensivbetten an das DIVI Register in der 19. und 20.KW Voraussetzung, um eine höhere Pauschale als 560 Euro zu erhalten.

Für **psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen** ist eine Anpassung der Pauschale auf 280 Euro vorgesehen. Besondere Einrichtungen können weiterhin 560 Euro geltend machen. Die Mehrkostenpauschale gilt weiter bis zum 30. September 2020. Für COVID-bestätigte Fälle sind künftig 100 Euro und 50 Euro für Nicht-COVID-Fälle abrechenbar.

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUG)

Seit 1. Januar 2019 gelten bundesweit für vier Krankenhausbereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie) Personaluntergrenzen durch die **Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUG)**.

Seit 1. Januar 2020 gelten Untergrößen auch für die Neurologie und Herzchirurgie. Zum 1. Januar 2021 sollen Untergrößen für die Bereiche Innere Medizin, Pädiatrie und Allgemeinchirurgie verordnet werden.

Die Sanktionen (Abschläge der stationären Erlöse oder Einschränkungen der Patientenzahlen) bei Nichteinhalten der Personaluntergrößen sind mit einem Schiedsspruch der Bundesschiedsstelle am 25. März 2019 zur PpUG-Sanktionsvereinbarung festgelegt worden. Damit sind seit dem 26. März 2019 die Sanktionen wirksam.

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Mit dem **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)** ist die Krankenhausvergütung **ab dem 1. Januar 2020** auf eine Kombination aus Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt worden. Dabei sind die ausgegliederten Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System in ein Pflegebudget überführt worden. Krankenkassen und Krankenhäuser verhandeln auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegestellen sowie der krankenhausesindividuellen Pflegekosten. In der Einführungsphase des Pflegebudgets werden Budgetminderungen für die Krankenhäuser begrenzt: In 2020 auf 2 Prozent und in 2021 auf 4 Prozent. Grundlage für die Ausgliederung ist die Pflegepersonalkostenausgliederungsvereinbarung, auf die sich die DKG und der GKV-SV nach intensiven Verhandlungen Ende 2019 geeint haben. Darin ist festgelegt worden, welche Berufsgruppen zur „Pflege am Bett“ zählen. Grundlage dafür war die INEK Kalkulationsmatrix und die Krankenhausbuchhaltungsverordnung.

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz führt mit dem **§ 137j SGB V in 2020 einen Pflegepersonalquotienten** ein. Ziel ist es, krankenhausesindividuell ein Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, um damit eine sichere Patientenversorgung zu gewährleisten. Dadurch erfolgt ein Ganzhausansatz für jedes Krankenhaus. Das BMG wird **im 4. Quartal 2020** die Untergröße sowie mögliche Ausnahmetatbestände per Rechtsverordnung festlegen. Diese Festlegung basiert auf einer Berechnung und Aufstellung der Personalquotienten aller Krankenhäuser Deutschlands durch das InEK. Diese Verordnung soll alle 3 Jahre überprüft und angepasst werden.

Ende Mai 2019 haben sich die DKG und der GKV-SV auf die **Sanktionsvereinbarung zum Pflegepersonalquotient** geeint, die ab 2021 gelten wird.

Insgesamt kann festgehalten werden: Die aktuellen gesundheitspolitischen Verordnungs- und Gesetzesverfahren (Pflegepersonaluntergrößen-Verordnung, Pflegepersonalstärkungsgesetz, MDK-Reformgesetz) sowie die Regelungen

(bspw. Qualitätsverträge, Mindestmengen, Zentren, Selektivverträge) aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, dem Krankenhausstrukturgesetz und dem Versorgungsverbesserungsgesetzesentwurf führen zu einer Profilierung der Krankenhausstrukturen über eine qualitätsorientierte Versorgung. Zudem soll die Verlagerung ambulant-sensitiver Operationen und Behandlungen zügig vollzogen werden.

Offenkundig ist es politisch gewollt, die Strukturdebatte der Gesundheitsversorgung über eine Qualitätsorientierung zu führen. Dadurch soll ein beschleunigter Wandel der Krankenhauslandschaft in Deutschland herbeigeführt werden.

4. Entwicklungen der Verbandsarbeit

Der Vorstand kam im Berichtszeitraum in 4 Präsenzsitzungen (12. September und 28. November 2019 in Berlin; 27. Februar 2020 in Berlin, 9. Juni 2020 in Düsseldorf) und in 2 Telefonkonferenzen (22. April und 8. Mai 2020) zusammen. In der Hochphase der Corona-Pandemie vom 17. März bis Ende Mai 2020 hatte der engere Vorstand täglich, später zwei- bis dreimal die Woche eine einstündige Telefonschleife zur Analyse der Situation und zur Abstimmung des Vorgehens und gemeinsamer Positionen.

Der DEKV hat über die Vertreter des DEKV in den Gremien der DKG und des G-BA die Interessen der evangelischen Krankenhäuser eingebracht. Die Rückkopplung mit den evangelischen Krankenhäusern ist über die Geschäftsstelle, Vorstandsreferate, die DEKV-Expertengruppen und den Vorstand erfolgt. Beispielsweise bearbeitet der DEKV die Neuorganisation der Notfallversorgung inklusive des Konzeptes der Integrierten Notfallzentren aus der Perspektive der älteren Notfallpatienten. Ziel ist über den Patientenfokus einen Handlungsbedarf für die strukturelle Anpassung aufzuzeigen. Auch die Herausforderung bei der sekundären Fehlbelegung bzw. der oberen Grenzverweildauer im Kontext des MDK-Reformgesetzes ist über die Gruppe der ethisch-kritisch MDK-Fälle bearbeitet worden. Damit werden das Entlassmanagement und das Überleitungsmanagement wie auch die unzureichenden Plätze und Kapazitäten im nachstationären Versorgungssetting in den Blick genommen.

Durch die **Entsendung einer DEKV-Vertreterin, Frau Katja Rosenthal Schleicher, Evangelisches Klinikum Bethel und Mara gGmbH**, in die **Fachexpertengruppe Pflegebedarfsbemessungsinstrument und PPR 2.0 der DKG** hat sich der DEKV intensiv an der fachlichen Diskussion und Weiterentwicklung PPR 2.0 beteiligt. Die intensive Rückkopplung der eingebrachten Positionen mit den Vertretern des Vorstandsreferates Pflege, Medizin und Qualität (VSR PMQ) haben dazu geführt, die Themen Qualifikationsmix und besonderer Pflegebedarf vulnerabler Patientengruppen in die Weiterentwicklung von PPR 2.0 einzubringen. Im ersten Schritt wurde der Qualifikationsmix in der beauftragten wissenschaftlichen Weiterentwicklung berücksichtigt.

Der DEKV hat sich an der **AG Investitionsfinanzierung der DKG im Februar 2020** mit Herrn **Tim Allendörfer, Agapulsion gAG**, beteiligt. Beraten wurden **Eckpunkte der Investitionsfinanzierung**.

