



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Tätigkeitsbericht

für den Zeitraum vom 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

vorgelegt zur

Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V.

am 27. Oktober 2022 in Berlin

Stand: 13. Oktober 2022

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.	Verbandskenzzahlen und Aufgaben	3
2.	Krankenhäuser im Multikrisenmanagement – Corona-Pandemie, Ukrainekrieg, Energie- und Inflationsskrise	3
3.	Gesundheitspolitische Themen in 2021 und 2022	6
4.	Entwicklungen der Verbandsarbeit	19
4.1.	Einführung.....	19
4.2.	Profilmanagement: Netzwerklandschaft und Themenprofilierung.....	20
4.3.	Stakeholder-Engagement: Bekanntheits- und Vernetzungsgrad des DEKV erhöhen.....	21
4.4.	Gremienmanagement: Interessen evangelischer Krankenhäuser bündeln	25
5.	Geschäftsstelle	29
6.	Risiken	30
7.	Planung.....	30

1. Verbandskennzahlen und Aufgaben

In Deutschland wird jeder 10. stationäre Patientenfall in einem der 199 evangelischen Krankenhäuser von den 15.000 Ärzt:innen und 45.000 Pfleger:innen qualifiziert behandelt. Insgesamt werden mehr als 5,5 Millionen Patient:innen ambulant und stationär versorgt. Evangelische Krankenhäuser halten 12 Prozent des Marktanteils am gesamten Krankenhausmarkt und sichern damit die Krankenhauskapazitäten in Deutschland in einem relevanten Umfang. Sie beschäftigen mehr als 123.000 Personen (Köpfe) 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. Neben einer wohnortnahen medizinischen Versorgung stellen sie auch eine spezialisierte, medizinische Fachversorgung sicher. Die evangelischen somatischen Krankenhäuser sind zum Großteil Grund- und Regelversorger aber auch spezialisierte Fachkliniken. Die Gesamtgruppe hat einen durchschnittlichen Casemixindex (CMI) von 1,07 (AOK 2018). Zu drei Viertel sind sie in Ballungs- und Ballungsrandgebieten lokalisiert. Die prozentual höchste evangelische Patient:innenversorgung bezogen auf die Gesamtpatient:innenzahl im jeweiligen Bundesland findet in Hamburg (17 %), Sachsen-Anhalt (16 %) und NRW (14 %) statt. Besonders stark sind die evangelischen Krankenhäuser in der Versorgung von Lungenkrebspatient:innen (14,6 %) und geriatrischen Patient:innen (22 %). Innovative Versorgungsmodelle sind u.a. in der Behindertenmedizin (z.B. Qualitätsverträge) sowie in der Geburtshilfe (z.B. Hebammengeleitete Kreißsäle) zu finden.

Schwerpunkte der Arbeit des DEKV sind die politische Interessenvertretung auf Verbands- und Politikebene des Bundes sowie der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Überdies wirkt der DEKV bei der Bearbeitung von Selbstverwaltungsaufgaben auf Bundesebene mit. Die Vielfalt der unterschiedlichen wirtschaftlichen und unternehmerischen Interessen der Mitglieder sind in der politischen Lobbyarbeit zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der heterogenen Mitgliederstrukturen der Häuser müssen die Belange der kleineren und mittelgroßen Krankenhäuser vertreten, gleichzeitig aber auch die in vieler Hinsicht anders gerichteten Interessen der großen, fallstarken Krankenhäuser sowie der regionalen und bundesweiten Klinikverbände in Einklang gebracht werden. Die Synthese der unterschiedlichen Positionen und Erwartungen gelingt vor allem über die Vermittlung der Patient:innenperspektive, der Qualitäts- und Gemeinwohlorientierung und der Bezogenheit auf christliche Werte bzw. das daraus abgeleitete Ethos menschenfreundlicher Zuwendung. Der diakonische Dreiklang von Wirtschaftlichkeit, Professionalität und Ethik ist gemeinsame Basis für das Handeln der evangelischen Krankenhäuser.

Der DEKV setzt sich insbesondere für eine zukunftsorientierte und innovative Krankenhauspolitik mit Trägervielfalt und Qualitätswettbewerb, verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung, eine Modernisierung der Gesundheitsberufe und eine konsequente Patientenorientierung in der Versorgung ein.

Dabei konzentriert sich der DEKV auf nachfolgende Themencluster:

- **Versorgungsverbesserung vulnerabler Patient:innengruppen gestalten**
- **Refinanzierung und Strukturwandel der evangelischen Krankenhäuser befördern**
- **Vernetzte, transsektorale und sozialraumorientierte Gesundheitsversorgung voranbringen**
- **Bildung und Personal empowern.**

2. Krankenhäuser im Multikrisenmanagement – Corona-Pandemie, Ukraine-Krieg, Energie- und Inflationskrise

Im Berichtszeitraum von September 2021 bis September 2022 sind die Krankenhäuser und die gesundheitspolitischen Vorhaben maßgeblich durch drei externe Herausforderungen geprägt.

Erstens: Die Corona-Krise ist auch in ihrem zweiten und dritten Jahr gemeinsam zu meistern.

Das gesundheitspolitische Handeln war deutlich durch die Pandemiebewältigung beherrscht. Nicht nur die qualifizierte Versorgung von Corona-Patienten auch die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser stand im Fokus des Managements. Die pandemiebedingte Sonderfinanzierung von Krankenhäusern erfolgten durch die differenzierte Fortführung von Ausgleichszahlungen nach § 21 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Leistungen des Bundes für SARS-CoV-2-Pandemie-verursachte Belastungen (Corona-Mehrkostenpauschale).

Notwendig wurde diese Sonderfinanzierung durch den Rückgang der Patientenzahlen um 13 Prozent (ca. 2,5 Mio. Patient:innen) im Jahr 2020. Auch im Jahr 2021 pendelten sich die stationären Fallzahlen sowohl in der Somatik als auch in der Psychiatrie deutlich auf einem niedrigeren Niveau im Vergleich zu 2019 ein. Im Jahr 2021 gab es nur 16,7 Millionen stationäre Behandlungsfälle und die Bettenauslastung lag bei nur 68,0 Prozent. Im Vergleich: 2019 wurden noch 19,4 Millionen Behandlungsfälle bei einer Bettenauslastung von 77,2 Prozent registriert.¹

Diese pandemiebedingten Ausgleichszahlungen wurden in 2021 und 2022 fortgeführt. Durch die staatliche Kompensation der Erlösminderungen aufgrund eines Fallzahlrückgangs in somatischen Krankenhäusern bis Mai 2021, wurden die Erlösrückgänge überwiegend mehr als ausgeglichen. Sowohl die Bruttoerlöse (+0,8 %) als auch die Nettoerlöse (+2,7 %) konnten gesteigert werden. Mit Juni 2021 wurden die Ausgleichszahlungen eingestellt. Ab dem 15. November 2021 bis zum 18. April 2022 wurden die Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser mit Notfallstufen wieder bewilligt. Daneben erhielten Krankenhäuser ab dem 01. November 2021 einen fallbezogenen Versorgungszuschlag für die Behandlung von Patient:innen mit Covid-19. Inwieweit dadurch negative Erlösentwicklungen ausgeglichen wurden, kann mit Vorliegen entsprechender Daten eingeordnet werden. Aktuell sind diese Daten auf Bundesebene nicht verfügbar. Für Krankenhäuser der Psychiatrie und Psychosomatik wurden im Jahr 2021 keine Ausgleichszahlungen mehr gewährt. In diesem Bereich ergibt sich daher eine Erlösminderung zwischen 2019 und 2021 von -15,7 %.²

Zu den pandemiebedingten Finanzierungshilfen für die Krankenhäuser hat sich das BMG durch den Covid-Beirat nach § 24 KHG beraten lassen. Diesem gehören Vertreter:innen von Kassen und Krankenhäusern wie auch Wissenschaftler:innen der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitswissenschaft an. Es wurden zwei Berichte in 2021 veröffentlicht. Der Beirat ist von der neuen Leitung im BMG nicht wieder einberufen worden. In Anerkennung der hohen Belastungen der Pflegekräfte während der Corona-Pandemie wurden drei Coronaprämien in 2020, 2021 und 2022 ausbezahlt.

Vom **16. März 2020 bis zum 15. September 2022** hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) **21,5 Milliarden Euro** für Ausgleichs durch Einnahmeausfälle der Krankenhäuser ausgezahlt. Diese Kompensation erfolgte ursächlich aufgrund abgesagter beziehungsweise verschobener Operationen. Diese aus dem Gesundheitsfond ausgezahlten Finanzhilfen sind durch den Bund erstattet worden. Hinzu kommen 684,85 Millionen Euro für die Ausstattung zusätzlicher Intensivbetten.³

Zweitens: Die Bundestagswahl 2021 führt zu einer Ampelregierung mit einer ambitionierten gesundheitspolitischen Agenda und einem SPD-geführten Bundesgesundheitsministerium unter Leitung von Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Lauterbach (SPD)

Am 24. November 2021 ist der **Koalitionsvertrag von SPD, FDP und Bündnis90/Die Grünen** in Berlin vorgestellt worden. Die Botschaft des Dokuments, das als Arbeitsgrundlage des Regierungsbündnisses von SPD, Grünen und FDP dienen soll, lautet: **„Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“**.

Nach zähen und zeitintensiven Gesprächsrunden ist der 177-seitige Koalitionsvertrag mit rund 200 politischen Beteiligten und Fachexpert:innen aus Bund, Ländern und Ampel-Parteien verhandelt worden. Das Kapitel Pflege und Gesundheit haben 12 gesundheitspolitische Expert:innen von SPD, FDP und Grünen beraten. Der DEKV hat in persönlichen Briefen für fünf zentrale Forderungen auf Basis der DEKV Positionen zur Bundestagswahl 2021 bei den Mitgliedern der AG Pflege und Gesundheit geworben. Soweit persönliche Zugänge zu den Unterhändlern und den Beratern existierten, wurden sie durch eine persönliche Ansprache auf das DEKV Schreiben aufmerksam gemacht bzw. die Briefe angekündigt.

Folgende Forderungen hat der DEKV in die Koalitionsverhandlungen eingebracht:

- 1. Instrument der Sicherstellungszuschläge weiterentwickeln und Transparenz der Kostenstrukturen von Krankenhäusern nach Region und Trägerart als Basis einer umfassenden Krankenhausfinanzierungsreform*
- 2. Planung für Gesundheitsversorgung auf feste Füße stellen: Regionale kleinräumige Versorgungsbedarfsanalysen flächendeckend konsequent einführen*

¹ Vgl.: DESTATIS Bettenausstattung und -auslastung in Krankenhäusern 2021 nahezu unverändert, 30. August 2022

² Vgl.: Augurzky Et al. Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise, Krankenhaus-Report 2022,

³ Vgl.: Bundesamt für Soziale Sicherung, Zahlung für Krankenhäuser, 15. September 2022

3. Bundesweite gesundheitliche Teilhabe ermöglichen: Förderung von sozialraumbezogenen Gesundheitsversorgungsnetzwerken in allen Regionen
4. Wettbewerb von Versorgungsmodellen anreizen: Quoten für Selektiv- und Qualitätsverträge einführen
5. Stärkung der geburtshilflichen Strukturen und nachhaltige Regelfinanzierung von Hebammengeleiteten Kreißsälen.

Die finalen Kapitelinhalte Pflege und Gesundheit des Koalitionsvertrages beinhalten **fünf Hauptbotschaften**:
1.) Mehr Transparenz, 2.) Versorgungsstrukturen & -finanzierung, 3.) Patienten- u. Qualitätsorientierung, 4.) bessere Pflege, 5.) Prävention und Gesundheitsförderung.

Krankenhauspolitische Kernpunkte: Zentrales Reformvorhaben für die stationäre Versorgung wird eine umfassende Krankenhausstruktur- und Krankenhaus-Finanzierungsreform sein. Dafür ist vorgesehen, einen Bund-Länder-Pakt für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu initiieren. Zeitnah soll eine Regierungskommission zur Vorbereitung der Pakt-Reform einberufen werden.

Eine **Krankenhausreform** sollte sich an den **Leitplanken** orientieren:

1. Leistungsgruppen,
2. Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika),
3. Erreichbarkeit,
4. Demographische Entwicklung.

Die Krankenhausplanung soll mit der ambulanten Bedarfsplanung zu einer **sektorenübergreifenden Versorgungsplanung** weiterentwickelt werden. Eine **Ambulantisierung von Krankenhausleistungen** soll beschleunigt und durch die neu einzuführenden Hybrid-DRG's finanziell angereizt werden. Eine verzahnte sektorenübergreifende Kooperation bei der Erbringung medizinischer und pflegerischer Leistungen ist ein weiteres ambitioniertes Ziel für die Gesundheitsversorgung der Ampelkoalitionäre. Das **DRG-System** soll um erlösunabhängige Vorhaltepauschalen nach Versorgungsstufen ergänzt werden. Kurzfristig soll eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe eingeführt werden.

Im 1. Quartal 2022 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seine Arbeitsplanung für das Jahr 2022 vorgelegt. Nachfolgend sind die Vorhaben mit Bezug zum Krankenhaus aufgelistet:

Vorhaben	Inhalt
Umsetzung erster krankenhausrelevanter Vereinbarungen des Koalitionsvertrags	Kurzfristig bedarfsgerechte, auskömmliche Finanzierung für Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe Schaffung einer Rechtsgrundlage für ein adäquates Personalbemessungsinstrument in der Pflege
Regierungskommission Krankenhaus	Einsetzen der Regierungskommission Krankenhaus Kommission soll Empfehlungen und Leitplanken für eine Krankenhausreform vorlegen
„Lessons learned“ aus der Pandemie	Dezentrale Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, Ernstfallübungen; zahlreiche Schnittstellen mit anderen Akteuren (BMI, BMWK, Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe,[...], so dass ein Abschluss 2022 unwahrscheinlich ist, aber zumindest initial erfolgen könnte Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Verlängerung von Einstellungsfristen, eigenständiger Tarifvertrag Long-Covid: Schaffung eines deutschlandweiten Netzwerkes von Kompetenzzentren und interdisziplinären Ambulanzen

Gesetzliche Regelung zum Schutz vor Benachteiligung bei einer Triage-Situation bei knappen intensivmedizinischen Kapazitäten während der COVID-19-Pandemie	Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 16. Dezember 2021 Ziel: kurzfristige Sicherstellung des Schutzes von Menschen mit Behinderung vor Benachteiligung Enge Orientierung am Beschluss des Bundesverfassungsgerichts, Mehraugenprinzip, Qualifikationsanforderungen und Dokumentationsvorgaben
Aktionsplan Inklusives Gesundheitswesen	Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen

Drittens: Der Ukraine-Krieg seit dem 24. Februar 2022 trifft Deutschland besonders empfindlich.

Der völkerrechtswidrige Angriff Russland auf die Ukraine belastet die politischen, wirtschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Beziehungen zu Russland stark. Die EU hat als Antwort auf dieses Vorgehen Sanktionen gegen Russland verhängt. In Reaktion darauf hat Russland die Lieferungen von Gas nach Deutschland und in die EU stark reduziert und die zudem die Preise für Gas stark angehoben. Diese Gaskrise ist ein Angebotsschock. Durch die hohe Anhängigkeit von Gaslieferungen aus Russland trifft sie Deutschland besonders stark. Infolge des Krieges sind die Preise für Gas und Strom sowie die Inflation für weitere Güter und Dienstleistungen enorm stark angestiegen. Diese exorbitanten Preissteigerungen treffen die Krankenhäuser empfindlich, da sie in der Finanzierungssystematik (Landesbasisfallwerte) über keine Möglichkeit verfügen, die Preissteigerungen unterjährig und kurzfristig weiterzugeben. Die Gefahr von Liquiditätsengpässen und einer drohenden Zahlungsunfähigkeit ist ab Ende 2022 und 2023 für die Krankenhäuser gegeben und virulent.

Zudem sind infolge des Krieges in der Ukraine mehr als eine Million Menschen aus der Ukraine nach Deutschland geflohen, um den kriegerischen Handlungen und der Zerstörung ihrer Heimat zu entkommen. Die Aufnahme von Flüchtlingen und ihre Integration in Kita, Schule, Arbeit, Freizeit und Gesundheit fordern die öffentlichen Institutionen, die Krankenhäuser wie auch die gesamte Gesellschaft. Dieser große Kraftakt wird von den evangelischen Krankenhäusern mit großem Engagement mitgetragen und gemeinschaftlich bewältigt.

3. Gesundheitspolitische Themen in 2021 und 2022

Die Krankenhauslandschaft war neben der Bewältigung der Corona-Pandemie im Berichtszeitraum 2021/2022 schwerpunktmäßig von umfassenden Regulierungsvorhaben zu Personal-, Qualitäts- und Strukturthemen geprägt. Zudem hat die neue gesundheitspolitische Agenda der Ampelregierung neue Schwerpunkte und Akzente gesetzt. Dabei ist eine umfassende Krankenhausreform als zentrales Reformvorhaben deklariert worden.

Der politische Wille nach Transparenz und einer bundeseinheitlichen Vergleichbarkeit von Leistungsdaten der Krankenhäuser kennzeichnet alle nachfolgenden Gesetzes- und Verordnungsvorhaben.

Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)

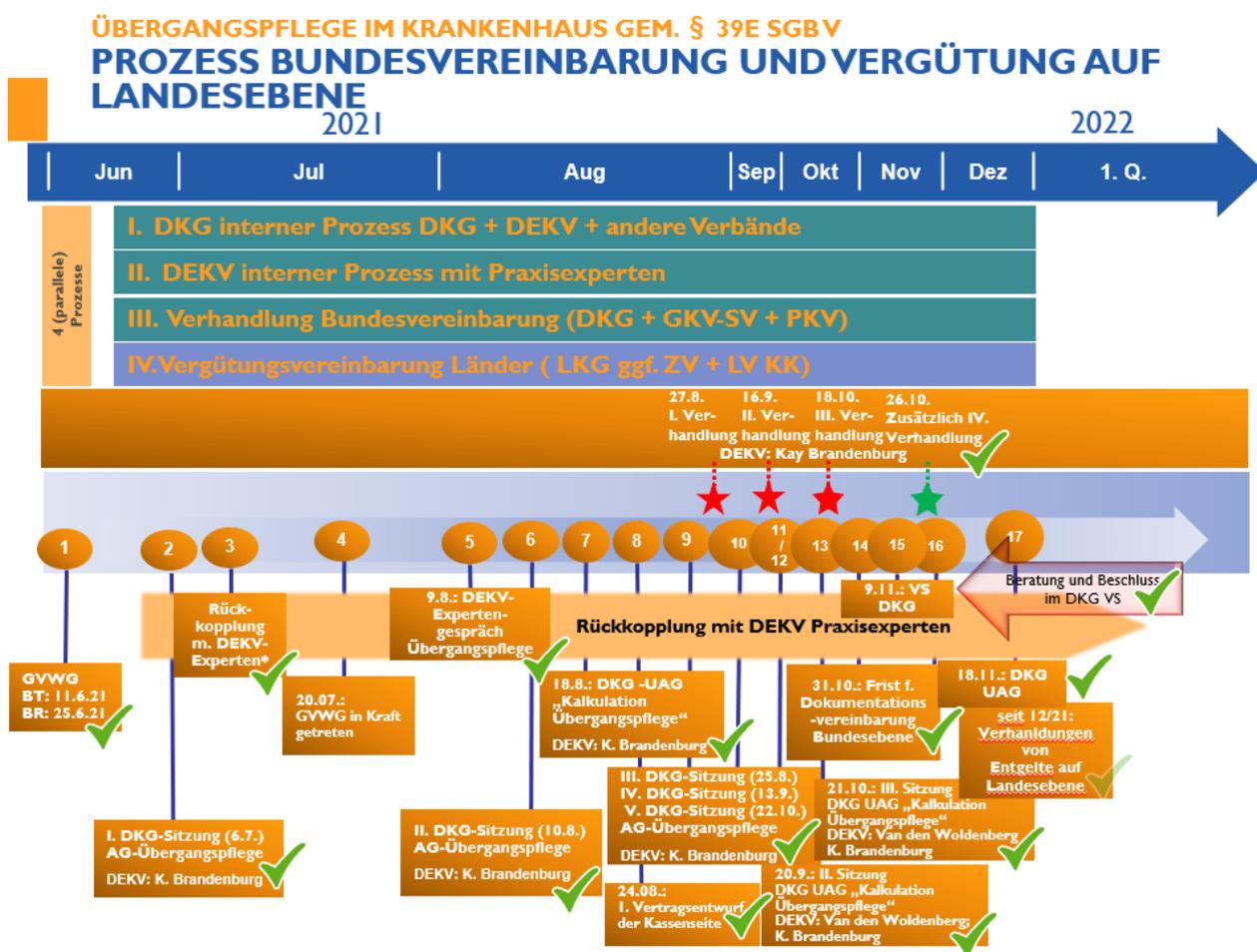
Mit dem am 29. Oktober 2020 in Kraft getretenen Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) hat der Gesetzgeber ein primär auf Digitalisierung ausgerichtetes Investitionsprogramm für die Krankenhäuser beschlossen. Insgesamt werden in den nächsten Jahren dadurch zusätzlich 4,3 Milliarden Euro in die Krankenhäuser investiert. 3 Milliarden Euro stellt der Bund bereit und weitere 1,3 Milliarden Euro müssen durch die Länder oder Krankenhausträger aufgebracht werden.

Bis zum 31. Dezember 2021 konnten die bei Ländern eingereichten Förderanträge der Krankenhäuser an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) übermittelt werden. Bis zu diesem Zeitpunkt nicht beantragte Bundesmittel werden bis zum Jahresende 2023 an den Bund zurückgeführt. Begleitend sieht das Gesetz gemäß § 14b KHG eine Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung und insbesondere der nach § 14a KHG geförderten Vorhaben vor. Dafür hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Mai 2021 das Konsortium DigitalRadar Krankenhaus beauftragt, ein Messinstrument zur Feststellung der digitalen Reife der deutschen Krankenhäuser zu entwickeln, die Daten an zwei Messpunkten zu erheben und die Analysen zur Verfügung zu stellen. Um den Fortschritt der digitalen Reife zu messen, wurden in dem Gesetz zwei Messzeitpunkte fixiert. Der erste Messzeitpunkt wurde auf den 30. Juni 2021 datiert und der zweite Messpunkt ist für den 30. Juni 2023 vorgesehen. Der

im September 2022 vorgelegte Zwischenbericht DigitalRadar Krankenhaus enthält den Entwicklungsprozess des Messinstrumentes DigitalRadar mit den Ergebnissen aus der ersten Messung. Ergebnis der Erhebung ist u. a., dass freigemeinnützige Krankenhäuser den geringsten Wert bei der Patientenpartizipation erreicht haben. Dieser Wert ist bei allen Trägern nicht besonders hoch. Dies ist ein sanktionsbewerter Baustein, welcher ab Januar 2025 in Rechnungsabschlägen⁴ mündet. Daher sollte dieser inhaltlich nicht vernachlässigt werden.

Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39 SGB V Satz 1)

Mit dem am 20. Juli 2021 in Kraft getretenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung – Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) – erfolgte auch die gesetzliche Implementierung der neuen Versorgungsform Übergangspflege im Krankenhaus. Gemäß § 39 SGB V Satz 1 „können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt.“ Aus diesen gesetzlichen Anforderungen ergibt sich ein völlig neuer Leistungsbereich. Die Interessen der evangelischen Krankenhäuser sind gebündelt über die Mitarbeit in der DKG-Übergangspflege vertreten worden.



Der Fachreferent des DEKV, Herr Brandenburg hat die Interessen der evangelischen Krankenhäuser in allen Sitzungen sowie den Verhandlungen vertreten. Dies erfolgte in enger Abstimmung und mit der Unterstützung von 9 Vertreter:innen evangelischer Krankenhäuser. In Vorbereitung auf die DKG-AG-Sitzungen und Verhandlungen wurden vorab die entsprechenden Unterlagen verschickt oder Zoom-Meetings für einen Expert:innenaustausch abgehalten. Der DEKV setzte sich dabei für ein kompaktes Dokumentationsverfahren sowie Komplexitätsreduktion zur Erbringung der

⁴ Ein Abschlag wird fällig, wenn mindestens einer der in § 19 Absatz 2 Nummer 2 bis 6 KHSFV genannten digitalen Dienste bis 2025 nicht durch ein Krankenhaus bereitgestellt wird. Der maximale Abschlag beträgt zwei Prozent.

Übergangspflege ein. Langfristig sollte es das Ziel sein, dass die Pflegeleistungen der Übergangspflege im Krankenhaus im Pflegebudget verbleiben und keine Auswirkung auf die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) haben. Zum 1. Oktober 2022 haben 9 von 16 Landeskrankenhausesgesellschaften den neuen Leistungsbereich Übergangspflege mit den Krankenkassen vereinbart. Es sind Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen.

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Am 27. Juli 2022 ist der Gesetzesentwurf zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinStG) vom Bundeskabinett verabschiedet worden. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass ab dem Jahr 2024 nur noch die Pflegepersonalkosten für Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte nach einer bundeseinheitlichen Definition refinanziert werden sollen. Dazu zählen auch MFA, ATA und Notfallsanitäter:innen. Nicht mehr in Anrechnung zu bringen sind u.a. die Rettungsassistent:innen, Hebammen, sonstige Berufe und Personen ohne Berufsabschluss. Ziel des Gesetzes ist, dass künftig mehr Klarheit und Sicherheit für die Finanzierung der entsprechenden Personalgruppen im Pflegebudget gegeben ist. Mit der Konkretisierung der im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Berufsgruppen sollen Unstimmigkeiten auf der Ortsebene hinsichtlich der Anerkennung und Zuordnung der Berufsgruppen ohne pflegerische Qualifikation zum Pflegebudget vermieden werden. Die Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern sollen so erleichtert und beschleunigt werden.

Sollte das Gesetz so verabschiedet werden, wären gut 9 Prozent des Personals, welches aktuell im Qualifikationsmix im Pflegedienst auf den Stationen eingesetzt wird, nicht mehr über das Pflegebudget finanzierbar. Folglich wird in den Krankenhäusern eine Umorganisation des Personals im Pflegebudget erfolgen.

Des Weiteren ist auf die Verlängerung der Frist für den G-BA zum Beschluss von Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, bis zum 30. Juni 2023 hinzuweisen.

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 16. September 2022 im 1. Durchgang über das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz beraten und eine Stellungnahme abgegeben. In der Stellungnahme fordert der Bundesrat, die geplante Ausgliederung der sonstigen Berufe aus dem Pflegebudget ersatzlos zu streichen. Die 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag soll am 20. Oktober 2022 stattfinden. Der abschließende 2. Durchgang im Bundesrat kann dann bereits am 28. Oktober 2022 oder am 25. November 2022 erfolgen. Das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig und tritt nach Verkündung in Kraft.

Krankenhauspflegeentlastungsgesetz

Am 1. August 2022 ist der Referentenentwurf für das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (KHPfLEG) vom BMG veröffentlicht worden. Das Bundeskabinett hat am 14. September 2022 den Regierungsentwurf mit zahlreichen Ergänzungen und Änderungen beschlossen.

Das Gesetz regelt die Anforderungen und den zeitlichen Stufenplan des Verfahrens zur Pflegepersonalbemessung und die Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus/PPR 2.0. Auch ist die Einführung einer dreimonatigen Erprobungsphase zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung unter wissenschaftlicher Begleitung vorgesehen.

Wichtig ist, dass die vom DEKV geforderte personelle Zusammensetzung der Pflegenden nach Qualifikation in PPR 2.0 zu berücksichtigen, erfüllt ist. Auch wenn die akademische Pflege in der Gesetzesbegründung nicht explizit genannt wird, ist sie dennoch nicht ausgeschlossen. Damit bietet sich die Option, dass die hochschulische Qualifikation in der Rechtsverordnung berücksichtigt wird. Somit würde der Pflegequalifikationsmix (enger Qualifikationsmix) datenbasiert künftig stations- und standortbezogen erhoben werden.

Nicht abgelöst werden die Pflegepersonaluntergrenzen. Die Intensivstationen sollen separat betrachtet werden. Ab 1. Januar 2024 ist vorgesehen, die PPR 2.0 für alle Krankenhäuser bundesweit wirksam werden zu lassen und ab 2025 die noch festzulegenden Sanktionen in Kraft treten zu lassen. Es ist vorgesehen, dass die Regelungen von PPR 2.0 durch eine (tarifrechtliche) Vereinbarung außer Kraft gesetzt werden können. Die Vereinbarungen werden veröffentlicht.

Das zusätzliche wissenschaftliche Instrument eines Verfahrens zur Pflegebedarfsbemessung (§ 137k SGB V) soll bis Mitte 2023 vom BMG als wissenschaftlicher Auftrag vergeben werden und bis Ende 2025 vorgelegt werden.

Damit sind die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene außen vor, und der gesetzliche Auftrag für die Ermittlung und Festlegung des Pflegepersonalbedarfes ist ihnen damit entzogen worden.

Der Gesetzentwurf enthält noch weitere Regelungen:

- Für Budgetverhandlungen ist eine Stärkung der frühzeitigen Verhandlungen vorgesehen. Budgetvereinbarungen sollen zukünftig für den somatischen (KHEntgG) sowie für den psychiatrischen Bereich (BPfIV) getroffen werden. Für Vereinbarungszeiträume bis einschließlich 2023, für die bis zum Inkrafttreten des Gesetzes noch keine Budget- und Entgeltvereinbarung geschlossen wurde, finden die vorgegebenen Sonderregelungen Anwendung. Werden Fristen zur Übermittlung von Daten zum Pflegebudget nicht eingehalten, droht ein Abschlag in Höhe von 1 Prozent auf die Krankenhausabrechnungen für voll- und teilstationäre Fälle.
- Das Bundesministerium für Finanzen ist bei den Vorgaben zur Ermittlung des Personalbedarfs und der Festlegung der Personalbesetzung einzubeziehen.
- Des Weiteren sieht der Entwurf eine Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulationsdaten durch das InEK vor. Dies schließt neben den somatischen Entgelten für Krankenhausleistungen auch die pauschalen Entgelte der Psychiatrie/Psychosomatik sowie der Investitionsbewertungsrelationen ein.
- Auch ist zukünftig vorgesehen, dass das InEK im Rahmen der Plausibilitätsprüfung von Angaben zum Pflegepersonal bei Abweichungen die Daten nicht akzeptieren muss. Folglich müssen die Daten zum Pflegepersonal nach §21 Abs. 2 Nr. 1e KHEntgG vollständig, fristgerecht und korrekt übermittelt werden.

Der DEKV hat einen Workshop mit 15 Vertretern (Geschäftsführung, Budgetverhandler, Controller, Pflegeleitungen) aus den DEKV-Mitgliedshäusern zur Meinungsbildung für die Fokusthemen der DEKV Stellungnahme am 16. August 2022 durchgeführt. Die Herausforderungen und Kritikpunkte zu den Budgetverhandlungen hat der DEKV an die DKG-Geschäftsstelle weitergereicht. Die Stellungnahme des DEKV fokussiert die Pflegepersonalbedarfsbemessung §§ 137 k und l SGB V.

Die Verbändeanhörung fand am 23. August 2022 statt. Der Fachreferent Herr Brandenburg hat für den DEKV daran teilgenommen. Das parlamentarische Verfahren findet seit September bis voraussichtlich Dezember 2022 statt. Ein Inkrafttreten könnte zum Jahresende 2022 erfolgen.