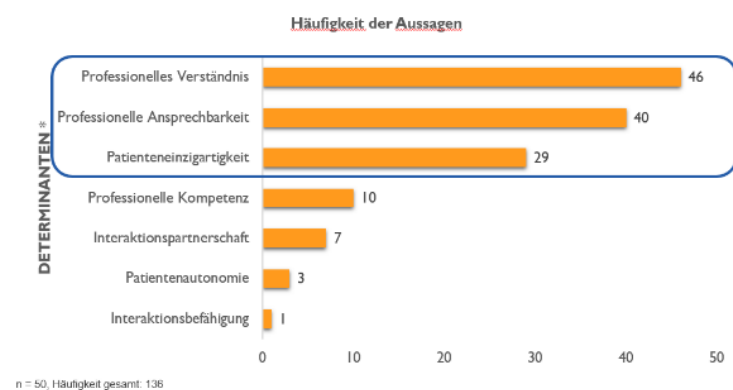
Der DEKV-Vorsitzende vertritt die **Interessen der evangelischen Krankenhäuser in der Konferenz für Diakonie und Entwicklung** sowie im **Ausschuss Diakonie**, dessen Hauptaufgabe es ist, den Vorstand des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung (EWDE) bei inhaltlichen Fragen zu beraten.

Darüber hinaus wurde das **gesundheitpolitische Netzwerk des DEKV** in die Politik, Selbstverwaltung, Medien, Verbände, Wissenschaft, Gewerkschaften und Diakonie weiter ausgebaut und konsolidiert. Der Vorsitzende und die Verbandsdirektorin sowie die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des DEKV und Mitglieder des Vorstandes haben fortlaufend eine Vielzahl an Gesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitspolitik, der Gesundheits- und Versorgungsforschung und des Gesundheitswesens geführt, um den DEKV und seine spezifischen Themen vorzustellen, den fachlichen Dialog aufzunehmen und zu verstetigen.

4.1 Profilverwaltung: Netzwerklandschaft und Themenprofilierung

Auf Initiative des Vorsitzenden des BEB haben die Vorsitzenden der drei großen unternehmerischen Fachverbände (DEKV, VdDD und BEB) zusammen mit dem Vorsitzenden des Diakonie-Landesverbandes Niedersachsen angeregt, über die Verankerung von theologischer Kompetenz in der Führung von diakonischen Unternehmen nachzudenken. Unter dem Titel **„Für die Zukunft gedacht. Theologische Kompetenz in diakonischer Führungsverantwortung“**, fand am **12./13. September 2019** in Berlin gemeinsam mit der fakd ein Werkstattgespräch statt. Beraten wurde, wie theologische Kompetenz zukünftig in Vorständen und Geschäftsführungen diakonischer Unternehmen verankert werden kann, um die Verantwortung für die diakonische Prägung und Kultur in den Unternehmen zu gewährleisten.

Das mit einer interdisziplinären Zukunftswerkstatt im Januar 2019 gestartete **Projekt DEKV-Zuwendungsindex** wurde in Gesprächen mit Vertretern der Wissenschaft, Medizin, Versorgungsforschung und Krankenkassen im Berichtszeitraum weiterverfolgt. Beim Evangelischen Kirchentag 2019 ist eine **DEKV-Umfrage „Was ist Zuwendung im Krankenhaus für mich?“** durchgeführt worden. 50 Besucher haben an der schriftlichen Umfrage teilgenommen. Aus den Antworten sind elf Merkmalsausprägungen (*Patientenwunsch, Ganzheitlichkeit, Partizipation, Empowerment, vertrauliche Beziehung, Spiritualität und Geistlichkeit, Kommunikation, Zeit, Qualität, pflegerische und medizinische Behandlung, Fürsorge, Unterstützung*) abgeleitet worden. Die Merkmalsausprägungen sind den sieben Determinanten einer patientenzentrierten Versorgung nach Bastemeijer et al. (2016) zugeordnet worden. Die Auswertung zeigt, dass das **latente Phänomen der Zuwendung** am häufigsten mit **professionellem Verständnis, professioneller Ansprechbarkeit und Patienteneinzigartigkeit** verbunden ist.



* mod. Determinanten einer patienten-zentrierten Versorgung nach Bastemeijer et al., 2016

Das Ergebnis deutet darauf hin, dass das **Konstrukt Zuwendung im Spannungsfeld zwischen RUNDUM UMSORGT versus LATENTE ÜBERGRIFFIGKEIT zu verorten** ist. Dies im Klinikalltag auszubalancieren ist eng verbunden mit dem Ethos und bedarf eines Freiraums in der Entscheidung des Handels. Es muss das richtige Maß für jeden Patienten unter Berücksichtigung der Patientenindividualität und -autonomie bestimmt werden. Um dies gesichert entscheiden zu können, bedarf es einer hohen und permanenten Reflektion des eigenen Handelns.

Die **2. interdisziplinäre Zukunftswerkstatt DEKV-Zuwendungsindex** fand am **9. Dezember 2019 im Kirchenamt der EKD in Hannover** statt. **10 Experten** aus den Bereichen Medizin, Ökonomie, Pflege, Wissenschaft, Sozialgerichtsbarkeit, Kirchen, Theologie und Ethik nahmen teil.

Die Teilnehmenden erhielten Impulse über Zuwendung und deren Wesenhaftigkeit aus theologischer, kirchlicher, medizinethischer und medizinischer Perspektive. Darüber hinaus wurden die Stärken und Schwächen quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden zur Erfassung latenter, nicht fassbarer Phänomene vorgestellt: Sie seien am besten durch einen Mixed-Methods-Ansatz zu erfassen, so Frau Dr. Inthorn, ZfG. Ein Vertreter des Kölner Forschungsinstituts Rheingold Institut stellte die Tiefeninterviews „Übersorgung“ im Auftrag der Bertelsmann Stiftung vor. Das Ergebnis, dass viele Patienten Behandlung, Operation und Medikamentengabe als Zuwendung verstehen, wurde auch von den teilnehmenden Medizinern bestätigt. Patienten würden heute eine Diagnosestellung unter anderem mit Zuwendung gleichsetzen. Das Angebot eines persönlichen Gesprächs wird von Patienten hingegen teilweise als beängstigend wahrgenommen.

Der Vorsitzende ordnete Zuwendung in einen biblisch-theologischen Kontext ein. Zuwendung bedeutet unter anderem, mit allen Bedürfnissen gesehen zu werden. Der Zuwendungsindex könne einen Beitrag leisten, das nicht-sichtbare in die erfahrbare Welt zu holen. Im Ergebnis sind sich die Teilnehmenden einig, dass Zuwendung integraler Bestandteil eines jeden, aber insbesondere eines evangelischen/konfessionellen Krankenhauses sein muss. Die Experten haben dem DEKV empfohlen, ein Forschungsprojekt zur Entwicklung eines Zuwendungsindex mit Anbindung an die Qualitätsdebatten im Gesundheitswesen aufzulegen. Der DEKV-Vorstand hat den Vorsitzenden und die Verbandsdirektorin beauftragt, Sponsoring für das Projekt zu akquirieren.