Gesetzentwurf zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG) – Datenerfassung der Krankenhäuser über DEMIS

Am 27. Juni 2022 wurde die Formulierungshilfe für einen Gesetzentwurf zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG) vorgelegt. Der Gesetzentwurf beinhaltet u.

a. eine erhebliche Ausweitung der Meldepflichten über die zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten auf den Normalstationen. Gemäß dem Entwurf sind die Kapazitäten täglich über das vom RKI betriebene Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) zu melden. Ein Unterlassen der Meldungen führt zu Bußgeldern. Die Weiterentwicklung und Verstetigung der Transparenz ist das Paradigma der Politik.

Das Inkrafttreten des Gesetzes erfolgte zum 17. September 2022.

Regierungskommission für eine moderne und gerechte Krankenhausreform

Der Gesundheitsminister Professor Karl Lauterbach hat eine „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ eingesetzt. Die Einrichtung der bereits im Koalitionsvertrag vorgesehene Kommission erfolgte im Mai 2022, um notwendige Reformen im Krankenhausbereich mit Empfehlungen zu unterstützen. Die Kommission setzt sich aus 15 Expert:innen aus der medizinischen Versorgung, der Ökonomie, der Rechtswissenschaften sowie einem an das BMG angebindenen Koordinator zusammen. Ziel ist es, Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und auf Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung zu erarbeiten, die Kriterien wie Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung berücksichtigen. Es wurden bereits 2 schriftliche Stellungnahmen zu einzelnen Reformthemen der Krankenhausversorgung veröffentlicht:

- 11. Juli 2022: Kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe
- 27. September 2022: Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens

Die Regierungskommission arbeitet im sogenannten „Reißverschlussverfahren“: Die thematischen Arbeitsgruppen der Kommission erarbeiten eine Stellungnahme mit Reformvorschlägen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene und die Länder werden zu kurzen Anhörungen mit konkreten Fragen eingeladen. Eine schriftliche Beantwortung der Fragen kann ergänzend eingereicht werden. Bis zum 10. Oktober 2022 haben drei Anhörungen (1.9., 21.9. und 6.10.) stattgefunden. Die Regierungskommission äußert sich mit einer kurzen Stellungnahme zu einzelnen Reformthemen, die

dann unmittelbar in den politischen Umsetzungsprozess münden. Die Kommission widmet sich derweil dem nächsten Themenkomplex.

Begleitung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus § 44b SGB V - Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (KHB-RL des G-BA)

Mit einer fachfremden Regelung im Gesetz zum „*Erlass eines Tierarzneimittelgesetzes und zur Anpassung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften*“ (27. September 2021) wird Angehörigen von Menschen mit Behinderung der Verdienstausschluss durch die Krankenkasse erstattet, wenn sie aus medizinischen Gründen im Krankenhaus mit aufgenommen werden müssen.

Der Arbeitgeber muss sie freistellen. Dies ist ähnlich wie bei einer Erkrankung von Kindern. Der Anspruch aus § 44b SGB V besteht ab 1. November 2022. Darüber hinaus wurde geregelt, dass bei Mitarbeitenden von Einrichtungen der Behindertenhilfe die Eingliederungshilfe zuständig für die Leistung einer Begleitung ins Krankenhaus (§§ 113, 121 SGB IX) ist. Ist die Assistenz über das persönliche Budget der Patient:innen bei diesem angestellt, erfolgt hingegen - wie bisher - keine zusätzliche Refinanzierung. Für Menschen mit schweren geistigen und Mehrfachbehinderungen kann dies erheblich zum Erfolg der Krankenhausbehandlung beitragen, da vertraute Begleitpersonen die Kommunikation häufig erst ermöglichen, Ängste lindern und bei diesen vulnerablen Patient:innen bestimmte Interventionen erst ermöglichen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit dem Gesetz den Auftrag erhalten, bis zum 1. August 2022 konkret abzugrenzen, welche Personengruppen die Begleitung aus medizinischen Gründen in Anspruch nehmen können. Die beauftragte Arbeitsgruppe im G-BA Unterausschuss Veranlasste Leistungen legte die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 44b Absatz 2 SGB V über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen (Krankenhausbegleitungs-Richtlinie/KHB-RL)“ dem G-BA Plenum am 18.08.2022 zur Verabschiedung vor.

Die KHB-RL legt auf Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) drei Gruppen von Berechtigten fest: Menschen, die Unterstützung bei der Kommunikation benötigen, Menschen mit ausgeprägten Ängsten und herausforderndem Verhalten und Menschen, bei denen der Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder die Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin durchzuführende Maßnahmen notwendig ist. Über den Gesetzauftrag an den G-BA hinaus wurden auf Bitte des BMG, Regelungen zur Feststellung und Bescheinigung des medizinischen Bedarfs getroffen. Leitender Gedanke dabei war eine für Krankenhäuser, niedergelassene Ärzt:innen und Zahnärzt:innen möglichst bürokratiearme Feststellung des Bedarfs auf Begleitung und für Angehörige ein möglichst rechtssicherer Leistungsanspruch auf Krankengeld. Die AG beriet intensiv über 12 halbtägige Sitzungen vom 13. Januar bis 12. Juli 2022.

Dr. Johannes Egerer war auf Bitte der Deutschen Krankenhausgesellschaft an den Beratungen der AG beteiligt. Regelungsinhalte wurden mit der DEKV-Mitgliedschaft rückgekoppelt. Mitglieder der Expert:innengruppe waren Dr. Christian Brandt, Leitender Abteilungsarzt Epilepsie-Zentrum Bethel, Krankenhaus Mara, Dr. Anja Grimmer, Oberärztin Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge und Vorsitzende der DGMGB, Petra Krause, Pflegedirektorin Evangelisches Klinikum Bethel, Dr. Sabine Lindquist, Chefärztin MZEB der Pfeifferschen Stiftungen Magdeburg, Dr. Peter Martin, Chefarzt Seguin-Klinik Epilepsiezentrum Kork, stellvertretender Vorsitzender DGMGB, Elke Reinfeld, Pflegedirektorin Diakonieklinikum Stuttgart, Dr. Janina Schwabl, Oberärztin Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, Dr. Tanja Sappok, Chefärztin Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge und stellvertretende Vorsitzende der DGSGB, Dr. Jörg Stockmann, Chefarzt Krankenhaus Hagen Haspe und stellvertretender Vorsitzender DGMGB. Für die Diakonie war Frau Dr. Maike Grube, für den BeB Frau Freya Beheshti beteiligt. Im Vorfeld der Beratungen hatte der DEKV am 28. Oktober 2021 in Zusammenarbeit mit der Diakonie Deutschland, dem Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (DGMGB) einen Regelungsvorschlag erarbeitet und dem unparteiischen Vorsitzenden, Prof. Josef Hecken, übersandt. Dieser Vorschlag wurde der AG empfohlen und war maßgebliche Grundlage für die Beratungen.

Am 18. August 2022 hat der G-BA die Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (KHB-RL) beschlossen, die am 12. Oktober 2022 veröffentlicht wurde und am 1. November 2022 in Kraft tritt.

Diskriminierungsfreie Triage in der Pandemie: Gemeinsame Stellungnahme von DEKV, Diakonie und BeB zum BMG-Gesetzentwurf

Das Bundesverfassungsgericht hat den Bundestag aufgefordert, Vorkehrungen zum Schutz behinderter Menschen im Falle einer pandemiebedingten Triage zu treffen. Dazu liegt nun ein Gesetzesentwurf als Ergänzung zum

Infektionsschutzgesetz vor. Die Bundesregierung will einer möglichen Diskriminierung von Menschen mit Behinderung, chronischen Krankheiten und älteren Menschen gesetzlich vorbeugen, wenn während einer Pandemie knappe intensivmedizinische Ressourcen nur für einen Teil der Patient:innen zur Verfügung stehen und daher zugeteilt werden müssen. Für die nicht versorgbaren Patient:innen würde dies wahrscheinlich den Tod bedeuten. Am 22. Juli 2022 haben sich DEKV, die Diakonie Deutschland und der BeB zu diesem Referentenentwurf in einer gemeinsamen Stellungnahme geäußert. Die zugrundeliegende Positionierung der drei Verbände erfolgte in einem breiten Meinungsfindungsprozess innerhalb der diakonischen Verbände. Unter anderem fand am 13. Juli 2022 ein digitales Fachgespräch mit über 40 Vertreter:innen diakonischer Einrichtungen und Fachexpert:innen für Menschenrechte, Behindertenrechte und Ethik statt.

Ärztliches Entscheidungskriterium bei jeder Art von Triage ist grundsätzlich die Überlebenswahrscheinlichkeit. Dies hat zum Ziel, die größtmögliche Anzahl von Menschenleben zu retten. Im Sommer 2020 reichten Menschen mit Behinderung Klage vor dem Bundesverfassungsgericht ein, da sie befürchteten, dass sie aufgrund ihrer Behinderung oder Vorerkrankung bei der Verteilung von lebenswichtigen Intensivkapazitäten grundsätzlich zurückgestellt würden. Das Argument war, dass Vorurteile bezüglich der Auswirkung der Behinderung auf die Überlebenswahrscheinlichkeit und fehlende Erfahrung der Mediziner:innen zur Auswirkung von Behinderung eine unbewusste Diskriminierung verursachen.

Der Referentenentwurf erlaubt als Entscheidungskriterium die unmittelbare Überlebenswahrscheinlichkeit bei der aktuellen Erkrankung. Gebrechlichkeit, die grundsätzliche Lebenserwartung oder Annahmen zur Lebensqualität nach der Behandlung werden explizit ausgeschlossen. Komorbiditäten dürfen in die Entscheidung nur einbezogen werden, wenn sie aufgrund ihrer Schwere einen erheblichen Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit haben. Die Entscheidung muss als einstimmig von zwei mehrjährig tätigen Fachärzt:innen mit Weiterbildung Intensivmedizin erfolgen, wobei eine/r nicht an der unmittelbaren Behandlung der Patient:innen beteiligt sein darf. Bei Uneinigkeit ist eine dritte Ärztin oder ein dritter Arzt hinzuzuziehen, was auch telemedizinisch zulässig ist.

Sind Menschen mit Behinderung oder Vorerkrankung betroffen, so muss die Einschätzung einer weiteren hinzugezogenen Person mit entsprechender Fachexpertise für die Behinderung oder die Vorerkrankung bei der Zuteilungsentscheidung berücksichtigt werden. Dafür kommen die vorbehandelnden Ärzt:innen infrage. Voraussetzung ist, dass die Dringlichkeit der Behandlung dem nicht entgegensteht.

Die für die Entscheidung maßgeblichen Aspekte sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist für zehn Jahre aufzubewahren und den Patient:innen ist auf Verlangen Einsicht zu gewähren. Jedes Krankenhaus mit intensivmedizinischer Versorgung muss Verfahrensanweisungen für den Fall einer Triage-Situation vorhalten, diese regelmäßig überprüfen und anpassen. Sie sollen als „Instrument der internen Qualitätssicherung einheitliche Arbeitsabläufe sicherstellen, die notwendige Transparenz der Entscheidungsfindung in einer Behandlungsausnahmesituation schaffen und den beteiligten Ärzt:innen Sicherheit und Unterstützung in einer solchen Ausnahmesituation geben“, so der Gesetzesentwurf.

Der DEKV hat sich mit der Diakonie Deutschland und dem BeB zu diesem Referentenentwurf in einer gemeinsamen Stellungnahme geäußert. Der Gesetzesentwurf wird grundsätzlich positiv bewertet. Kritisch angemerkt wird, dass mit der Regelung zur unmittelbaren Überlebenswahrscheinlichkeit, trotz erfolgter Einschränkungen zu Komorbiditäten, Gebrechlichkeit und Alter, eine Diskriminierung vulnerabler Patient:innengruppen nicht gänzlich vermieden werden kann. Die Regelung sei daher lediglich als bestmöglich zu bezeichnen. Ebenfalls begrüßt werden die Regelungen zur Entscheidungsfindung im Mehraugenprinzip unter Einbeziehung einer externen Fachperson für Menschen mit Behinderung, zur Dokumentationspflicht und zur Vorhaltung von Verfahrensanweisungen.

DEKV, Diakonie und BeB fordern folgende Verbesserungen, um Diskriminierungsmomente weiter zu reduzieren und die Anwendbarkeit in der Praxis zu verbessern:

- *Der Unterschied in der unmittelbaren Überlebenswahrscheinlichkeit zweier Patient:innen muss „besonders erheblich“ sein, damit ein Patient dem anderen bevorzugt werden darf.*
- *Um in einer Triagesituation mit Personalmangel das Mehraugenprinzip gewährleisten zu können, sollen neben Fachärzt:innen mit Weiterbildung Intensivmedizin, auch Fachärzt:innen für Anästhesiologie an der Entscheidungsfindung beteiligt werden können.*
- *In die Zuteilungsentscheidung soll die Perspektive einer Pflegefachkraft eingebunden werden, da diese die Patientin oder den Patienten aus der täglichen Versorgung kennt und eine andere Perspektive auf den Gesundheits- und Behinderungsbegriff als ärztliche Fachleute hat.*

- *Kann bei Menschen mit Behinderung aus Zeitgründen keine externe Fachperson hinzugezogen werden, so ist dies in der Dokumentation gesondert zu begründen, um diesen Fall nicht zu leicht zur Regel werden zu lassen.*
- *Um den Prozess der Triage und die Einwilligung zur Intensivbehandlung auch bei Menschen mit eingeschränkter Kommunikation oder geistiger Behinderung ermitteln zu können, sind Leistungen zur Kommunikation (z. B. Gebärdendolmetscher:innen) gesichert zu refinanzieren.*
- *Im Sinne eines barrierefreien Gesundheitssystems soll das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt werden, Aufklärungsmaterial in leichter Sprache evidenzbasiert zu entwickeln, um Menschen mit Behinderung bei der Willensbildung und dem Verständnis bezüglich Intensivbehandlung und Triagevorgang zu unterstützen.*

Am 28. Juli 2022 nahm Dr. Johannes Egerer, zuständiger Fachreferent des DEKV für die drei diakonischen Verbände an der Verbändeanhörung des Bundesgesundheitsministeriums teil. Die Triageregulung für Menschen mit Behinderungen im Pandemiefall wird im Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes geregelt. Am 19. Oktober 2022 findet eine Verbändeanhörung im Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag statt. Die 2./3. Lesung wird im Oktober bzw. November 2022 im Parlament erfolgen.

Qualitätsverträge für Menschen mit Behinderung

Der DEKV wirbt bei seiner Mitgliedschaft und bei Kassenvertretern, Qualitätsverträge für die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen (§ 110a SGB V) miteinander zu schließen. Der Ampel-Koalitionsvertrag bekennt sich zu einem inklusiven Gesundheitssystem. Das BMG will zur Umsetzung dieser Vereinbarung einen Aktionsplanprozess Ende 2022 starten.

Der Qualitätsvertrag für die Behandlung von Menschen mit Behinderung ist vom Krankenhaus Mara, Bielefeld, und allen Krankenkassen im Berichtszeitraum weiterverhandelt und zu einem positiven Abschluss gekommen. Zusammen mit dem vdek will der DEKV mit weiteren gemeinsamen Aktionen für die Qualitätsverträge auch für die anderen Leistungsbereiche werben.

Qualitätsverträge dienen der Erprobung und Verbesserung der Patientenversorgung in ausgewählten Bereichen. Dafür können mit den Krankenkassen besondere Vergütungen vereinbart werden. Bundesregierung und Parlament messen den Qualitätsverträgen eine besondere Bedeutung bei. Mit dem GVWG stärkte Bundesregierung und Parlament das Instrument der Qualitätsverträge. Diese werden nun entfristet und mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 werden Kostenträger verpflichtet, pro Mitglied 30 Cent im Rahmen von Qualitätsverträgen auszugeben. Abgeschlossene Qualitätsverträge werden zukünftig jährlich durch den G-BA veröffentlicht.