Bei dem vom BMG geförderten **Symposium Heidelberger Meilenstein Kommunikation (HeiMeKOM) Ende Januar 2020** moderierte die Verbandsdirektorin zusammen mit Prof. Dr. Nagel, Uni Bayreuth, einen Workshop zum Thema Institutional Readiness. Diskutiert wurde, wie ein Übergang von der Projekt- zur Regelfinanzierung gestaltet werden könnte. Als Beispiel diente ein strukturiertes Kommunikationskonzept für Patienten mit metastasiertem Lungenkrebs und deren

An- und Zugehörige. Da Kommunikation zentrale Bedeutung für Zuwendung hat, wurde verabredet, mit HeiMeKOM, Uni Bayreuth und BMG im engen Dialog zu bleiben.

Über **50 Vertreterinnen und Vertreter** der evangelischen Krankenhäuser, Ersatzkassen, Knappschaft und Betriebskrankenkassen, des IQTIG und der Spitzenverbände trafen sich am **7. Februar 2020 im Krankenhaus Mara, Bielefeld**, zu einer **DEKV-Zukunftswerkstatt Qualitätsverträge**. Die Teilnehmenden aus Medizin, Pflege, Management, Ethik, Wissenschaft und Kostenträger diskutierten über die notwendigen Kriterien für eine verbesserte medizinische Versorgung von Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen. „Wenn nicht wir uns für die Belange von Menschen mit Behinderungen einsetzen, wer dann?“ Diese Frage stellte Dr. Rainer Norden in seinem Grußwort. Der Bethel-Vizechef spielte damit auf das bundesweite Netzwerk der evangelischen Krankenhäuser an, die sich im Deutschen Evangelischen Krankenhausverband zusammengeschlossen haben. Und er kündigte gleichzeitig die volle Unterstützung der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel an: „Die Einführung der Qualitätsverträge ist ein essentieller Meilenstein, um die Krankenversorgung dieser Menschen zu verbessern. Bethel wird sich gemeinsam mit dem DEKV für die Umsetzung dieses Vorhabens einsetzen.“ Christoph Radbruch, DEKV-Vorsitzender ergänzte: „Unser diakonisches Profil spiegelt sich nicht in den Krankenhauskapellen wider. Unser diakonisches Profil drückt sich vielmehr in der alltäglichen Arbeit aus.“ Es liege daher auf der Hand, so Radbruch, weiter den Dialog zwischen den Krankenkassen und den evangelischen Krankenhäusern zu intensivieren, um dem gemeinsamen Ziel eines kassenübergreifenden Qualitätsvertrags für Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus näher zu kommen. Dazu sei eine Prüfung der Maßnahmen und Konzepte notwendig. „Aus dieser Analyse können dann Vertragsbausteine entstehen.“ Der Vorschlag eines modularen Systems, eines „Vertragsbaukastens“, wurde besonders von kleineren und mittelgroßen Krankenhäusern interessiert aufgenommen. Eine der zentralen Herausforderungen für die Qualitätsverträge ist die Festlegung der Evaluationskennziffern. Der IQTIG-Vertreter informierte und ermutigte, sich dem Thema anzunähern.

In der DEKV-Mitgliedschaft fand die Veranstaltung eine hohe Resonanz. Auch wurden Vertreterinnen und Vertreter aus evangelischen Krankenhäusern erreicht, die bisher nicht aktiv im DEKV-Netzwerk waren.

4.2 Stakeholderengagement: Bekanntheits- und Vernetzungsgrad des DEKV erhöhen

In der Verbandsarbeit wurde das systematische Stakeholder-Engagement beim DEKV weiter vertieft. Dazu sind vielfältige Vernetzungsaktivitäten in die verschiedenen Bereiche erfolgt. Neben klassischen Instrumenten der Öffentlichkeitsarbeit, wie Pressemitteilungen, sind neue DEKV-eigene Formate durchgeführt worden.

Öffentlichkeitsarbeit

Im Berichtszeitraum wurden neben Pressemitteilungen verstärkt professionell gestaltete Infografiken eingesetzt. Diese Form der Informationsaufbereitung für Fakten, Botschaften und Forderungen ist vielfältig in den Medien und von politischen Akteuren aufgegriffen worden. Zur Information der Mitglieder ist der DEKV-Newsletter überarbeitet worden. Er hat feste inhaltliche Kategorien und wurde neu gestaltet.

Im Berichtszeitraum sind **38 DEKV-Pressemitteilungen** veröffentlicht worden.

- *21.05.2019 Diakonie Deutschland und DEKV fordern klare Verantwortungen und mehr Praxisanleitung für Anästhesietechnische und Operationstechnische Assistenten*
- *24.05.2019 DEKV fordert mehr Flexibilität bei den Personaluntergrenzen*
- *04.06.2019 Pflege muss nach der KAP an erster Stelle auf der politischen Tagesordnung bleiben*
- *07.06.2019 MDK-Reformgesetz: DEKV fordert stärkere Orientierung an der Versorgungsrealität bei ethisch-kritischen Fällen*
- *16.07.2019 Flächendeckende Krankenhausversorgung erhalten*
- *17.07.2019 DEKV: MDK-Reformgesetz vernachlässigt die Folgen des demografischen Wandels in Deutschland*
- *19.07.2019 Der DEKV trauert um seinen ehemaligen Vorstandsvorsitzenden Pastor Dr. Wolfgang Helbig*
- *13.08.2019 DEKV fordert Modernisierung der Parameter des vorgeschlagenen Pflegepersonalbemessungsinstrumentes*
- *15.08.2019 Qualitätsverträge: DEKV fordert mehr Tempo und Engagement von den Krankenkassen*
- *13.09.2019 DEKV zur Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen: Das Patientenwohl muss im Mittelpunkt stehen*
- *17.09.2019 Tag der Patientensicherheit: Ältere Notfallpatienten erfordern mehr Aufmerksamkeit*
- *30.09.2019 DEKV: Pflegepersonaluntergrenzen dürfen die qualifizierte Patientenversorgung nicht gefährden*
- *10.10.2019 DEKV: Hospizarbeit ist mehr als Begleitung am Lebensende*
- *14.10.2019 DEKV: MDK-Reformgesetz muss das Entlassmanagement bei ethisch-kritischen Fällen stärken*
- *08.11.2019 DEKV: „MDK-Reformgesetz ist eine große Enttäuschung“*
- *15.11.2019 Welt-Frühgeborenen-Tag: Die Aller kleinsten qualifiziert versorgen*
- *28.11.2019 Advent im Krankenhaus – Patienten ganzheitlich versorgen*
- *02.12.2019 DEKV: Leiharbeit im Krankenhaus muss mittelfristig überflüssig werden*
- *06.12.2019 DEKV gratuliert Saskia Esken und Norbert Walter-Borjans zum Parteivorsitz und betont die Bedeutung der Gesundheitsversorgung in der öffentlichen Daseinsvorsorge*
- *17.12.2019 Fit für die Hebammenarbeit in der Wahlheimat Deutschland*
- *14.01.2020 DEKV: PPR 2.0 stellt die Weichen in die richtige Richtung*