Vier neue Leistungsbereiche durch G-BA Beschluss am 26. Juli 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Rahmen des gesetzlichen Auftrages aus dem GVWG vier weitere Leistungen respektive Leistungsbereiche bestimmt, die erprobt werden sollen. Ziel ist es, die Versorgung dieser stationären Behandlungsleistungen über die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen zu verbessern. Dabei handelt es sich um die:

- *Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung,*
- *Multimodale Schmerztherapie,*
- *Geburten/Entbindung,*
- *Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit.*

Ersteinschätzungsinstrument Notfallversorgung § 120 Abs.3b SGB V

Die Reform des Ersteinschätzungsverfahrens in der Notfallversorgung im Krankenhaus und des dazugehörigen Richtlinienverfahrens im G-BA ist bis Juni 2023 verlängert worden. Dies sieht der Entwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes vom 27. Juli 2022 vor.

Der § 120 Abs. 3b SGB V war eines der letzten Projekte der Großen Koalition. Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde dadurch beauftragt, bis zum 20. Juli 2022 ein Verfahren und Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden, zu erarbeiten. Ziel des Gesetzgebers ist es, eine sachgerechte Steuerung der Patient:innen, die sich als Notfall melden, in die jeweils medizinisch gebotene Versorgungsebene zu ermöglichen.

Hintergrund der Fristverlängerung ist, dass die Ampelkoalition aus SPD, Grünen und FDP die gesamte Notfallversorgung im Krankenhaus reformieren will. Ein wesentlicher Baustein der reformierten Notfallversorgung soll das Ersteinschätzungsverfahren sein. Nunmehr ist etwas Tempo aus dem laufenden G-BA Verfahren genommen worden. Auch steigt mit mehr Zeit die Chance, die vier unterschiedlichen Vorschläge im Richtlinienverfahren zu einem gemeinsam getragenen Vorschlag der Bänke im G-BA zusammenzuführen. Zudem sollen Anfang 2023 weitere Daten und Evidenz von Ersteinschätzungssoftware für Deutschland und aus Registerstudien verfügbar sein, die als Entscheidungsgrundlage für das G-BA Verfahren dienen können.

So heißt es in der Gesetzesbegründung: „Im Verlauf der Beratungen des G-BA und im Rahmen des durchgeführten Stellungnahmeverfahrens hat sich gezeigt, dass derzeit kein geeignetes Software-System existiert, mit dem das standardisierte Ersteinschätzungsverfahren und die entsprechende Weiterleitung in die medizinisch gebotene Versorgungsebene, insbesondere in die ambulante Versorgung, durchgeführt werden kann.“

Auch sind inhaltliche Anpassungen für die Vorgaben des Ersteinschätzungsverfahrens vorgenommen worden. Bedeutsam ist die inhaltliche Verschiebung bei der Zuständigkeit der Letztentscheidung von nicht dringlich stationär Behandlungsbedürftigen. Der Gesetzentwurf sieht eine Kompetenzverlagerung von ärztlichem Personal hin zum nicht ärztlichen medizinischen Personal vor. Es sollen Vorgaben festgelegt werden, die „zur Einbeziehung ärztlichen Personals in den Fällen, in denen das nicht ärztliche medizinische Personal zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist“. In der geltenden Regelung sind Vorgaben „zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs“ zu regeln. Ein Änderungsantrag der Regierungsfaktionen vom 10. Oktober 2022 will die Vorgaben zur Hinzuziehung des ärztlichen Personals streichen. Hintergrund ist, dass eine künftige umfassende Notfallreform diese Kriterien mitdefinieren soll.

Als **Vertreter des DEKV** haben **Holger Finkemeier**, Chefarzt Zentrale Notaufnahme **AGAPLESION Evangelisches Klinikum Schaumburg**, **Dr. med. Hans-Werner Kottkamp**, Chefarzt der zentralen Notaufnahmen **Evangelisches Klinikum Bethel**, Bielefeld, und **Martin Pin**, Leiter der Notaufnahme Florence-Nightingale-Krankenhaus, Düsseldorf, **in der medizinischen Expertengruppe Ersteinschätzungsinstrument NFV der DGK** mitgewirkt und die Interessen der evangelischen Krankenhäuser vertreten.

Die 2./3. Lesung im Bundestag soll im Oktober/November 2022 stattfinden. Das Inkrafttreten wird voraussichtlich im Dezember 2022 erfolgen.

Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen im Jahr 2021 und 2022 (PpUG-V)

Seit 1. Januar 2019 gelten bundesweit für vier Krankenhausbereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie) Personaluntergrenzen. Jährlich kommen neue Bereiche hinzu, sodass im Jahr 2022 sechzehn pflegesensitive Bereiche bestehen, in denen Pflegepersonal-Untergrenzen erfüllt werden müssen. Ziel des Gesetzgebers ist die Sicherstellung der Patient:innensicherheit und eine grundlegende Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Bei Unterschreitung treten Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder Fallzahlreduzierung im Folgejahr in Kraft.

DKG und GKV-SV sind nach § 137i Abs. 1 SGB V aufgefordert, die Pflegepersonaluntergrenzen jährlich weiterzuentwickeln. Zum 1. Januar eines Jahres sind neue pflegesensitive Bereiche zu bestimmen, die im Folgejahr eingeführt werden. Die konkreten Untergrenzen für diese sind zum 31. August eines Jahres durch die Selbstverwaltungspartner festzulegen. Mit dem GVWG vom 11. Juli 2021 erhielten DKG und GKV-SV auch die Möglichkeit bereits bestehenden PpUGs zum 31. August eines Jahres anzupassen. Bei fehlender Einigung auf neue Bereiche erfolgt die Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der Vorstand der DKG hat am 16. Juni 2020 beschlossen, keine Verhandlungen mit dem GKV-SV zu den Pflegepersonaluntergrenzen zu führen und diese bereits vorab als gescheitert zu erklären. Als Konsequenz erfolgte die Regelung bisher immer per Ersatzvornahme durch das BMG – derzeit mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung für das Jahr 2022 vom 8. November 2021. Mit der Verordnung wurden zwei weitere pflegesensitive Bereiche eingeführt, die Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Orthopädie. Die Pädiatrie wurde für eine bessere Differenzierung in drei Bereiche aufgeteilt, allgemeine Pädiatrie, spezielle Pädiatrie (z.B. Rheumatologie) und neonatologische Pädiatrie.

Pflegepersonaluntergrenzen im Jahr 2022:

Pflegesensitiver Bereich	2021				Neu: 2022				2021				Neu: 2022			
	Verhältnis: examinierte Fachkräfte zu Patienten								Anteil Hilfskräfte*							
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Geriatric (ab 2019)	1:10	1:20	1:10	1:20	15%	20%	15%	20%	15%	20%	15%	20%	15%	20%	15%	20%
Herzchirurgie (ab 2020)	1:7	1:15	1:7	1:15	5%	0%	5%	0%	5%	0%	5%	0%	5%	0%	5%	0%
Intensivmedizin (ab 2019)	1:2	1:3	1:2	1:3	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Kardiologie (ab 2019)	1:10	1:22	1:10	1:22	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Neurologie (ab 2020)	1:10	1:20	1:10	1:20	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%
Neurologische Frührehabilitation (ab 2020)	1:5	1:12	1:5	1:12	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Neurologie: Schlaganfallereinheit (ab 2020)	1:3	1:5	1:3	1:5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Unfallchirurgie (ab 2019)	1:10	1:20	1:10	1:20	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Allgemeine Chirurgie (ab 2021)	1:10	1:20	1:10	1:20	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Innere Medizin (ab 2021)	1:10	1:22	1:10	1:22	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Neu 2022: Orthopädie	Bisher keine		1:10	1:20	Bisher keine		10%	10%	Bisher keine		10%	10%	Bisher keine		10%	10%
Neu 2022: Gynäkologie und Geburtshilfe	Bisher keine		1:8	1:18	Bisher keine		5%	0%	Bisher keine		5%	0%	Bisher keine		5%	0%
Einsatz von Hebammen	Bisher keine		10%	5%	Bisher keine		5%	5%	Bisher keine		5%	5%	Bisher keine		5%	5%
Allgemeine Pädiatrie (ab 2021)	1:6	1:10	1:6	1:10	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Neu 2022: spezielle Pädiatrie**	1:6	1:10	1:6	1:14	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Pädiatrische Intensivmedizin (ab 2021)	1:2	1:3	1:2	1:3	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Neu 2022: neonatologische Pädiatrie	1:6	1:10	1:3,5	1:5	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%

*Pflegehilfskräfte sind: Pflegehilfs- und -assistenzkräfte mit mind. 1-jähriger Ausbildung, MFA, ATA, Notfallsanitäter (§ 2 Abs. 1)

** Spezielle Pädiatrie umfasst die Neuro- und Sozialpädiatrie, die Dermatologie, Diabetologie und Rheumatologie

Zusammenfassung aller im Jahr 2022 gültigen, pflegesensitiven Bereiche, mit konkreten Pflegepersonaluntergrenzen und anrechenbaren Anteilen für Pflegehilfskräfte. Im Vergleich sind die Zahlen aus dem Jahr 2021 aufgeführt. Eine rote Schrift bedeutet strengere Vorgaben als 2021, grüne Schrift bedeutet abgeschwächte Vorgaben im Vergleich zu 2021, blaue Schrift kennzeichnet neue Bereiche.

Grundlage für die Ausgestaltung der Pflegepersonal-Untergrenzen durch das BMG sind Erhebungen realer Personalbesetzungsdaten und Patient:innenzahlen. Eine repräsentative Stichprobe der deutschen Krankenhäuser wurde dafür durch das InEK im 1. Quartal 2020, 2021 und 2. Quartal 2022 erhoben. Die konkreten Untergrenzen werden nach dem Perzentilen-Verfahren ermittelt⁵. Für das Jahr 2023 hat das InEK vom BMG am 29. April 2022 den Auftrag für eine Datenerhebung erhalten, mit dem Ziel die Bereiche Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) sowie Rheumatologie in die PpUG-V als pflegesensitive Bereiche aufzunehmen. Frist für die Datenlieferung war der 15. Juni 2022

Aufgrund des „Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zu Änderungen weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie“ vom 10. Dezember 2021 wurde festgelegt, dass Krankenhäuser, die nach § 21 Abs. 2b KHG Ausgleichszahlungen erhalten, den Ausnahmetatbestand nach § 7 Satz 1 Nummer 2 PpUG-V ohne weiteren Nachweis geltend machen können, und daher Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhalten müssen. Der Bezugszeitraum für die Ausgleichszahlungen wurde erst auf den 18 März 2022, dann bis zum 30. Juni 2022 per Rechtsverordnungen ausgedehnt. Dies kam faktisch einer verlängerten Aussetzung der PpUG-V bis zum 30. Juni 2022 gleich.

Seit dem 1. Juli 2022 müssen die Pflegepersonaluntergrenzen in allen Bereichen wieder eingehalten werden.

Rückmeldung aus der DEKV-Mitgliedschaft zeigten an, dass sich ab 2022 vor allem auf Stationen der Gynäkologie und Geburtshilfe Herausforderungen durch die erweiterten PpUGs ergeben. Für Hebammen ist besonders die Wochenbettbetreuung originäre Aufgabe. Wenn Hebammen nicht oder nur zu geringem Anteil im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe auf die PpUG-Erfüllung angerechnet werden, so sei eine Verschlechterung der Versorgung von Mutter und Kind zu befürchten. Darüber hinaus wäre die Praxisanleitung von Hebammenstudent:innen auf der Wochenbettstation sehr erschwert.

⁵ Friedrich S. et.al: Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflebelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern - GKV-Spitzenverband / Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2018, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Der DEKV hat am 30. September 2021 in einer Stellungnahme zum Referentenentwurf der PpUG-V gemeinsamen mit der Diakonie Deutschland eine Anerkennung von den Hebammen gleich den Pflegefachkräften in diesem Bereich gefordert. Die vom BMG in der Rechtsverordnung vom 8. November 2021 umgesetzte Anerkennung von Hebammen zu einem geringen Prozentsatz (10% am Tag/5% in der Nacht) auf die Erfüllung der PpUGs ist als nicht ausreichend zu bewerten. Mit einem Brief an die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz Frau Grimm-Benne, machte die DKG am 04. Mai 2022 auf den Umstand aufmerksam, und bittet die Gesundheitsminister:innen der Länder im Rahmen der 95. Gesundheitsministerkonferenz am 22. und 23. Juni 2022 darum, das BMG zum Handeln zu bewegen. Der DEKV flankierte die Aktion über das Verbandsnetzwerk in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen. Auf der GMK 2022 wurde das Thema aber nicht offiziell beraten.

Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument und PPR 2.0

Mit der Konzertierten Aktion Pflege im Jahr 2019 vereinbarten DKG, Deutscher Pflegerat und ver.di gemeinsam ein Pflegebedarfsbemessungsinstrument für das Krankenhaus auf den Weg zu bringen. Ein Instrument auf Basis der Pflegepersonalregelung (PPR) sollte in Form einer modernisierten PPR 2.0 die Pflegepersonaluntergrenzen ersetzen und später von einem, im Auftrag des BMG entwickelten, Pflegebedarfsbemessungsinstrument ersetzt werden.

Da das BMG in der 19. Legislaturperiode von PPR 2.0 nicht überzeugt war, erging an DKG und GKV-SV mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 der Auftrag, die Entwicklung eines alternativen Pflegebedarfsbemessungsinstruments anzugehen (§ 137k SGB V). Die Kosten müssen von den beiden Selbstverwaltungspartnern zur Hälfte getragen werden, schätzungsweise insgesamt 2 bis 3 Millionen Euro. Für die Entwicklung sollte bis zum 30. Juni 2022 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder entsprechende, sachverständige Personen beauftragt werden. Bis zum 31.12.2024 ist das Instrument fertigzustellen.

DKG und GKV-SV legten dem BMG fristgerecht zum 15. Dezember 2021 eine Leistungsbeschreibung für die europaweite Ausschreibung des Entwicklungsauftrags vor. Zwischenzeitlich war aber die Einführung von PPR 2.0 im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung festgeschrieben worden und die Hausleitung im BMG hatte gewechselt. Es heißt im Koalitionsvertrag vom 7. Dezember 2021: „Kurzfristig führen wir zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein.“ Die Ausschreibung zur Entwicklung eines Pflegebedarfsbemessungsinstruments nach § 137k SGB V wurde vom BMG noch nicht freigegeben, der Zeitplan ist daher um mehr als ein halbes Jahr verzögert.

Anfang Juli 2022 wurde aber ein Eckpunktepapier aus dem BMG öffentlich mit dem der Gesetzgebungsprozess zur Einführung von PPR 2.0 initiiert wurde. Damit wird die Umsetzung eines Auftrags aus dem Koalitionsvertrag vom 7. Dezember 2021 vorbereitet. Dort heißt es: „Kurzfristig führen wir zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein.“

DEKV und Diakonie hatten sich seit langem intensiv dafür stark gemacht, dass PPR 2.0 nur ausführlich getestet und überarbeitet eingeführt werden solle. Mit Briefen an den Bundesgesundheitsminister, die Leitungsebene des BMG, die für Pflege zuständigen Parlamentarier:innen der Regierungsfractionen und die Mitglieder der Bundestagsausschüsse für Gesundheit, Familie und Arbeit Anfang März und Mitte Mai 2022, legten DEKV und Diakonie Deutschland erneut ihre Kritikpunkte dar. Daraus folgte eine Einladung zum Gespräch mit den im BMG für Pflegebedarfsbemessung zuständigen leitenden Mitarbeitern, dem Abteilungsleiter und dem Referatsleiter am 05. Juli 2022. Hauptkritikpunkte von DEKV und Diakonie sind der fehlende Qualifikationsmix und die unzureichende Praxiserprobung, insbesondere in Bezug auf Schulungs- und Dokumentationsaufwand. Insbesondere der Hinweis zu einem Praxistest mit Erfassung von Schulungs- und Dokumentationsaufwand wurde vom BMG im Gesetzentwurf umgesetzt. Ein Qualifikationsmix für die Pflege ist im zweiten Schritt nach Einführung von PPR 2.0 angedacht.