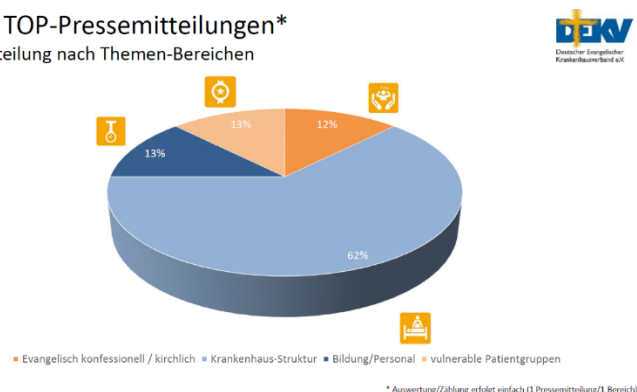
- 16.01.2020 DEKV begrüßt die Zustimmungslösung bei der Organspende
- 23.01.2020 DEKV: Arbeitsbedingungen für Ärzte attraktiv gestalten
- 07.02.2020 Gemeinsames Engagement für die qualifizierte Versorgung von Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen durch Qualitätsverträge von DEKV, Bethel Mara und Ersatzkassen
- 17.02.2020 Diakonie Deutschland und DEKV fordern eine flächendeckende und qualifizierte Notfallversorgung für alle Patienten
- 06.03.2020 DEKV ruft Politik und Krankenkassen zum Handeln auf: Kostenexplosion bei Schutzkleidung aufgrund der Corona-Krise
- 17.03.2020 Diakonie Deutschland und DEKV fordern Corona-Sofortprogramm zur Liquiditätsstützung von Krankenhäusern
- 23.03.2020 DEKV fordert Nachbesserungen beim Krankenhausentlastungsgesetz
- 08.04.2020 DEKV: Durch Corona ist Ostern anders
- 15.04.2020 DEKV: Pflegeausbildung unter besonderen Bedingungen
- 04.05.2020 Hebammen an evangelischen Krankenhäusern: Wir lassen niemanden allein
- 11.05.2020 DEKV: Qualifizierte Patientenversorgung braucht kompetente Pflegekräfte
- 14.05.2020 DEKV: Anpassung der tagesbezogenen Ausgleichspauschale für Krankenhäuser muss sich nach der Fallschwererichten
- 20.05.2020 Diakonie Deutschland und DEKV: Leistungen während der Ausbildungszeit müssen in die Prüfungsnoten einfließen
- 28.05.2020 DEKV: Qualifizierte Versorgung in evangelischen Krankenhäusern überzeugt
- 04.06.2020 DEKV: „Zukunftsprogramm Krankenhäuser ist ein Schritt in die richtige Richtung“
- 19.06.2020 DEKV: Freigemeinnützige Krankenhäuser haben bei der Patientenzufriedenheit die Nase vorn
- 05.08.2020 DEKV warnt vor voreiligen Schlussfolgerungen aus der Pandemie für die Krankenhaus-Strukturplanung

Die Medienresonanz auf die Pressemitteilungen war durchweg gut. Die Pressemitteilungen wurden **1.805** Mal in Print, Online und Social Media aufgegriffen; die Reichweite betrug damit 152,5 Millionen. In 2019 erfolgten 20 freie Berichterstattungen und 27 von Januar bis August 2020.

Die Berichterstattung in Print, Online und Social Media der Top 15 Pressemitteilungen des DEKV erfolgte zu 62 Prozent zu Krankenhausstrukturthemen. Kirchlich, evangelisch-konfessionelle Themen wurden mit einem Anteil von 12 Prozent in der Berichterstattung aufgegriffen, vulnerable Patientengruppen mit 13 Prozent und das Thema Bildung & Personal war mit 13 Prozent vertreten.

15 TOP-Pressemitteilungen*

Verteilung nach Themen-Bereichen



DEKV-eigene Plattformen

Engagiert diskutierten rund **100 Entscheiderinnen und Entscheider sowie Young Professionals** aus den evangelischen Krankenhäusern die Herausforderungen und die Potenziale digitaler Transformation im Gesundheits- und Krankenhauswesen auf der **DEKV-Jahrestagung 2019: „Von der Innovation zum Impact: Ist Digitalisierung alles? Personal ist alles!“ am 17. Mai 2019 in Berlin**. Mit dabei waren die Referenten Prof. Dr. Bertram Häussler, Leiter IGES Institut GmbH, Dr. Pablo Mentzini, Dr. Eduard Hergenreider, beide SAP SE, sowie Prof. Dr. Gert Antes, ehem. Wissenschaftlicher Vorstand der Cochrane Deutschland Stiftung, und Swantje Napp, Personalentwicklung Deutsche Telekom AG. Aus der Diskussion wurde klar: Es braucht eine gemeinsame Vision für die facettenreiche Digitalisierung im Krankenhaus in der (evangelischen) Krankenhausbranche. Ferner wurde das Thema strategische Personalpolitik ausgelotet. Anregungen dazu erhielten die Teilnehmenden von der Deutschen Telekom. Darüber hinaus wurden die möglichen Folgen der jüngsten regulativen Eingriffe der Politik, Auskopplung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System und Personaluntergrenzen, erörtert.

Der **Parlamentarische Abend des DEKV am 16. Mai 2019** im Dachgartenrestaurant des Deutschen Bundestages wurde mit einer **Keynote von Dr. Thomas Gebhart, Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit**, eröffnet. Die Veranstaltung hatte eine gute Resonanz im parlamentarischen Raum und ist bei der DEKV-Mitgliedschaft auf großes Interesse gestoßen. Teilgenommen haben 120 Personen. Aus den Bundesministerien, der Selbstverwaltung, den Verbänden und den evangelischen Krankenhäusern waren hochrangige Vertreter anwesend.

DEKV auf etablierten Plattformen

Erstmals hat der DEKV beim **Evangelischen Kirchentag im Juni 2019** mit einem eigenen Messestand Präsenz gezeigt und sich mit den Themen Strukturdaten evangelischer Krankenhäuser und vulnerable Patientengruppen präsentiert. 200 Entscheider und Fachvertreter aus den Bereichen Krankenhaus, Politik, Diakonie, Kirche, Wissenschaft und Pflege besuchten den DEKV-Messestand in Dortmund. Die Gespräche waren qualitativ hochwertig und haben jeweils im Durchschnitt 15 Minuten gedauert. Die **DEKV-Befragung „Was ist Zuwendung im Krankenhaus für mich?“** fand gute Resonanz. In der Gesamtschau wird der viertägige Messeauftritt positiv und als geeignete Plattform für die Anspruchsgruppen aus der DEKV-Mitgliedschaft, Kirche, Politik, Diakonie und der breiten Öffentlichkeit gewertet. Zudem waren die Abendempfänge eine gute Gelegenheit, um sich mit Vertretern aus Kirche, Politik und Diakonie zu vernetzen und eine Präsenz des DEKV zu zeigen.

Die **Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD)**, die gemeinsame politische Initiative des DEKV und des kkvd, haben sich im **November und Dezember 2019 zum zweiten Mal bei den Bundesparteitagen der CDU in Leipzig und der SPD in Berlin** präsentiert. Die Gespräche wurden geprägt von den Themen MDK-Reformgesetz, Pflege, Leiharbeit und Notfallversorgung. Bundesparteitage sind gute Plattformen, um mit vielen Bundesdelegierten der Parteien und Ministern sowie Fachpolitikern und Krankenkassenvertretern Kontakt aufzunehmen und in einen vertieften Dialog zu den krankenhauspolitischen Fachthemen einzutreten. Die Nachbereitung der Parteitagspräsenz seitens DEKV hat zu vielen Folgegesprächen geführt.

Der Vorsitzende hielt im Rahmen des **Fachtages der Behindertenverbände am 28. Januar 2020 in Kassel** einen Vortrag zur Erstattung der Behandlung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus. Seitens der Behindertenmediziner gab es ein hohes Interesse analog zu den Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZE) gemeinsam mit dem DEKV das Thema der Vergütungsform Besondere Einrichtungen für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu bearbeiten.

4.3 Zusammenarbeit mit den diakonischen Fachverbänden der Fachgruppe 1

Der interverbandliche Fachaustausch sowie die Abstimmung politischer Positionen zwischen den Verbänden der Unternehmensdiakonie erfolgt durch Quartalsitzungen der Geschäftsführungen sowie durch ein Jahrestreffen der Vorsitzenden und der Geschäftsführungen.

Diese Abstimmungsrunden fanden an folgenden Terminen statt:

- Treffen der Geschäftsführungen: September 2019 und Februar 2020 in Berlin
- Jahrestreffen der Vorstände und Geschäftsführungen: Juni 2019 und Juni 2020 (Corona-bedingt ausgefallen)
- Teilnahme des Vorsitzenden an der Fachverbandskonferenz im September 2019

4.4 Gremienmanagement: Interessen evangelischer Krankenhäuser bündeln

Für die fachliche und politische Arbeit des DEKV ist der Vorstand verantwortlich, der durch die Vorstandsreferate und Expertengruppen unterstützt wird. Die Verbandsdirektorin und Mitarbeitenden der Geschäftsstelle geben Impulse für die Gremienarbeit und sind für Vorbereitung und Umsetzung der Beschlüsse verantwortlich. Die Fachexperten evangelischer Krankenhäuser und die Mitarbeitenden des DEKV arbeiten so eng zusammen.

Vorstand:

- **Vorstandssitzung am 12. September 2019, Berlin**
Der Vorstand beriet die Positionierung des DEKV zu folgenden Themen: Strukturänderung des Fachverbandes EHK/Grüne Damen und Herren, Pflege Themen (Untergrenzen, PPR 2.0, Ausgliederung aus DRG, Pflegebudget), MDK-Reformgesetz.

Der Vorstand beriet und beschloss die folgenden Veranstaltungen:

- CKiD Jahrestagung 2020 „Ethische Fragen der Digitalisierung“
 - Beteiligungen an den Bundesparteitagen der CDU und der SPD in 2019
 - 2. Zukunftswerkstatt „DEKV Zuwendungsindex“ im Dezember 2019
- **Vorstandssitzung am 28. November 2019, Berlin**
Im Mittelpunkt der Sitzung stand die Diskussion um die Folgen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und die Auswirkungen auf eine qualifizierte Versorgung von Menschen mit Behinderungen: Durch den Start

der Personaluntergrenzen in der Neurologie ab 1. Januar 2020 müssen betroffene Mitglieder ab 2020 Heilerziehungspflege (HEP) durch Gesundheits- und Krankenpflege (GKP) ersetzen. Die Diakonie Deutschland, der DEKV und die Arbeitsgemeinschaft diakonischer Epilepsie-Zentren haben sich am 16. September 2019 mit einem gemeinsamen Brief an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gewandt. Weitere Themen waren die Krankenhausfinanzierung über regionale Budgets u. Regionalbudgets/Capitation-Modell, G-BA Verfahren zu Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c sowie Diakonie Deutschland Projekte zur Ausbildung von Pflegekräften aus Drittstaaten, Vorhaben zur nicht-invasiven Pränatal Diagnostik und zur Leiharbeit im Krankenhaus.

Der Vorstand beriet und beschloss die folgenden Veranstaltungen:

- DEKV-Pflegeforum 2020

Zudem wurden Berufungen von Mitgliedern für die Gremien des DEKV beschlossen.

▪ **Vorstandssitzung am 27.02.2020, Berlin**

Neben der Diskussion der aktuellen krankenhauspolitischen Themen standen folgende Themen auf der Agenda: Datenerhebung zur den Pflegepersonaluntergrenzen für Allgemeinchirurgie, Innere Medizin und Pädiatrie, die Projekte zum Internationalen Tag der Pflege zusammen mit der Diakonie Deutschland und den anderen Fachverbänden, die Hebammenqualifizierung und die IGES Studie Hebammenversorgung. Die Verbandsdirektorin berichtete über die laufende Lohnsteuer-Außenprüfung 2015-2018.

Der Vorstand beriet und fasste folgende Beschlüsse:

- Strategietagung Evangelischer Krankenhausmarkt 2030 im Ruhrgebiet
- Ethisch-kritische MDK-Fälle – Regelung im Entlassmanagement

Es wurde Berufungen von Mitgliedern für die Gremien des DEKV beschlossen.

▪ **Vorstandssitzung per Webex am 22. April 2020**

Der Vorstand diskutierte schwerpunktmäßig die Regelungen des COVID-19- Krankenhausentlastungsgesetzes: Komplexität der finanziellen Auswirkungen und das Zusammenwirken der Einzelregelungen des Rettungspaketes. Eine Folgekostenabschätzung konnten nur als Annäherung durchgeführt werden, da sowohl im Hinblick auf die Zahl der COVID-19-Fälle als auch bei den Auswirkungen des Wegfalls der Wahlleistungen und ambulanter Leistungen hohe Unsicherheit herrschte.