Am 11. August 2022 hat das BMG den Referentenentwurf zum Krankenhauspflegentlastungsgesetz (KHPfIEG) vorgelegt. Der Gesetzentwurf ist vom Kabinett am 14. September 2022 beschlossen worden. Er sieht vor, dass die PPR 2.0 - mit der Kinder-PPR 2.0 für die Pädiatrie - in drei Stufen eingeführt werden.

Stufe 1: Ab 1.1.2023 Erprobungsphase: Mit einem mindestens 3-monatigen, wissenschaftlich begleiteten Praxistest werden Schulungsaufwand, Dokumentationsaufwand und IST-Besetzung innerhalb einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern ermittelt.

Stufe 2: Ab 1.1.2024 Einführungsphase: Die Personalregelung wird auf Grundlage von PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 verpflichtend in allen Krankenhäusern auf allen bettenführenden Stationen eingeführt. In dieser Phase erfolgt ein Abgleich zwischen Soll- und Ist-Pflegepersonalbesetzung in transparenter Form.

Stufe 3: Ab 1.1.2025 Konvergenzphase: Auf Basis der im Vorjahr gesammelten Daten zum Umsetzungsgrad in allen Krankenhäusern wird ein verpflichtender Mindestumsetzungsgrad festgelegt. Dieser wird in der folgenden Konvergenzphase schrittweise angehoben, bis eine volle Umsetzung des Personalbedarfs laut PPR 2.0 verpflichtend vorgegeben ist.

Der Pflegequalifikationsmix (Festlegung zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des einzusetzenden Pflegepersonals nach Qualifikation) ist für die Rechtsverordnung (Veröffentlichung zum 30. November 2023) vorgesehen. Nach § 137I SGB V soll eine Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus per Verordnung erfolgen. Allerdings ist es eine Kann-Regelung und steht unter dem Finanzierungsvorbehalt des Bundesfinanzministeriums.

Der Gesetzentwurf sieht außerdem eine opt-out-Lösung vor. Krankenhäuser, für die eine (tarif-)vertragliche Vereinbarung zur Entlastung des Pflegepersonals vorliegt oder vereinbart wird, müssen die Pflegepersonalregelung nicht verpflichtend anwenden. Zudem gelten die Pflegepersonaluntergrenzen fort. Der Entwurf des Krankenhauspflegentlastungsgesetzes wird von Oktober bis Dezember 2022 im Bundestag beraten und soll Anfang 2023 in Kraft treten.

DEKV-Pflegepraxis entwickelt Qualifikationsmix für PPR 2.0

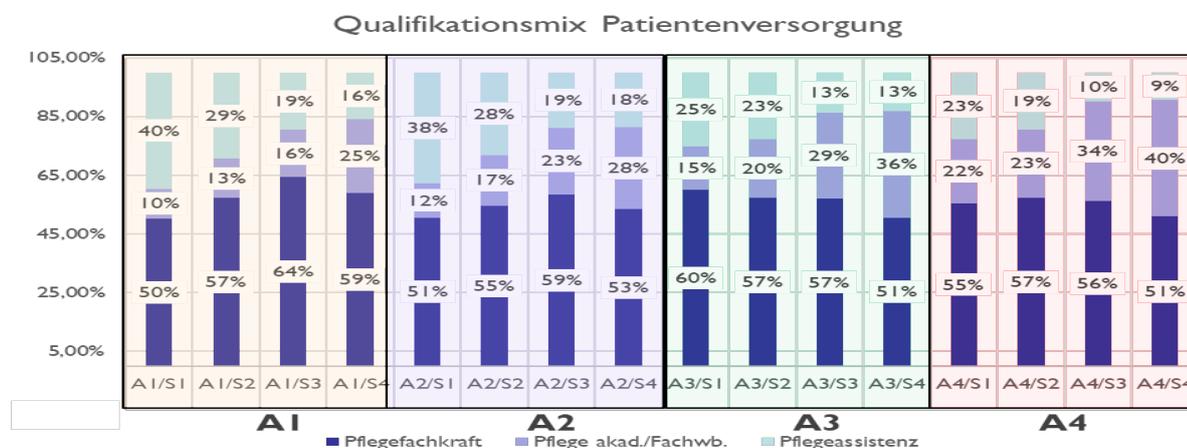
Ein Qualifikationsmix ist für eine qualifizierte, effiziente, wirtschaftliche und auf die Sicherheit der Patient:innen ausgerichtete Pflege notwendig. Daher hat sich der DEKV im Mai 2022 auf den Weg gemacht, ein pragmatisches Konzept für einen Qualifikationsmix in PPR 2.0 unter Berücksichtigung der akademischen Pflege zu entwickeln. Das Projektteam hatte vier Projekttreffen. Das Ergebnis der multiprofessionellen Expert:innengruppe aus Pflege, Bildung, akademischer Pflegeausbildung und Personalentwicklung wurde in einer Sondersitzung des DEKV-Vorstandsreferats Pflege, Medizin und Qualität im Juli 2022 in Berlin vorgestellt.

Die Mitglieder des DEKV-Vorstandsreferats und der Expert:innengruppe bewerteten den ermittelten Qualifikationsmix als ein gutes, nachvollziehbares, pragmatisches und praxistaugliches Ergebnis. Damit existiert ein konkreter, pragmatischer Lösungsvorschlag, der zeigt, dass die Entwicklung eines Qualifikationsmix in PPR 2.0 auch kurzfristig möglich ist.

DEKV-Projekt PPR 2.0 und Qualifikationsmix – exploratives Vorgehen

Methodisch setzt das Projekt auf Beteiligung der Pflegeexpert:innen der DEKV-Mitgliedshäuser. Für jede der sechzehn Schweregradgruppen, denen Patient:innen in der PPR 2.0 zugeteilt werden, wurde ein prozentualer Anteil am Pflegeteam für 1-jährige Pflegeassistenz, Pflegefachkräfte und Pflegekräfte mit Bachelorabschluss zugewiesen. Damit können die durch PPR 2.0 zugewiesenen Pflegeminuten auf die verschiedenen Qualifikationsniveaus verteilt werden. Dazu wurden Pflegedirektor:innen aus evangelischen Krankenhäusern aufgerufen, zusammen mit ihren Teams ein Votum abzugeben, wie der Qualifikationsmix aus Sicht der Pflege aussehen muss, um die Patient:innen qualifiziert versorgen zu können. Trotz der kurzen Rückmeldefrist flossen zehn unabhängige Expert:inneneinschätzungen in die Berechnung des Qualifikationsmix ein.

Ergebnisse des Expertenkonsensus



Ergebnis des Projekts zum PPR 2.0 Qualifikationsmix: Anteil der drei Pflegequalifikationen – Pflegefachkraft, akademische Pflegekraft und Pflegeassistenz – am Pflegeteam für jede der 16 PPR 2.0 Schweregradgruppen (A1-A4/S1-S4). Jeder vertikale Balken repräsentiert den Qualifikationsmix für eine Schweregradgruppe.

Pflegezeit abhängig von der PPR 2.0 Einstufung: <u>Pflegfachkraft</u> (in Minuten)					Pflegezeit abhängig von der PPR 2.0 Einstufung: <u>akademische Pflege/ mit Fachweiterbildung</u> (in Minuten)					Pflegezeit abhängig von der PPR 2.0 Einstufung: <u>Pflegeassistentz</u> (in Minuten)				
	S1	S2	S3	S4		S1	S2	S3	S4		S1	S2	S3	S4
A1	29,7	43,6	72,2	89,0	A1	6,0	10,2	18,1	38,1	A1	23,3	22,3	21,7	23,9
A2	57,7	71,6	97,8	110,1	A2	13,2	22,6	37,9	57,9	A2	43,0	36,7	31,2	38,0
A3	121,9	126,2	146,1	149,3	A3	30,4	44,1	75,4	107,3	A3	50,7	49,7	34,5	38,5
A4	185,5	202,0	218,9	217,6	A4	73,5	82,2	131,2	170,3	A4	76,0	67,8	38,0	96,9

Abbildung 2 Ergebnis des Projekts zum PPR 2.0 Qualifikationsmix: Pflegezeit in Minuten, die jeder der drei Pflegequalifikationen – Pflegefachkraft, akademische Pflegekraft und Pflegeassistentz – in jeder der 16 PPR 2.0 Schweregradgruppen (A1-A4/S1-S4) zugeordnet wird. Ermittelt aus den in PPR 2.0 hinterlegten Pflegeminuten je Schweregradgruppe multipliziert mit dem hinterlegten Anteil am Pflegeteam.

Aktive Beteiligung motiviert Pflegepraxis

Besonders positiv wurde der partizipative Charakter des Projekts aufgenommen. Diese Methodik des Expert:innenkonsens erlaubt es der professionellen Pflege, den Qualifikationsmix selbst zu bestimmen und das eigene Pflegeverständnis einzubringen. Die Projektergebnisse und der Projektbericht sind vom DEKV-Vorstand in seiner Sitzung am 7. September 2022 beraten worden. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist für Anfang November 2022 vorgesehen.

Die engagierten Projektmitglieder sind: Petra Krause, Pflegedirektorin Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH und Krankenhaus Mara, Katja Rosenthal-Schleicher, Bereichsleitung Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH und Krankenhaus Mara, Anke Sommer, Pflegedirektorin Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz, Matthias Jenny, Pflegedirektor und Vorstand Evangelisches Diakoniekrankenhaus Freiburg, Thorsten Witt, Pflegedirektor AGAPLESION Diakonie Klinikum Hamburg gGmbH, Bettina Liebl, Pflege- und Organisationsentwicklung DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH Hannover, Sarah Buder, stellvertretende Pflegedirektorin, Diakonie Klinikum Dietrich-Bonhoeffer GmbH, Miriam Maier, stellvertretende Pflegedirektorin und Simon Jäger, stellvertretender Pflegedirektor Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer, Christian Biedermann, Pflegedienstleitung Diakonie-Klinikum Stuttgart, Birgit Baier, Pflegedirektorin Evangelisches Krankenhaus Paul Gerhardt Stift Wittenberg, Oliver Wittig, Pflegedirektor Luisenhospital Aachen

Einordnung der generalistischen Pflegeabschlüsse in die Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA

Mit seinen Beschlüssen vom 17. Dezember 2020 nahm der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die neuen generalistischen Pflegeberufe in die Personalvorgaben der Qualitätssicherungsrichtlinien für die Neonatologie (QFR-RL), die Kinderonkologie (KiOn-RL) und die Kinderherzchirurgie (KiHe-RL) auf. Diese Beschlüsse wurden Gegenstand heftiger Kontroversen. Nicht nur DEKV und die Diakonie Deutschland kritisierten scharf, dass in diesen G-BA-Richtlinien Pflegefachkräfte trotz Vertiefung in der Pädiatrie, langjähriger Berufserfahrung und Fachweiterbildung niemals den Pflegekräften mit Abschluss der Kinderkrankenpflege gleichgestellt sind und darüber hinaus zusätzliche Anforderungen während der Ausbildung absolvieren müssen. Dies steht dem Gedanken einer generalistischen Pflegeausbildung entgegen und zementiert den Abschluss der Kinderkrankenpflege zum Nachteil der Pflegefachpersonen mit generalistischem Ausbildungsabschluss. Das BMG, als Rechtsaufsicht des G-BA, beanstandete in seiner Entscheidung zur Kinderonkologie-Richtlinie daher auch am 27.5.2021 den G-BA-Beschluss. Die zusätzlichen Auflagen an die Ausbildung von Pflegefachkräften mit Vertiefungseinsatz Pädiatrie durch die G-BA Richtlinie werden aufgehoben. Zusätzlich wird der G-BA beauftragt, eine Einordnung akademischer Pflegekräfte in seine Qualitätsrichtlinien bis Ende 2021 zu prüfen.

Gegen die Entscheidung des BMG hat der unparteiische Vorsitzende des G-BA Klage beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingereicht. Die Klage verschafft dem G-BA und dem BMG Zeit, in einem konstruktiven Dialog eine Lösung zu erarbeiten. Ein Ergebnis liegt auch mehr als ein Jahr später nicht vor. Eine Klageschrift wurde ebenfalls noch nicht durch den G-BA formuliert.

Zwischenzeitlich wurde am 04. November 2021 die „Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Absatz 5 SGB V (ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)“ veröffentlicht. Diese enthält für die Versorgung von Kindern und Jugendliche unter 18 Jahren die identische Formulierung, die die generalistische Pflegeausbildung benachteiligt. Auch diese Richtlinie wurde vom BMG am 17.03.2022 beanstandet, und auch hier wurde Klage erhoben.

Die 95. Gesundheitsministerkonferenz bittet per Beschluss vom 22. und 23. Juni 2022 den Bundesgesundheitsminister darauf hinzuwirken, dass generalistisch ausgebildete Pflegekräfte mit Vertiefungseinsatz Pädiatrie in den G-BA Qualitätsrichtlinien (KiON-RL, KiHe-RL, QFR-RL) ohne weitere Voraussetzungen angerechnet werden können; gleiches gilt für sonstige generalistisch ausgebildete Pflegekräfte mit mehrjähriger, pädiatrischer Berufserfahrung.

Für Krankenhäuser mit Perinatalzentren, kinderherzchirurgischen und kideronkologischen Abteilungen bedeutet diese unklare Situation zur Kinderkrankenpflege aber weiterhin Planungsunsicherheit bei der Ausbildung des Pflegepersonals. Insbesondere, ob mittelfristig eine Fortführung der Ausbildung zur Kinderkrankenpflegekraft an eigenen Schulen fortgeführt werden muss, bleibt unsicher. Ende 2025 erfolgt die Evaluation des Abschlusses Kinderkrankenpflege im Pflegeberufegesetz. Ausschlaggebend wird die Zahl der Auszubildenden sein, die den gesonderten Abschluss Kinderkrankenpflege wählen.

AOP Katalog (MDK-Reformgesetz)

Das am 1. Januar 2020 in Kraft getretene MDK-Reformgesetz beinhaltet auch den gesetzlichen Auftrag, den Katalog für „ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe“ (AOP-Katalog) zu erweitern. Am 1. April 2022 haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-SV und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) das beim IGES Institut gemeinsam beauftragte und freigegebene Gutachten zur Erweiterung des Katalogs für ambulantes Operieren (AOP) präsentiert. Der gültige AOP-Katalog weist heute 2.879 Leistungen nach § 115b aus. Das IGES hat im Gutachten weitere 2.467 Leistungen und 65 zusätzliche DRG identifiziert. Die drei Partner der Selbstverwaltung müssen nun den neuen Katalog festlegen. Anschließend müssen sie gemäß dem gesetzlichen und mit Fristen versehenen Auftrag aus dem MDK-Reformgesetz von 2020 eine einheitliche Vergütung vereinbaren. Über die Hälfte der neuen vorgeschlagenen Leistungen (1.482) sind Operationen an der Haut, am Auge sowie am Muskel- und Skelettsystem. Ein Fünftel sind diagnostische Maßnahmen (546) wie diagnostische Endoskopien. Neu sind die sogenannten zwölf Kontextfaktoren wie beispielsweise erhöhte Krankheitsschwere, altersbedingte Risiken, soziale Begleitumstände oder erhöhter Betreuungsaufwand. Sie sollen helfen, den jeweiligen Behandlungskontext abzubilden. Das IGES sieht mit den Kontextfaktoren die Möglichkeit, Patient:innen zu identifizieren, die einen erhöhten Versorgungsaufwand bei ambulanter Durchführung benötigen. Diese Differenzierungsmöglichkeiten sind die entscheidenden Stellschrauben bei den § 115b-Leistungen.