Im Fokus stand das Thema **Ausgleich der Tagespauschale bei Minderleistungen**. Die Teilnehmenden diskutierten die vielen Facetten und möglichen Auswirkungen auf die evangelischen Krankenhäuser. Diese können von den Mitgliedshäusern gegenwärtig nur als Annäherung beziffert werden.

Grundsätzlich bestand Einigkeit darüber, dass es durch die Pauschale Häuser geben wird, für die entweder die Pauschale auskömmlich ist oder die Mehrerlöse oder Mindererlöse haben werden. Es zeigte sich aber bereits an der Pauschale für zusätzlich geschaffene Beatmungsgeräte, dass die Politik große Kostentransparenz einfordern wird. Es wurde darauf hingewiesen, dass eine Gewinnmaximierung auf Kosten der Gesellschaft nicht mit dem evangelischen Leitbild vereinbar ist.

▪ **Vorstandssitzung per Webex am 08. Mai 2020**

Im Mittelpunkt der Sitzung standen vorgeschlagene Maßnahmen des COVID-Beirates und des beratenden internen DKG Expertengremiums: Differenzierung der Leerstandspauschale, Budgetverhandlungen, Kosten für Testung und Sachkosten im Kontext der Behandlung von COVID-19-Patienten.

Der Vorstand beschloss die folgenden Positionen:

- 1) Die Leerstandspauschale wird als eine Maßnahme der Liquiditätssicherung verstanden, die nachträglich nicht verändert werden sollte.
- 2) Falls eine Diskussion über die Differenzierung der Pauschale nicht verhindert werden kann, sollte eine Differenzierung über die Kopplung mit der durchschnittlichen Fallschwere der Häuser erfolgen, da bei aller Unschärfe diese Kennzahl das Leistungsgeschehen noch am besten spiegelt. Eine Differenzierung nach Bettenklassen oder Versorgungsstufen (Universitätskliniken) ist abzulehnen.

- 3) Die Absicherung der Erlöse sollte über Verhandlungen zum Ausgleich von Mindererlösen mit einem hausindividuellen Mindererlösausgleichssatz erfolgen. Ausgangsbasis dafür ist die Ist-Leistung 2019 als Vergleichspunkt. Es muss erwartet werden, dass die Kassen dann auch einen Ausgleich der Mehrerlöse fordern werden.
- 4) Grundsätzlich sollten weitere Sondertatbeständen durch COVID-19 durch Zuschläge im Budget geregelt werden.
- 5) Es wird die Forderung nach einer gesetzlichen Pflicht zur Testung der Mitarbeitenden unterstützt, da damit die Forderung einer Refinanzierung durch den Bevölkerungsschutz verbunden werden kann.

▪ **Vorstandssitzung 09. Juni 2020, Düsseldorf**

Im Mittelpunkt der Sitzung stand die Diskussion der Strukturbedingungen evangelischer Krankenhäuser und die Strukturdebatte mit Prof. Dr. Boris Augurzky. Weiter wurden die Auswirkungen der Differenzierung der Freihaltepauschale, die Refinanzierung der PCR-Testung und das evangelische Profil diskutiert. Letzteres basierte auf der Grundlage eines Positionspapiers, das von den Vorstandsreferenten Theologie und Ethik ausgearbeitet wurde.

Es wurden Berufungen von weiteren Mitgliedern für die Gremien des DEKV und der DKG beschlossen.

DEKV-Expertengruppen:

Zur inhaltlichen Bearbeitung der Themen sind vom Vorstand seit September 2017 verschiedene Expertengruppen einberufen worden. Ziel ist, profunde und mit der Mitgliedschaft rückgekoppelte Standpunkte und Positionen für fachspezifische Themen gemeinsam mit Vertretern der Krankenhauspraxis zu erarbeiten. Dazu organisiert der DEKV in den Expertengruppen die zeitlich befristete Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Professionen aus den evangelischen Krankenhäusern. Sie analysieren und bearbeiten aktuelle und zukünftige Themen, um gemeinsame Standpunkte für den DEKV abzuleiten.

Folgende Themen werden bearbeitet:

- *Auskopplung Pflegepersonalkosten*
- *Qualitätsverträge nach § 110a SGB V*
- *Zentren § 136c Abs. 5 SGB V*
- *Ethisch-kritische MDK-Fälle/MDK-Reformgesetz*
- *Geburtshilfliche Strukturen und Hebammenqualifizierung*
- *Rolle evangelischer Krankenhauseelsorge in evangelischen Krankenhäusern*

Die **15 Mitglieder** der **DEKV-Expertengruppe „Ausgliederung Pflegepersonalkosten“** trafen sich im **Juni 2019** mit zwei Vertretern der Krankenhausfinanzierung des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) in Berlin. Es fand ein offener Austausch zu ersten Erfahrungen mit den Pflegepersonaluntergrenzen statt. Darüber hinaus wurde zum aktuellen Umsetzungsstatus des politischen Auftrags der Ausgliederungsvereinbarung auf Bundesebene berichtet. Mit den Gesprächspartnern des GKV-SV sind die DEKV-Mitglieder in einen intensiven und konstruktiven Dialog eingetreten. Deutlich wurde: Die Folgen und Auswirkungen der Auskopplung von 15 Milliarden Euro Pflegepersonalkosten für das DRG-System bzw. auf die Sachkosten-DRG sind sowohl für die Seite der Krankenhäuser als auch der Kassen offen. Sensibilisiert wurde für die besonderen Einrichtungen und die Qualitätsverträge und für eine Klarheit in der Formulierung der Bundesvereinbarungen.

Die konstituierende Sitzung der **DEKV-Expertengruppe „Ethisch-kritische MDK-Fälle“** fand im **September 2019** mit **25 Mitgliedern unter Beteiligung von kvvd-Mitgliedern** am Evangelische Kliniken Essen-Mitte (KEM) statt. Die Gruppe bewertete die Regelungen infolge des MDK-Reformgesetzes. Darüber hinaus wurde die Auswertung einer Fallsammlung zu ethisch-kritischen MDK-Fällen aus evangelischen und katholischen Krankenhäusern durch die DEKV-Geschäftsstelle erörtert. In den Blick genommen wurde dabei unter anderem in welcher Häufigkeit Fallprüfungen erfolgten und welche Art der Versorgungslücken zu Fallprüfungen führten. Herr Dr. Antonius Reifferscheid, rwi/hcb GmbH, hielt einen Impulsvortrag über die Studie im Vorfeld des MDK-Reformgesetzes und stellte verschiedene Lösungsvorschläge und Handlungsoptionen vor. Gemeinsam wurden diese kritisch-wertschätzend diskutiert. Die Mitglieder der Expertengruppe verständigten sich einvernehmlich darauf, für die Weiterbearbeitung die sekundäre Fehlbelegung und das Entlassmanagement zu fokussieren. Im Nachgang haben der Vorsitzende und die Verbandsdirektorin mit Gesprächen und Aktivitäten dazu beigetragen, den Medizinischen Dienst, die Krankenkassen und die Politik für diese Themen zu sensibilisieren.

Die **DEKV-Expertengruppe „Geburtshilfliche Strukturen und Hebammenqualifizierung“** traf sich mit **8 Teilnehmern** im **Oktober 2019** in Berlin. Fokusthemen waren der Entwurf der Studien- und Prüfungsverordnung des BMG und die

DEKV/Diakonie- Stellungnahme, Organisation und Qualität eines Hebammengeleiteten Kreißsaals, Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus als Arbeitgeber und der Hochschule im Rahmen des Studiums.

DEKV-Vorstandsreferate:

Die Vorstandsreferate und der Ausschuss Kommunikation tagen zweimal im Jahr. Ihre Mitglieder sind vom Vorstand berufen.

Vorstandsreferat Pflege, Medizin und Qualität

Sprecher: Johannes Koschig, Pflegedirektor der Diakonissenkrankenhaus Dessau gGmbH (edia.con/Agaplesion)

Mitglieder: Birgit Baier, Ev. Krankenhaus Paul Gerhardt Stift, Dr. Gabriele Beckert, Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Prof. Dr. Michael Karas, Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende, Johannes Koschig, Diakonissenkrankenhaus Dessau, Katja Rosenthal-Schleicher, Evangelisches Klinikum Bethel und Mara gGmbH, Heidemarie Rotschopf, Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe, Martin Wilde, DIAKO Flensburg, Dr. Julia Inthorn, Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), Andrea Trenner, Ordensoberin, Johanniter Orden.

Vorstandsreferat Politik, Recht, Ökonomie

Sprecher: Detlef Albrecht, Geschäftsführer des Verbandes Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg

Mitglieder: Heinz-Werner Bitter, Krankenhausgemeinschaft Herne Castrop-Rauxel, Stefan David, DIAKOVERE gGmbH und DIAKOVERE Stiftung, Hans-Dieter Weigardt, Evangelische Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Alexander Mommert, Immanuel Klinik Rüdersdorf (Immanuel Albertinen Diakonie), Jürgen Knosp, Epilepsiezentrum Kehl-Kork, Martin Wilde, DIAKO Flensburg, Christoph Radbruch, DEKV, Dr. Josef Rosenbauer, Diakonie in Südwestfalen, Bernd Rühle, Diakonie Klinikum Stuttgart, Michael Wermker, Evangelisches Krankenhaus Hamm gGmbH/Valeo-Kliniken GmbH, Elke Grothe-Kühn, Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V., Jörg Marx, AGAPLESION gAG, Tim Allendörfer, AGAPLESION gAG, Detlef Albrecht, Verband Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg, Dr. Bernd Schöffend, Johanniter GmbH, Clemens Stafflinger, Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH, Ralf Wenzel, Ev. Krankenhausverein Aachen, Luisenhospital, Peter Maraun, BIB (kooptiert).

Vorstandsreferat Theologie und Ethik

Sprecher: Christoph Radbruch, DEKV-Vorsitzender

Mitglieder: Torsten Ernst, Diakoniekrankenhaus Dessau (edia.con/Agaplesion), Dr. med. Klaus Kobert, Evangelisches Klinikum Bethel, Martin Kruse, Johanniter GmbH, Dr. med. Rainer Prönneke, Marienstift Braunschweig gGmbH, Michael Brems, Koordinierungsstelle für Krankenhauseelsorge Nordkirche, Harald Januschewski, Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach, Dr. Friedrich Ley, Evangelische Landeskirche Hannover, Dr. Werner Weinholt, Paul Gerhard Diakonie gAG, Dr. Holger Böckel, AGAPLESION gAG, Dr. Julia Inthorn, Direktorin des Zentrums für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum, Dr. Andrea Dörries, ehemals ZfG, Georg Bloch-Jessen, Diakonie Deutschland Bundesverband, Christoph Radbruch, Vorsitzender des DEKV.

Ausschuss Kommunikation

Mitglieder: Franziska Frensel, edia.con/Agaplesion, Dr. Fabian Peterson und Dr. Gerrit Popkes, Immanuel Albertinen Diakonie, Regina Doerr, Johanniter GmbH

DEKV Vertreter in den Gremien der Selbstverwaltung: DKG, G-BA und IQTIG

Um die Interessen der evangelischen Krankenhäuser in die Gremien der DKG und des Gemeinsamen Bundesausschusses einzubringen, hat der DEKV-Vorstand Vertreter aus den Mitgliedshäusern und der Geschäftsstelle entsandt. Der DKG-Vorstand stimmte den Benennungen zu.

Seit Oktober 2019 ist der **DEKV** mit der Verbandsdirektorin **als Vertreterin der EKD in das Kuratorium des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)** berufen worden.

Folgende Personen vertreten den DEKV und die Diakonie Deutschland:

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Gremium	Besetzung 2019-2021	Einrichtung
Präsidium	Vorsitzender Christoph Radbruch stellv. Mitgl. Verbandsdirektorin Melanie Kanzler	DEKV DEKV
Vorstand	Vorsitzender Christoph Radbruch stellv. Mitgl. Verbandsdirektorin Melanie Kanzler	DEKV DEKV
FA Personalwesen u. Krankenhausorganisation	Kaufm. Vorstand Martin Wilde Fachreferent Dr. Johannes Egerer	Ev.-luth. Diakonissenanstalt Flensburg Diakonie DEKV
Fachausschuss Krankenhausfinanzierung	Vorsitzender Stefan David Verbandsdirektorin Melanie Kanzler	DIAKOVERE DEKV
FA f. Daten - Information u. - Kommunikation	Vorstand Michael Wermker	Valeo-Kliniken GmbH
Fachausschuss Recht und Verträge	Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn	Verband ev. Krankenhäuser Rheinland/Westfalen/Lippe, Düsseldorf
Fachausschuss Medizin	Chefarzt Dr. med. Martin Groß Dr. Bettina Beinhauer, Leiterin Zentraler Dienst Medizinmanagement Chefarzt Dr. med. Rainer Prönneke (<i>ständ. Gast</i>)	Evangelisches Krankenhaus Oldenburg Agaplesion gAG Krankenhaus des Marienstifts, Braunschweig
Kommission KH-Psychiatrie	Krankenhausdirektorin Anke Berger-Schmidt Kaufm. Direktor Dietmar Volk	Klinik Hohe Mark, Oberursel Evangelische Stiftung Tannenhof
Kommission Leistungsentgelte	Geschäftsführer Heinz-Werner Bitter Geschäftsführer Bernd Rühle	Krankenhaushausgemeinschaft Herne, Castrop-Rauxel Diakonie-Klinikum Stuttgart
Kommission Qualitätssicherung	Medizin. Geschäftsführer Prof. Dr. med. Michael Karas Dr. Bettina Beinhauer (ab Juni 2019)	Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende Agaplesion gAG