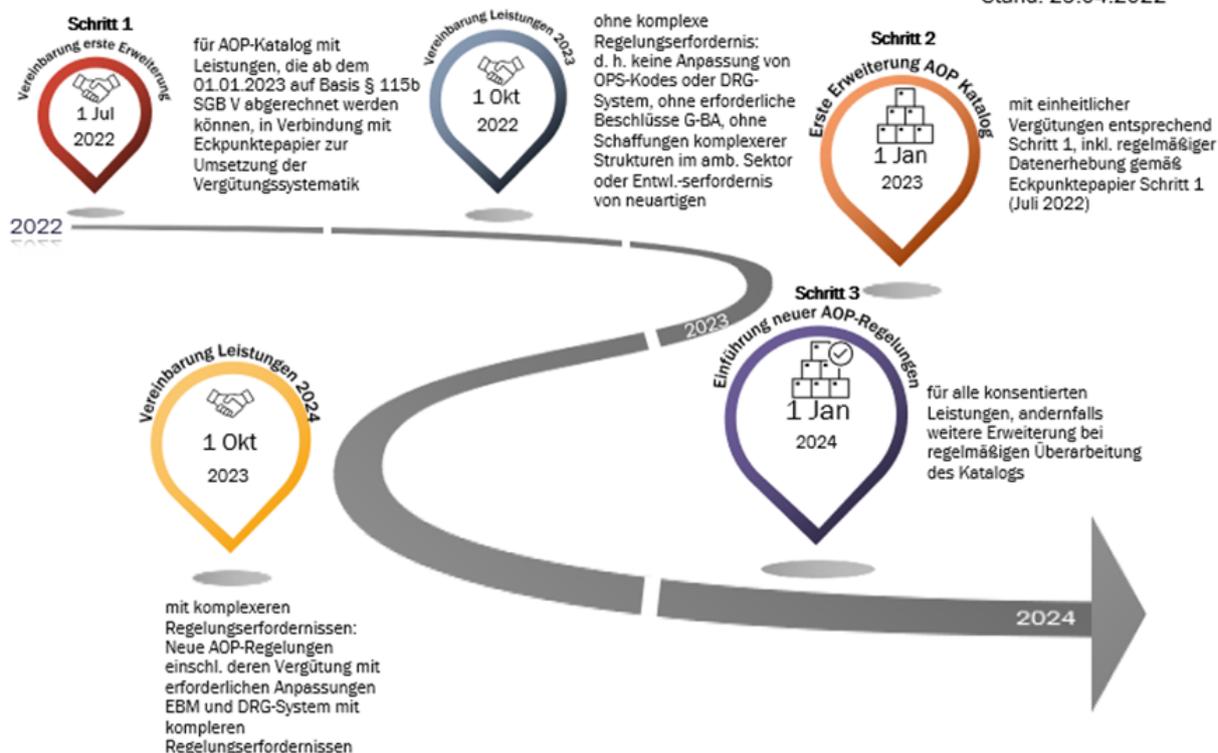
Der neue AOP-Katalog wird mit den verstärkt ambulantisierbaren Fällen weitreichende Auswirkungen auf die zukünftigen Versorgungsstrukturen haben. Geschätzt wird, dass ca. zehn bis zwanzig Prozent der DRG-Leistungen betroffen sind, und diese zukünftig verstärkt oder ausschließlich ambulant erbracht werden müssen. Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) hat ein Gesamtvolumen ambulantisierbarer Fälle von zehn bis zwölf Prozent ermittelt. Das bisherige Volumen beträgt vier Prozent, also ein theoretisches Nettopotenzial von sechs bis acht Prozent. Aus Sicht des DEKV ist wichtig darauf hinzuwirken, wie eine Übergangsphase für Krankenhäuser gestaltet werden kann und welche einheitlichen Regelungen auch unter Beachtung gleicher Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern und dem niedergelassenen Bereich gelten. Exemplarisch dafür steht unter anderem die häufig fehlende Tarifbindung im Bereich der niedergelassenen Ärzte. In den evangelischen Krankenhäusern gilt für die Vergütung der Ärzte der AVR. Auch die Dauer der Übergangszeit und die Investitionsmittel, die für die Transformation der Krankenhäuser zur stärkeren ambulanten Leistungserbringung bereitgestellt werden, werden entscheidende Faktoren sein.

Als Vertreterin des DEKV arbeitet Dr. Bettina Beinhauer, Leiterin Zentraler Dienst Medizinmanagement bei der AGAPLESION gAG in der DKG-Arbeitsgruppe AOP mit. Der Vorstand und die Geschäftsstelle des DEKV bedanken sich bei Dr. Beinhauer für die sehr engagierte Mitarbeit und die gute, abgestimmte Vertretung der Interessen der evangelischen Krankenhäuser.

Am 14. April 2022 hat für die DEKV-Mitglieder ein digitales DEKV-Spotlight zum IGES Gutachten Erweiterung AOP-Katalog mit Dr. Beinhauer stattgefunden.

Meilensteinplan zur Umsetzung des künftigen AOP-Katalogs

gem. Stufenkonzept von
GKV-SV, DKG und KBV für BMG
Stand: 29.04.2022



4. Entwicklungen der Verbandsarbeit

4.1. Einführung

Mit der Konstituierung der neuen Bundesregierung und dem Nachrücken von neuen gesundheitspolitischen Akteuren stand im Fokus des Verbandes die politischen und Fachakteure kennenzulernen, um den DEKV mit seinen Positionen „Menschen brauchen Zuwendung“, seinen Schwerpunktthemen und Kompetenzen vorzustellen. Dafür ist ein DEKV Magazin D mit dem Schwerpunkt Zuwendung von Juni 2021 bis Mitte Dezember 2021 erstellt worden. Es ist allen DEKV-Mitgliedern und den Partnern in den Ministerien, Bundestag, Fraktionen, Parteien, Verbänden, Regulierungsbehörden, Wissenschaft und Wirtschaft mit einem Weihnachtsgruß per Post zugeschickt worden. Den Parlamentariern ist in der 1. Sitzungswoche des Bundestages in 2022 das Magazin D mit einem Neujahrsgruß zugestellt worden. Die Reaktionen der Empfänger sind durchweg positiv. Geschätzt wird, dass im Magazin D nicht nur „Hochglanz“ im doppelten Sinn gezeigt wird.

Die DEKV Mitglieder wurden zeitnah über die neue gesundheitspolitische Agenda der Ampelregierung über die Verbandskommunikation und mit einem virtuellen DEKV-Spotlight informiert.

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.

Der 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.

Die Verbandsdirektorin vertritt seit 2019 als EKD-Vertreterin die **Interessen der evangelischen Krankenhäuser und die gesellschaftliche Gruppe evangelische Christen im Kuratorium des IQTIG**. Im April 2021 wurde sie zur stellvertretenden und ab 2023 für zwei Jahre zur Kuratoriumsvorsitzenden gewählt.

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

4.2. Profilverwaltung: Netzwerklandschaft und Themenprofilierung

Strategieworkshop des DEKV-Vorstandes

Der Vorstand hat einen Strategieworkshop am 11. Mai 2022 in Frankfurt am Main mit der Strategieagentur Elephant Logic durchgeführt. Es ist ein Strategiekript erstellt worden. Es wird empfohlen, die zwei Achsen „Profil/Purpose/Ethik“ und „Versorgung und Struktur“ zu verstärken und miteinander zu verbinden. Es soll eine Kommunikations- und Kooperationsstrategie des DEKV auf Basis der Bundestagspolitischen Positionen 2021 des DEKV entwickelt werden. In Zusammenarbeit mit den Mitgliedern soll eine digitale Diskussionsreihe über ethische Zielkonflikte im Gesundheitswesen, die bewusst auch über die engeren Fragen der Krankenhauspolitik hinausgehen, organisiert werden.

DEKV-Initiative Friedensdividende: Medizinische Versorgung von Geflüchteten und Kriegsverletzten aus der Ukraine

Im März 2022 haben sich kurzentschlossen achtundvierzig evangelische Krankenhäuser zusammengeschlossen und hundert kostenfreie medizinische Behandlungsplätze für die DEKV-Initiative gespendet. Sie bieten akutstationäre medizinische Behandlung in den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Traumatologie, Psychiatrie/Psychotherapie sowie in einer Klinik für Inklusive Medizin an. Der Initiator der Aktion ist Dr. med. Holger Stiller, Schatzmeister des DEKV gewesen. Mit dem Angebot, unbürokratisch helfen zu wollen, setzen die evangelischen Krankenhäuser ein deutliches Zeichen für zeitgemäßes diakonisches Handeln. Dadurch konnten sich die evangelischen Krankenhäuser als evangelische Gesundheitsgestalter zeigen. Das Angebot unbürokratischer humanitärer Hilfe für die ukrainischen Kriegsverletzten ist von der Politik, den Zahlern, der Ärzteschaft und den zivilgesellschaftlichen Gruppen stark wahrgenommen worden. Die Extrameile Diakonie selbstbewusst zusammen mit den engagierten Mitarbeitenden zum richtigen Zeitpunkt zu gehen, lohnt. Und dieses Handeln mit Haltung ist nicht aus der Zeit gefallen. Infolge der Initiative wurde der DEKV zu einem Fachgespräch in den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages eingeladen. Zudem ist der DEKV seit April 2022 ständiger Gast in der Aktuellen Stunde Ukraine bei der *Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)*, einer etablierten Plattform für Akteure der sozialen Sicherung.

Projekt Diakonie: Nicht-invasiver Pränataltest (NIPT) als ethische und praktische Herausforderung

Mit dem Projekt „Nicht-invasive Pränataldiagnostik als ethische und praktische Herausforderung“ des Zentrums Gesundheit, Rehabilitation und Pflege möchte die Diakonie Deutschland Beratungs- und Unterstützungsbedarf zum Thema NIPT identifizieren und stärken. Mit einem Nicht-invasiven Pränataltest (NIPT) kann eine Erkrankung am Down-Syndrom (Trisomie 21) mithilfe eines Bluttests bereits im Mutterleib festgestellt werden, ohne Mutter und Kind zu gefährden. Ein positives Testergebnis zieht eine gravierende Entscheidung für oder gegen die Geburt eines behinderten Kindes und einen möglichen Schwangerschaftsabbruch nach sich. Mit einem G-BA Beschluss vom 19. September 2019 ist entschieden worden, den kommerziell erhältlichen Test in die Mutterschaftsrichtlinie aufzunehmen. Daraus folgt die Erstattungsfähigkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung. Zu erwarten ist, dass das Angebot breitflächig Anwendung findet und der Beratungsbedarf zudem steigen wird. Fällt die Entscheidung für ein Kind mit Behinderung, müssen diese und ihre Eltern in den Geburtskliniken oder Perinatalzentren betreut und unterstützt werden. Im Rahmen des Projekts sollte vor allem auf Unterstützung und Beratung für den Zeitraum unmittelbar nach und bis drei Jahre nach der Geburt des Kindes mit Behinderung fokussiert werden. Durch die Teilnahme von Herrn Dr. Johannes Egerer, Referent Pflege, Medizin und Qualität für den DEKV war gewährleistet, dass über die DEKV-Expertengruppe Geburtshilfliche Strukturen die Perspektiven der evangelischen Geburtshilfen in das Projekt mit einfließen. Das Projekt läuft seit 1. Juni 2020.

In einem Workshop mit externen Referent:innen am 26. November 2021 teilten Eltern von Kindern mit Behinderung ihre Erfahrung zu den nachgeburtlichen Unterstützungs- und Lotsenbedarf. Mit dem Angebot Menschenskind von DIAKOVERE in Hannover und Babylotsen vom Krankenhaus Florence Nightingale Düsseldorf wurden darüber hinaus zwei Modellprojekte aus evangelischen Krankenhäusern vorgestellt. Mit einer „Handlungsempfehlung zum konstruktiven Umgang mit Nicht-invasiven Pränataltests (NIPT) als Kassenleistung und ihren Folgen für sog. Betroffene

und die (inklusive) Gesellschaft“ soll das Projekt abgeschlossen werden. Herr Dr. Egerer ist mit einem Textbeitrag zum Thema Babylotsen, mit besonderem Fokus auf das Modell des Florence-Nightingale-Krankenhauses und auf Aspekte einer regelhaften Finanzierung beteiligt. Der Text wird durch den Lenkungsausschuss GRP am 17.09.2022 gewürdigt, beraten und freigegeben. Im Anschluss soll er durch die Diakonie Deutschland veröffentlicht werden.

4.3. Stakeholder-Engagement: Bekanntheits- und Vernetzungsgrad des DEKV erhöhen

Das systematische und strategische Stakeholder-Engagement beim DEKV wurde weiter vertieft. Neben den Kassenverbänden ist eine aktive themenbezogene Vernetzung mit ausgewählten Institutionen des Gesundheitssystems (IQTIG und IGWiG) und der Wissenschaft insbesondere der Versorgungsforschung vollzogen worden. Die vielfältigen Vernetzungsaktivitäten in die verschiedenen Bereiche sind erfolgt. Neben klassischen Instrumenten der Öffentlichkeitsarbeit, wie Pressemitteilungen, sind neue DEKV-eigene Formate durchgeführt worden.

Vernetzung mit den Evangelischen Hochschulen

Insbesondere im Rahmen der PPR 2.0 setzt sich der DEKV weiterhin für die Stärkung der akademischen Pflegeberufe und das Pflegestudium ein. Mit dem Rektor der Evangelischen Hochschule Tabor, Prof. Dr. Norbert Schmidt, fand ein Austausch mit dem DEKV-Vorsitzenden statt. Im Rahmen des DEKV-Projekts Qualifikationsmix für PPR 2.0 war über Prof. Gunnar Haase Nielsen ein Vertreter der Ev. Hochschule Darmstadt eingebunden.

Vernetzung mit Systemakteuren auf Bundesebene

Vernetzung mit dem G-BA

Am 25. April 2022 fand für Mitarbeiter:innen des G-BA ein durch den DEKV organisierter Workshop zum Thema Krankenhausfinanzierung statt. Ziel des Workshops war es, die Instrumente und die Systematik der Finanzierung mit den Wechselwirkungen aufzuzeigen. Besonders intensiv wurden die Auswirkungen für die Finanzierung von G-BA Regelungen (Notfallstufensystem, Qualitätsrichtlinien etc.) diskutiert.



Kay Brandenburg, DEKV-Fachreferent, kurz vor dem Beginn der G-BA Fortbildung

Vernetzung mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Der DEKV-Vorstand hat am 2. November 2021 dem Kooperationsprojekt von IQWiG, Mara und DEKV für die Erstellung von Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache zugestimmt. Die Ziele des Projektes sind: 1. Evidenzbasierte Themeninformationen nach einem etablierten strukturierten Prozess zu erstellen, die bei der Vermittlung von Informationen und der Aufklärung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen die Pflegenden, die Mediziner:innen und weitere Gesundheitsfachberufe unterstützen. 2. Die Informationen über www.gesundheitsinformation.de zu öffentlichen. 3. Die Ergebnisse in der Fachöffentlichkeit und gegenüber der breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Das Projekt ist im Dezember 2021 gestartet, Ende März 2022 hat ein Projektmeeting in Präsenz im Krankenhaus Mara, Bielefeld, stattgefunden. Die Zwischenergebnisse zum **Modul 1.) Koloskopie** wurden vorgestellt und die weitere Projektplanung festgelegt. Im November/Dezember 2022 sollen der finale Text erstellt und gelayoutet sein. Im 1. Quartal 2023 ist eine öffentliche Fachveranstaltung mit Vorstellung der Gesundheitsinformationen Koloskopie in Leichter Sprache sowie die Vorstellung des Projektes vor der Presse in Berlin geplant.

Die Projektlaufzeit ist bis Ende 1. Quartal 2024. Nacheinander sollen Themenmodule bearbeitet werden: Modul 1.) Koloskopie; Modul 2.) Schmerz; Modul 3.) Orientierung im Krankenhaus; Modul 4.) Covid-19/Isolation/Umgang mit ansteckenden Erkrankungen; Modul 5.) Medikamententraining/Compliance.