Gremium	Besetzung 2019-2021	Einrichtung
Kommission Hygiene	Martin Dethlefsen, Krankenhaushygieniker	Ev.-luth. Diakonissenanstalt Flensburg
Ständiger Ausschuss BG-Nebenkostentarif	Geschäftsführer Bernd Rühle	Diakonie-Klinikum Stuttgart
Satzungskommission	Christoph Radbruch	DEKV
	Vorstand Dr. Jörg Kruttschnitt	EWDE, Diakonie Deutschland
Bundesschiedsstelle	Verbandsdirektorin Melanie Kanzler	DEKV

Gemeinsamer Bundesausschuss

Unterausschuss	Themen	DEKV -Vertreter
Bedarfsplanung	Festlegung v. Kriterien und Anforderungen für Versorgungsbereiche und -arten, Sicherstellungszuschläge, Notfallversorgung und Zentren	Verbandsdirektorin Melanie Kanzler, DEKV
Veranlasste Leistungen	Arbeits-/Regelungsbereiche: Krankentransport und Krankenseinweisung Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Arbeitsunfähigkeit Chroniker Häusliche Krankenpflege Heilmittel Hilfsmittel Rehabilitation Soziotherapie	Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn, Verband ev. Krankenhäuser Rheinland/Westfalen/Lippe, Düsseldorf
Arzneimittel	AMNOG Verfahren Frühe Nutzenbewertung v. Arzneimitteln nach § 35a SGB V seit 01/2018 müssen Arzneimittel mit ausschließlich stationärem Anwendungsbereich Nutzenbewertung nach § 35a SGB V durchlaufen (Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V gilt nun auch für den stationären Versorgungsbereich als Höchstpreis gemäß Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz (AMVSG))	Verbandsdirektorin Melanie Kanzler, DEKV

5. Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle setzt sich zusammen aus einem hauptamtlichen Team und verschiedenen Dienstleistern für PR-Arbeit, Websitepflege, Steuerberatung, Finanz- und Lohnbuchhaltung sowie IT-Betreuung.

Die Anteile der Personalstellen in der DEKV Geschäftsstelle:

Verbandsdirektorin	100 Prozent
Referent Politik/Recht/Ökonomie	100 Prozent
Referent Medizin/Pflege/Qualität	100 Prozent
Assistenz	100 Prozent

Die Assistentenstelle ist nach zwei Wechseln zum 1. August 2020 mit Angelika Musslick und die Referentenstelle Politik, Recht und Ökonomie nach einem Wechsel zum 1. April 2020 mit Kay Brandenburg durch den engeren Vorstand nachbesetzt worden.

Die Zusammenarbeit der Geschäftsstelle mit dem Vorstand wird durch die in der Regel monatliche Dienstbesprechung des Vorsitzenden, teilweise auch der stellvertretenden Vorsitzenden mit den Mitarbeitern der Geschäftsstelle gefördert. Darüber hinaus finden regelmäßige Abstimmungsgespräche zwischen der Verbandsdirektorin und dem Vorsitzenden sowie für Finanzfragen mit dem Schatzmeister statt.

6. Risiken

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung des DEKV, sich als vernetzter Themenakteur mittelfristig zu entwickeln, ist das zentrale Risiko die Begrenztheit der Ressourcen. Themenbezogene Fachlobbyarbeit und der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zu Fachexperten und Entscheidern ist ressourcenintensiv und benötigt eine Entwicklungs- und Konsolidierungszeit, um Wirkkraft zu entfalten. Erfolgskritisch für die Fachlobbyarbeit ist es, die Fokusthemen über eine längere Zeitspanne konsistent und vertieft zu bearbeiten. Dabei dürfen Partikularinteressen nicht in den Vordergrund treten. Notwendig ist es, Handlungsempfehlungen und praxistaugliche Lösungsvorschläge zu entwickeln und zu begründen. Aufgrund der Themenvielfalt und der hohen Schlagzahl an Gesetzes- und Regulierungsverfahren ist es wichtig, seine Schwerpunktthemen neben den aktuellen Themen kontinuierlich zu bearbeiten und darüber immer wieder wahrnehmbar zu sein.

Durch die Unsicherheit der Corona-Pandemie ist aktuell nicht absehbar, inwiefern Präsenztreffen im 4. Quartal 2020 und im Jahr 2021 stattfinden dürfen und wie viele Teilnehmende erlaubt sein werden.

7. Planung

Der DEKV plant Ende Januar 2021 eine Klausurtagung zur Entwicklung einer kohärenten Strategie DEKV 2022 auf Basis der DEKV Positionierung in der Struktur- und Finanzierungsdebatte für die Krankenhäuser. Dies soll das Ziel verfolgen, die strukturellen Besonderheiten der eigenen Kliniken in den kommenden politischen Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen. Dabei muss ein Weg verfolgt werden, der den eigenen Handlungsrahmen Schritt um Schritt erweitert.

Bis zum 1. Quartal 2021 beabsichtigt der Vorstand Positionen zur Bundestagswahl zu entwickeln und zu verabschieden. Diese sollen ausgewählte Themen umfassen, kurz und konkret sein. Die Lösungsvorschläge sollen praxistauglich und politisch anschlussfähig sein. Aus gegebenem Anlass musste die im Juni 2020 geplante Strategietagung „Evangelische Krankenhäuser 2030“ abgesagt werden. Sie soll im 1. Halbjahr 2021 nachgeholt werden.

Zur Darstellung der Strukturdaten evangelischer Mitgliedshäuser erfolgen sukzessive vielfältige Analysen und Verknüpfungen der Qualitätsberichtsdaten. Bereits vorhandene DEKV-Informationsmaterialien und Grafiken werden aktualisiert und um zusätzliche Auswertungen ergänzt. Dabei erfolgt auch die Einbeziehung der INEK-Browserdaten sowie weiterer externer Quellen wie beispielsweise Mikrozensus, Destatis etc. Zu verschiedenen Versorgungsbereichen sollen qualifizierte Daten als Faktenblätter und Infografiken veröffentlicht werden.

Die in 2020 Corona-bedingt abgesagte CKiD Jahrestagung 2020 zu ethischen Fragen der Digitalisierung im Krankenhaus soll im 2. Halbjahr 2021 nachgeholt werden. Neben den technischen Aspekten sind Prozesse in der Organisation sowie Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeitenden stärker in den Blick zu nehmen. So muss neben der digitalen Transformation der Organisation auch die Digitalisierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung beleuchtet werden. Zusammen mit dem kkvd ist verabredet, ethische Herausforderungen digitaler Transformation im Krankenhaus zu bearbeiten. Die nächste CKiD Jahrestagung soll diesem Thema gewidmet werden und es vertiefen.