Vernetzung mit dem AOK-BV

Am 9. März 2022 hat der Vorsitzende die Perspektiven der evangelischen Krankenhäuser zur Vorhaltefinanzierung in einem digitalen Workshop „Vorhaltefinanzierung im Krankenhaus“ des AOK-Bundesverbandes mit ausgewählten Unternehmensbereichsleitern der AOK und externen Expert:innen vertreten. Der Titel des Vortrages lautete „Vorhaltefinanzierung im Krankenhaus aus der Perspektive der evangelischen Krankenhäuser“. Weitere externe

Experten waren: Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI Essen/hcb Institute), PD Dr. Thomas Menzel (Klinikum Fulda)/Nils Dehne (AKG), Johannes Wolff (GKV-SV). Insgesamt nahmen 48 Personen an der Veranstaltung teil.

Öffentlichkeitsarbeit

Im Berichtszeitraum ist die Presse- und Medienarbeit intensiviert worden. Neben eigenen Pressemitteilungen sind Namensartikel und Interviews veröffentlicht worden. Weiter hat der DEKV mit dem Instrument der professionell gestalteten Infografik gearbeitet. Diese Form der Informationsaufbereitung für Fakten, Botschaften und Forderungen ist vielfältig in den Medien und von politischen Akteuren aufgegriffen worden. Die Information der Mitglieder ist über ad hoc-Informationen, DEKV-Info und den DEKV-Newsletter erfolgt.

Im Zeitraum vom 01. Oktober 2021 bis zum 01. Oktober 2022 wurden insgesamt **15 Presseinformationen** mit den folgenden Titeln versendet:

02. November 2021: *Lungenkrebsmonat November: Lungenpatienten brauchen moderne Medizin und Zuwendung*

04. November 2021: *DEKV: Evangelische Krankenhäuser wählen neuen Vorstand*

29. November 2021: *Ampel-Reformvorhaben: sinnvolle Ansätze und offene Fragen*

01. Dezember 2021: *DEKV: Besuchsverbote in Krankenhäusern müssen gut vorbereitet sein*

08. Dezember 2021: *DEKV gratuliert dem neu gewählten Bundeskanzler Olaf Scholz*

22. Dezember 2021: *Zuwendung im Krankenhaus*

07. Januar 2022: *Politik muss die Verbesserung der Arbeitsqualität in der Pflege fokussieren*

17. März 2022: *Kostenfreie medizinische Behandlungsplätze für ukrainische Kriegsverletzte*

06. April 2022: *DEKV setzt sich für eine unkomplizierte humanitäre medizinische Versorgung von Geflüchteten aus der Ukraine ein*

04. Mai 2022: *Bessere Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt: DEKV stellt Drei-Punkte-Plan zur Übergangs- und Kurzzeitpflege vor*

30. Mai 2022: *Liquiditätssicherung für spezialisierte Fachkliniken und Besondere Einrichtungen*

08. Juli 2022: *Freigemeinnützige Krankenhäuser: Abschlusstart bei Pflegebudgets*

25. Juli 2022: *Gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf Triage von Diakonie Deutschland, Deutschem Evangelischen Krankenhausverband und Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe: Menschen mit Behinderungen im Falle einer Pandemie-bedingten Triage nicht benachteiligen*

21. September 2022: *Versorgungssicherheit in herausfordernden Zeiten gewährleisten - DEKV-3-Punkteplan für die Energiekostensicherung der Krankenhäuser*

29. September 2022: *DEKV-Fachtag: Regionale Gesundheitsversorgung als Chance für Krankenhäuser*

Die Pressemitteilungen und weitere PR-Aktivitäten wurden insgesamt **706** Mal aufgegriffen (**575** Online, **48** Print, **83** Social Media). Erreicht wurden damit 2.453.216 Kontakte über Print, 328.686 über Social Media und die Onlineveröffentlichungen haben ca. 30 Mio. Pagevisits.

DEKV eigene Plattformen

DEKV-Expertenpanel 2021 „Qualität hat Vorrang“

Im Anschluss an die DEKV-Mitgliederversammlung mit der Wahl des neuen Vorstandes für 2021-2025 am 3. November 2021 in Berlin hat das DEKV-Expertenpanel „Qualität hat Vorrang – Menschlichkeit und Patientenwohl im Blick Evangelischer Krankenhäuser“ mit Vorträgen hochrangiger Referent:innen aus der Wissenschaft und der GKV stattgefunden.

Neben dem Vater der evidenzbasierten Medizin in Deutschland, Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes, Medizinstatistiker und ehem. Wissenschaftlicher Vorstand Cochrane Deutschland, der einen klar verständlichen und unterhaltsamen Impuls zu „Was wir jetzt brauchen: Zurück zur Qualität! Eckpfeiler von Evidenzbasierter Medizin und Versorgung“ hielt, erläuterte Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer und Bereichsleiter Gesundheitspolitik beim IGES Institut GmbH, die Ergebnisse des vdek Gutachtens „Qualität der Krankenhausversorgung durch Leistungskonzentration verbessern“. Zudem zeigte er auf, inwiefern die Mindestmengenregelung des GVWG bei der Konzentration stationärer Leistungen unterstützt. Mit einem vertieften Blick auf die evangelischen Krankenhäuser und am Beispiel des Diakonieklinikums Stuttgart positionierte sich Bernd Rühle, Geschäftsführer Diakonieklinikum Stuttgart und Mitglied im DEKV-Vorstand zu „Qualität hat Vorrang - Menschlichkeit und Patientenwohl im Blick evangelischer Krankenhäuser ist mehr als ein Lippenbekenntnis“. Abschließend referierte der Abteilungsleiter Stationäre Versorgung und Rehabilitation im AOK-Bundesverband, Dr.

med. Jürgen Malzahn, kompetent und unterhaltsam über „Neue Nähe braucht qualitätsorientierte Versorgung“. Insgesamt erfreute sich das Panel einer guten Resonanz mit über 50 Teilnehmenden und positiven Rückmeldungen zum Inhalt der Veranstaltung.

Virtuelles DEKV-Spotlight zum Koalitionsvertrag der Ampelregierung 2021-2025

Am 9. Dezember 2021 hat der DEKV für seine Mitglieder ein einstündiges, virtuelles DEKV-Spotlight zum Koalitionsvertrag der Ampelregierung 2021-2025 angeboten. Vorgestellt wurden ausgewählte krankenhaus- und gesundheitspolitische Reformvorhaben. Mit 25 Teilnehmenden aus den DEKV-Mitgliedshäusern diskutierten die DEKV-Referenten, die Verbandsdirektorin sowie der Vorsitzende des DEKV. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden waren durchgehend positiv. Diese fokussierte und einordnende Veranstaltung wurde als gute Orientierung zum Koalitionsvertrag seitens der Mitglieder bewertet.

Virtuelles DEKV-Spotlight zur Veröffentlichung des IGES-Gutachtens zum neuen AOP-Katalog

Der DEKV hat für seine Mitglieder am 14. April 2022 ein einstündiges, virtuelles DEKV-Spotlight zur Veröffentlichung des IGES-Gutachtens zum neuen AOP-Katalog angeboten. Frau Dr. Bettina Beinbauer, Leiterin Zentraler Dienst Medizinmanagement AGAPLESION gAG hat den Entwicklungsprozess, die wichtigsten Ergebnisse des IGES-Gutachtens sowie die weiteren Schritte zur Erweiterung des AOP-Kataloges präsentiert. Hintergrund ist das in 2020 in Kraft getretene MDK-Reformgesetz. Darin wurden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, gemeinsam ein Institut mit dem Ziel der Erstellung eines Gutachtens zur substanziellen Erweiterung des ambulanten OP-Katalogs zu beauftragen. Mit der Veröffentlichung des IGES-Gutachtens und dem Vorschlag der Erweiterung AOP am 1. April 2022 werden die künftig ambulanten Leistungen nun konkreter. Die Politik hofft somit die Umgestaltung der Krankenhausstrukturen zu beschleunigen. Das Gutachten zeigt ein Potenzial von 2.476 zusätzlichen Leistungen gegenüber dem jetzt gültigen AOP-Katalog auf. Insgesamt haben 18 Personen am Spotlight teilgenommen.

Digitaler Fachtag Revitalisierung Kurzzeitpflege

Am 4. Mai 2022 fand ein gemeinsamer Fachtag zur Kurzzeitpflege von Diakonie Deutschland, DEVAP und DEKV statt. Im Zentrum des Fachtages standen dabei die Auswirkungen auf die Kurzzeitpflege sowie der aktuelle Stand und die Umsetzung des neuen Leistungsbereiches Übergangspflege im Krankenhaus. Insgesamt haben 88 Personen an der Veranstaltung teilgenommen. Der DEKV hat zum Fachtag einen 3-Punkte-Plan zur Übergangspflege, eine Pressemitteilung sowie eine Informationsgrafik erarbeitet und veröffentlicht.

Patientenpfad Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V



Gesundheitspolitischer Lunch für MdB-Mitarbeitende

Am 15. Juni 2022 haben zehn wissenschaftliche Mitarbeiter:innen von Mitgliedern des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag gemeinsam mit dem DEKV die Auswirkungen der aktuellen Finanzierungslogik der Krankenhäuser



bei einem gesundheitspolitischen Lunch des DEKV diskutiert. Im Zentrum standen die Aktualisierung von Krankenhausstrukturen, die dafür notwendige Anpassung der Finanzierung und wie beides als eines der zentralen gesundheitspolitischen Reformvorhaben in der 20. Legislaturperiode gelingen kann. Aus der Veranstaltung haben sich zahlreiche Folgetermine ergeben.

Foto DEKV: Aufmerksame Zuhörende beim Gesundheitspolitischen Lunch des DEKV

Zukunftswerkstatt Seelsorge im Krankenhaus – Feldbedarfe und Strategieperspektiven –

Das Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und DEKV haben am 23. Juni 2022 gemeinsam eine *Zukunftswerkstatt Seelsorge im Krankenhaus – Feldbedarfe und Strategieperspektiven* – in Berlin durchgeführt. Dabei wurde Krankenhauseelsorge als spezifische Form professioneller Zuwendung und geistlicher Begleitung in ihrem Wirken von Entscheidern innerhalb und außerhalb verfasster Kirche und Diakonie diskutiert. Die externe Betrachtung unter dem Aspekt der Finanzströme im Krankenhaus mit Fokus auf die Seelsorge im Kontext der palliativen Versorgung wurde durch Herrn Dr. Claas Bentlage vom GKV-SV vertreten.

DEKV-Fachtag „Gewalt im Krankenhaus“

Am 6. Juli 2022 hat mit 15 Teilnehmenden der DEKV-Fachtag zu Gewalt im Krankenhaus Waldfriede in Berlin stattgefunden. In zwei Vorträgen wurden Studien und Umfragen vorgestellt, die die Problemlage und den Handlungsbedarf im Krankenhaus hingewiesen haben. Die zwei Praxisimpulse waren von berührender Offenheit und hoher Selbstreflexion geprägt. Aus gut informierten Kreisen ist zu vernehmen, dass in der jetzigen Legislatur Arbeitsschutzregelungen zur Gewaltprävention ergehen sollen. Der Pflegeentlastungstarifvertrag der Charité von Dezember 2021 sieht vor, dass ein Gewaltschutzkonzept verpflichtend erstellt werden soll. Übereinstimmend ist festgehalten worden, dass die kontinuierliche Sensibilisierung der Führungskräfte sowie der gesamten Mitarbeitenden für einen erweiterten umfassenden Gewaltbegriff erfolgen muss. Zudem sei eine Kultur des Hinschauens und des Enttabuisierens wie auch die Abschaffung von Gewalt begünstigenden Bedingungen eine permanente Führungsaufgabe. Eine gewaltsensible Kultur in den diakonischen Organisationen einzuführen und zu etablieren muss als Teil von ethischer Haltung und werteorientierter Führungskultur verstanden werden.

Digitale DEKV-Fachtag „Regionale Gesundheitsversorgung als Chance für Krankenhäuser“

Beim DEKV-Fachtag „Regionale Gesundheitsversorgung als Chance für Krankenhäuser“ am 28. September 2022 haben insgesamt 32 Vertreter:innen aus Politik, Forschung, der Krankenhausversorgung sowie der politischen Interessenvertretung diskutiert, wie weitere Lösungen aussehen können. Dabei ging MdB Prof. Dr. Armin Grau, Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, auf die Bedeutung der intersektoralen, regionalen Gesundheitsversorgung ein. MdB Emmi Zeulner, Berichterstatterin für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe inkl. Hebammen und die BZgA, CDU/CSU-Bundestagsfraktion, beleuchtete in ihrem politischen Impuls die wichtige Rolle der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe in der intersektoralen, regionalen Gesundheitsversorgung.

Der DEKV fordert:

1. Koordinierung der regionalen Gesundheitsversorgung durch die Krankenhäuser

Regionale Gesundheitsversorgung ist eine Netzwerk- und Teamleistung. Bereits heute betreiben Krankenhäuser und ihre Träger ambulante Einrichtungen und halten Angebote der ambulanten sowie stationären Altenhilfe, der Rehabilitation und Beratungsstellen vor. Durch diese Vernetzung und Erfahrung sind sie prädestiniert, eine koordinierende Rolle in der Gesundheitsversorgung der Regionen einzunehmen. Dazu gehört es auch, vulnerablen Patient:innengruppen Orientierung im Gesundheitssystem zu geben. Daher müssen quartiersbezogene Patient:innen-Lots:innen bundesweit in Krankenhäusern eingeführt und über die Regelversorgung finanziert werden.

2. Ambulantisierung, Regionalisierung und Vernetzung müssen gemeinsam gedacht werden

Die Undurchlässigkeit zwischen den Versorgungs- und Systemgrenzen wird bereits seit langem beklagt und es herrscht übergreifend Einigkeit, dass Veränderungen notwendig sind. Der Handlungsdruck ist – auch mit Blick auf die Finanzlage

– so groß, dass Innovationen von den Akteuren selbst kommen müssen. Aus der Versorgungsperspektive ist Handeln unbedingt geboten. Best-Practice-Lösungen können dann im Nachgang in die Regelversorgung überführt werden. Wichtig ist dabei aber, dass Ambulantisierung, der jeweilige individuelle regionale Bedarf (Regionalisierung) sowie Vernetzung verzahnt ineinandergreifen.

DEKV-Strategietagung Evangelische Krankenhäuser 2030

Am 6. September 2022 in Hannover hat die Tagung ausgelotet, welche Strategien die ev. Krankenhäuser zur konstruktiven Bewältigung der politischen und regulativen Trends aktuell haben. Ziel war sich kennenzulernen und gemeinsam kollegial voneinander zu lernen, um die Transformation der stationären Versorgung für ev. Krankenhäuser zu meistern. Neben der Geschäftsführung haben Mitglieder der Aufsichtsgremien und von Diakonie und Kirche teilgenommen. Insgesamt waren 35 Teilnehmende anwesend.

DEKV auf etablierten Plattformen

Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag

Der Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestages hat den DEKV zu einem Fachgespräch „Medizinische Versorgung der Geflüchteten aus der Ukraine“ am 6. April 2022 geladen. Als Sachverständiger des DEKV hat Dr. Markus Horneber, Vorstandsvorsitzender AGAPLESION gAG, teilgenommen und berichtete über die Verbandsinitiative Friedensdividende – 100 kostenfreie medizinische Behandlungsplätze für ukrainische Kriegsverletzte, an der sich bundesweit 48 evangelische Kliniken und diakonische Komplexträger beteiligten. Die Bundestagsabgeordneten wollten zudem wissen, welchen Herausforderungen in den Kliniken im Zusammenhang mit der Versorgung und den Erkrankungen von ukrainischen Geflüchteten und Kriegsversehrten anstehen.

kkvd

Die Verbandsdirektorin und die zwei Fachreferenten nahmen an der kkvd Jahrestagung im Juni 2022 teil. Ein regelmäßiger informeller Austausch zwischen den Vorsitzenden und der Geschäftsführung findet am Rande der DKG-Präsidiumssitzungen statt.

Digitaler Fachtag Revitalisierung Kurzzeitpflege

Am 4. Mai 2022 fand ein gemeinsamer Fachtag zur Kurzzeitpflege von Diakonie Deutschland, DEVAP und DEKV von 10:45 bis 15:00 Uhr statt. Im Zentrum des Fachtages standen dabei die Auswirkungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) auf die Kurzzeitpflege sowie der aktuelle Stand und die Umsetzung des neuen Leistungsbereiches Übergangspflege im Krankenhaus. Insgesamt haben 88 Personen an der Veranstaltung teilgenommen. Der DEKV hat zum Fachtag einen 3-Punkte-Plan zur Übergangspflege, eine Pressemitteilung sowie eine Informationsgrafik erarbeitet und veröffentlicht.

Enneker Forum Falkenstein

Die Verbandsdirektorin moderierte einen Thementisch „Patientensteuerung in der Notfallversorgung“ beim zweitägigen Enneker Forum Falkenstein am 6./7. Mai 2022. Teilgenommen haben Vertreter:innen aus der Notfallmedizin, Bundes- und Landesministerien und Krankenhäusern.

Im Rahmen der **Konferenz der Seelsorge** der EKD im März 2022 gab der Vorsitzende einen Bericht über die aktuelle Lage der Krankenhäuser.

Zusammenarbeit mit den diakonischen Fachverbänden der Fachgruppe 1 und beim Sozialpolitischen Forum der Diakonie Deutschland

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

Diese Abstimmungsrunden fanden an folgenden Terminen statt:

- Treffen der Geschäftsführungen beim Sozialpolitischen Forum DD: März und August 2022
- Jahrestreffen der Vorstände und Geschäftsführungen: 8. Mai 2022 (keine Teilnahme wegen DEKV Vorstandssitzung Strategie DEKV 2025)
- Teilnahme des Vorsitzenden an der Konferenz Diakonie und Entwicklung des EWDE am 13./14. Oktober 2021.

4.4. Gremienmanagement: Interessen evangelischer Krankenhäuser bündeln

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

- **Vorstandssitzung 02.09.2021, Berlin**

Der Vorstand beriet die Positionierung des DEKV zu folgenden Themen: Aktuelle Gesetzesverfahren, insbesondere zur Übergangspflege.

Der Vorstand beriet und beschloss Nachfolgendes:

- eine Beteiligung des DEKV am Fachtag Kurzzeitpflege und Übergangspflege im 1./2. Quartal 2022 gemeinsam mit der Diakonie Deutschland sowie dem DEVAP
- DEKV im Kooperationsprojekt Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache

- Konstituierende Vorstandssitzung am 03.11.2021

Der neu gewählte Vorstand konstituiert sich im Anschluss an die ordentliche Mitgliederversammlung.

- **Vorstandssitzung am 03.02.2022 per Zoom**

Die Änderung der DKG-Satzung vom Herbst 2021 wird diskutiert, wodurch die Struktur der DKG schlanker werden soll. Zudem wird das DEKV-Positionspapier zur Übergangspflege sowie die praxistaugliche Regelung der Triage von Menschen mit Behinderung diskutiert.

Der Vorstand beriet und verabschiedete die folgenden Beschlüsse:

- Das vorgestellte DEKV-Positionspapier zum gemeinsamen Fachtag mit Diakonie Deutschland sowie dem DEVAP zur Übergangspflege
- DEKV-Klausurtagung mit der Strategieberatung Elephantlogic zur Rollenstärkung des Verbandes im krankenhauses- und gesundheitspolitischen Diskurs
- Die medizinische Entscheidung bei der Triage muss multiprofessionell erfolgen und der Prozess der Triage in den Krankenhäusern muss beschrieben werden. Darüber hinaus ist bei einer Triage von Menschen mit Behinderung der ambulant behandelnde Arzt, Betreuer o.ä. zu beteiligen, da dieser als einziger ausreichend Kenntnis über den Gesundheitszustand des Patienten hat.
- Konzeptentwurf zum Fachtag evangelische vernetzte Gesundheitsversorgung im Quartier
- Den Umgang mit dem Thema Impfpflicht und, aufgrund der Komplexität des Themas, keine proaktive Kommunikation nach außen zu tätigen.

- **Vorstandssitzung 06.05.2022, per Zoom**

Im Mittelpunkt der Sitzung stand die Vorbereitung der DEKV-Strategietagung Evangelische Krankenhäuser 2030, 8. September 2022 in Hannover sowie der Vorbereitung des hybriden Fachtages intersektorale, regionale Gesundheitsversorgung am 28. September 2022. Zudem wurden das DEKV-Projekt Qualifikationsmix und PPR 2.0 ausführlich beraten.

Weitere Mitglieder für die Gremien des DEKV wurden beschlossen.

Der Vorstand beriet und beschloss:

- Die ergebnisoffene Fortführung des DEKV-Projekt Qualifikationsmix und PPR 2.0
- Das VSR PRÖ wird gebeten, einen Vorschlag zur Weiterentwicklung von Vorhaltepauschalen und als Erlösausgleich auszuarbeiten.

- **Vorstandssitzung 07.09.2022, Hannover**

Der Vorstand beriet die Pflegepersonaluntergrenzen-Datenerhebung für weitere drei Bereiche ab dem Jahr 2023 sowie die Auswirkungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes und Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes. Die Selbstverwaltung wird zunehmend nur noch angehört, hat jedoch keine Entscheidungsmacht mehr. Des Weiteren wurde sich zu den Vorschlägen der Reformkommission sowie der Inflationkosten beraten.

Der Vorstand beriet und beschloss:

- Eine Checkliste zur Priorisierung von Themen und Kommunikation nach innen und außen entsprechend der Auswertung des Strategiepapiers Elephantlogic sowie sich daraus ergebende Folgeaufträge.
- Die Abnahme des DEKV-Projektberichts zu PPR 2.0 und der Freigabe der Veröffentlichung sowie weitere statistische Auswertung der Daten und die Einbeziehung weiterer Gesundheitsfachberufe in den Qualifikations-Mix.
- Veranstaltung „Inklusive Krankenhausversorgung und Gesundheitsinformationen in leichter Sprache“ in Kooperation mit Mara
- Kooperation Kompetenzmanagement mit dem Ärzteverlag
- Die Teilnahme an der Imagekampagne der Diakonie Deutschland

DEKV-Vorstandsreferate

Die Vorstandsreferate und der Ausschuss Kommunikation tagen zwei Mal jährlich. Ihre Mitglieder sind vom Vorstand berufen.

Vorstandsreferat Pflege, Medizin und Qualität

Die Sitzungen im Berichtszeitraum fanden statt am 9. November 2021 in Hannover, am 15. Februar 2022 digital und am 5. Juli 2022 in Berlin. Nach dem Ausscheiden von Johannes Koschig als Sprecher des Vorstandsreferats ist die Position seit Ende 2021 vakant und wird kommissarisch vom DEKV-Vorsitzenden wahrgenommen.

Sprecher: N.N.

Mitglieder: Birgit Baier, Ev. Krankenhaus Paul Gerhardt Stift, Dr. Gabriele Beckert, Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Frau Sarah Buder, Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg, Dr. Maike Grube, Diakonie Deutschland-Evangelischer Bundesverband, Dr. Julia Inthorn, Zentrum für Gesundheitsethik Hannover, Simon Jäger, Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer, Matthias Jenny, Diakoniekrankenhaus Freiburg, Prof. Dr. Michael Karas, Ev. Krankenhaus Göttingen Weende, Petra Krause, Pflegedirektorin Evangelisches Klinikum (EvKB) und Krankenhaus Mara, Leitung Gesundheitsschulen von Bodelschwingsche Stiftung Bethel, Dr. med. Rainer Prönneke, Krankenhaus Marienstift Braunschweig, Katja Rosenthal-Schleicher, Evangelisches Klinikum Bethel, Heidemarie Rotschopf, Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe, Andrea Trenner, Ordensoberin, Johanniter Orden, Nicole Trumpetter, Leitung DIAKOVERE Fachschulzentrum, Martin Wilde, Diako Diakonissenkrankenhaus Flensburg, Thorsten Witt, AGAPLESION Diakoniekrankenhaus Hamburg.

Vorstandsreferat Politik, Recht, Ökonomie

In den Jahren 2021 und 2022 fanden zwei reguläre Sitzungen jeweils am 18. November 2021 in Hannover sowie am 17. Februar 2022 digital statt.

Sprecher: Stefan David, Vorstandsvorsitzender DIAKOVERE gGmbH und DIAKOVERE Stiftung

Mitglieder: Matthias Adler, Kaufmännischer Vorstand/Geschäftsführer der Orthopädischen Klinik Lichtenau gGmbH, Detlef Albrecht, Verband Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg, Tim Allendörfer, AGAPLESION gAG, Dirk Berner, Kaufmännischer Geschäftsführer der Klinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Kinderzentrum Maulbronn gGmbH, Kai Goetze, Geschäftsführer Krankenhaus und MVZ Bethanien/Einrichtungsleitung Intensivpflege Bethanien, Heinz-Werner Bitter, Krankenhausgemeinschaft Herne Castrop-Rauxel, Elke Grothe-Kühn, Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V., Jürgen Knosp, Epilepsiezentrum Kork, Jörg Marx, AGAPLESION gAG, Peter Maraun, Bank im Bistum Essen eG (kooptiert), Alexander Mommert, Immanuel Klinik Rüdersdorf (Immanuel Albertinen Diakonie), Christoph Radbruch, DEKV e.V., Dr. Josef Rosenbauer, Diakonie in Südwestfalen, Dr. Bernhard Schöffend, Johanniter GmbH, Jonas Sewing, Olaf Walter, Geschäftsführer Evangelische Kliniken Gelsenkirchen GmbH, Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer, Hans-Dieter Weigardt, KEM - Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Ralf Wenzel, Evangelischer Krankenhausverein zu Aachen von 1867, Luisenhospital Aachen, Michael Wermker, Evangelisches Krankenhaus Hamm gGmbH Valeo-Kliniken GmbH, Martin Wilde, DIAKO Flensburg, Daniel Van den Woldenberg, Diakonie-Klinikum Stuttgart.

Vorstandsreferat Theologie und Ethik

Die Sitzungen im Berichtszeitraum fanden statt am 24. November 2021 und am 22. Juni 2022.

Sprecher: Christoph Radbruch, Vorsitzender DEKV

Mitglieder: Michael Brems, Koordinierungsstelle für Krankenhauseelsorge Nordkirche, Dr. Holger Böckel, AGAPLESION gAG, Dr. med. Klaus Kobert, Evangelisches Klinikum Bethel, Martin Kruse, Johanniter GmbH, Dr. med. Rainer Prönneke, Marienstift Braunschweig gGmbH, Harald Januschewski, Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach, Dr. Friedrich Ley,

Evangelische Landeskirche Hannover, Dr. Werner Weinhold, Paul Gerhard Diakonie gAG, Dr. Inthorn Julia, Direktorin des Zentrums für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum, Lars Wißmann, Theologischer Direktor von AGAPLESION Rotenburg an der Wümme, Oberkirchenrat Dr. Steffen Merle, Leiter des Referats Sozial- und Gesellschaftspolitik im Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland.

Ausschuss Kommunikation

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

DEKV-Vertreter:innen 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:innen aus den Mitgliedshäusern und der Geschäftsstelle entsandt. Der DKG-Vorstand stimmt den Benennungen zu.

Seit Oktober 2019 ist der DEKV mit der Verbandsdirektorin als Vertreterin der EKD in das Kuratorium Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) berufen worden und im April 2021 zur stellvertretenden Kuratoriumsvorsitzenden und ab 2023 für zwei Jahre zur Vorsitzenden des IQTIG Kuratoriums von den Mitgliedern des Kuratoriums gewählt worden.

Folgende Personen vertreten den DEKV und die Diakonie Deutschland in der DKG und im G-BA:

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Gremium	Besetzung 2022-2024	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. -Kommunik.	N.N.	
Fachausschuss Recht und Verträge	Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn Fachreferent Kay Brandenburg	Verband ev. Krankenhäuser Rheinland/Westfalen/Lippe, Düsseldorf DEKV
Fachausschuss Medizin	Chefarzt Dr. med. Martin Groß Dr. Bettina Beinhauer, Leiterin Zentraler Dienst Medizinmanagement Chefarzt Dr. med. Rainer Prönneke (ständ. Gast)	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

Gremium	Besetzung 2022-2024	Einrichtung
Kommission Leistungsentgelte	Geschäftsführer Heinz-Werner Bitter Geschäftsführer Bernd Rühle	Krankenhausgemeinschaft Herne, Castrop-Rauxel Diakonie-Klinikum Stuttgart
Kommission Qualitätssicherung	Medizin. Geschäftsführer Prof. Dr. Michael Karaus Dr. Bettina Beinbauer	Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende AGAPLESION gAG
Kommission Hygiene	Martin Dethlefsen, Krankenhaushygieniker	Ev.-luth. Diakonissenanstalt Flensburg
Ständiger Ausschuss BG-Nebenkostentarif	Geschäftsführer Bernd Rühle	Diakonie-Klinikum Stuttgart
Satzungskommission	Vorstandsvorsitzender Christoph Radbruch Vorstand Dr. Jörg Kruttschnitt	DEKV 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 Krankenhauseinweisung 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, IT-Betreuung und externer Datenschutzbeauftragter.

Die Anteile der Personalstellen in der DEKV-Geschäftsstelle sind wie folgt:

Verbandsdirektorin	100%
Referent Politik/Recht/Ökonomie	100%
Referent Medizin/Pflege/Qualität	100%
Office Managerin	100%

Der Fachreferent Medizin/Pflege/Qualität ist vom 1. August bis 31. Dezember 2022 in Elternzeit. Die Stelle wird für die Zeit nicht nachbesetzt. Die Verbandsdirektorin und der Fachreferent Politik/Recht/Ökonomie nehmen die Aufgaben in einem reduzierten Umfang wahr.

Die Zusammenarbeit der Geschäftsstelle mit dem Vorstand wird durch die in der Regel monatlichen Dienstbesprechungen des Vorsitzenden, teilweise auch der stellvertretenden Vorsitzenden mit den Mitarbeitenden der Geschäftsstelle gefördert. Darüber hinaus finden regelmäßige Abstimmungsgespräche zwischen der Verbandsdirektorin und dem Vorsitzenden sowie für die 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 Fachexpert:innen und Entscheidenden 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, Lösungen, 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.

7. Planung

Der DEKV wird die Ergebnisse der Vorstandsstrategietagung von Mai 2022 weiterbearbeiten und umsetzen. Die zwei Hauptpfade Versorgungsstruktur/-finanzierung und ethische Pfade werden durch Maßnahmen und Projekte mit Leben gefüllt. Diese müssen das Ziel verfolgen, die strukturellen Besonderheiten der evangelischen Kliniken in den kommenden politischen Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen. Dabei muss ein Weg verfolgt werden, der den eigenen Handlungsrahmen Schritt um Schritt erweitert.

Die intensive Begleitung der gesundheitspolitischen Vorhaben (BMG und G-BA) mit Stellungnahmen, Pressemitteilungen, Briefen und Gesprächsformaten sind zentral in 2022 und 2023. Der weitere Ausbau von themenbezogenen Zugängen zu den Bundestagsabgeordneten, den zuständigen Fraktionsvertreter:innen und den Vertretenden der Fachexpert:innen in den Bundesministerien und -institutionen sind vorgesehen. Die Reform der Krankenhausstruktur- und -finanzierung der 20. Bundesregierung wird intensiv von der DEKV-Geschäftsstelle monitoriert.

Im Zusammenspiel mit der DKG und anderen strategischen Partnern werden die Reformvorschläge der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung und die sich anschließende politische Umsetzungsphase aktiv monitoriert.

Zur internen und externen 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 eine Einbeziehung der InEK-Browserdaten sowie von weiteren externen Quellen wie bspw. Mikrozensus, Destatis etc. Zu verschiedenen Versorgungsbereichen sollen qualifizierte Daten in Faktenblättern und Infografiken veröffentlicht werden.

Der Mietvertrag der Geschäftsräume des DEKV in der Invalidenstraße 29, Berlin endet zum 30. April 2023. Es werden alternative Räumlichkeiten gesucht, die den Bedingungen des mobilen Arbeitens des DEKV-Teams besser gerecht werden.