

Tätigkeitsbericht

für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 – 31. Oktober 2023

vorgelegt zur

Ordentlichen Mitgliederversammlung

des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V.

am 22. November 2023 in Berlin

Stand: 07. November 2023

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. Geschäftsstelle: Reinhardtstr. 34 | 10117 Berlin

Fon: +49 (30) 2005 1419-0

Mail: office@dekv.de| Web: www.dekv.de

lm Verbund der Diakonie ≅

Inhaltsverzeichnis

1.		Verbandskennzahlen und Aufgaben	3
2. Pan	ıdemie	System Krankenhaus unter Stress: Multikrisenmanagement durch Krankenhausreform, Posteffekte, Ukraine-Krieg, Energie- und Inflationskrise, Insolvenzen	
3.		Gesundheitspolitische Themen in 2022 und 2023	4
4.		Entwicklungen der Verbandsarbeit	14
	4.1.	Einführung	14
	4.2.	Profilmanagement: Netzwerklandschaft und Themenprofilierung	14
	4.3.	Stakeholder-Engagement: Bekanntheits- und Vernetzungsgrad des DEKV erhöhen	16
	4.4.	Gremienmanagement: Interessen evangelischer Krankenhäuser bündeln	23
5.		Geschäftsstelle	28
6.		Risiken	28
7		Planung	28

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 Patientinnen 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 Klinikverbünde 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, verlässlichen 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. System Krankenhaus unter Stress: Multikrisenmanagement durch Krankenhausreform, Post-Pandemieeffekte, Ukraine-Krieg, Energie- und Inflationskrise, Insolvenzen

Im Berichtszeitraum von Oktober 2022 bis Oktober 2023 hat der Bund zusammen mit den Ländern eine **grundlegende Reform der Krankenhausvergütung** eingeleitet. Diese zieht eine Umstellung der Krankenhausplanung auf die Leistungsplanung nach sich. Das hat zur Folge, dass die Länder die Krankenhauspläne anpassen und zum Teil vorziehen müssen. Ziel der Länder sowie des Bundes ist es weiterhin, eine bedarfsgerechte und regional ausgeglichene Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich tragfähigen Krankenhäusern in den Ländern sicherzustellen. Die Reform ist von den Ampelkoalitionären im November 2021 im Koalitionsvertrag vereinbart worden.

Die Krankenhäuser waren weiterhin mit einem anhaltenden Rückgang der stationären Fälle von durchschnittlich mehr als 13 Prozent im Vergleich zum Jahr 2019 in der **postpandemischen Phase** konfrontiert. Davon betroffen sind

unterschiedlich stark die verschiedenen Fachabteilungen im Krankenhaus und die Regionen in Deutschland. Gleichwohl scheint sich dieser pandemiebedingte Effekt zu verstetigen.

Die Zahl der stationären Krankenhauspatienten zeigt im Jahr 2022 ein leichtes Wachstum, liegt aber immer noch unter dem Niveau vor der Pandemie. Gemäß dem Statistischen Bundesamt stieg im Jahr 2022 im Vergleich zu 2021 die Anzahl der stationär behandelten um rund 63.000 oder 0,4 % auf 16,8 Millionen. Diese Zahl liegt immer aber immer noch deutlich unter (-13,4 %) dem Niveau vor der Pandemie im Jahr 2019 von 19,4 Millionen. Die Fallzahlen gingen in den Jahren 2020 und 2021 pandemiebedingt auf 16,8 bzw. 16,7 Millionen zurück. Im Durchschnitt des Jahres 2022 gab es in deutschen Krankenhäusern 480.382 Betten, davon 26.327 Intensiv- und 7.672 Intermediate-Care-Betten. Die Gesamtauslastung lag bei 69,0 %, die Intensivbelegung bei 68,7 %. Im Jahr 2019 lag die Auslastung noch bei 77,2 %.1

Der anhaltende Krieg zwischen der Ukraine und Russland 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. Auch sind die Preise für Gas von Russland stark angehoben worden. Diese Gas-Krise 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. Die Inflationsrate stieg auf im 1. Quartal 2023 auf über 8 Prozent. Im September 2023 lag sie bei 4,3 Prozent. Diese sprunghaften Preissteigerungen treffen die Krankenhäuser empfindlich, da sie in der Finanzierungssystematik (Landesbasisfallwerte) über keine Möglichkeit verfügen, die Preissteigerungen unterjährig, kurzfristig weiterzugeben. Daher hat die Bundesregierung eine Entlastungsmaßnahme (Energiehilfe) zum Ausgleich gestiegener Energiekosten für Krankenhäuser (§26 f KHG) von Oktober 2022 bis April 2024 eingeführt. Zum Ausgleich gestiegener Energiekosten für Krankenhäuser ist ein Hilfsprogramm von 6 Milliarden Euro vorgesehen. Davon waren zunächst 1,5 Milliarden Euro zum Ausgleich von krankenhausindividuellen Kostensteigerungen durch den Energiepreisanstieg disponiert verteilt nach Bettenanzahl sowie 4,5 Milliarden Euro für nicht refinanzierte Energiekosten. Diese Entlastungsmaßnahme hat sich reduzierend auf die Sachkosten ausgewirkt. Mit dem Gesetz zur Änderung des Erdgas-Wärme-Preisbremsengesetzes, zur Änderung des Strompreisbremsegesetzes sowie zur Änderung weiterer energiewirtschaftlicher, umweltrechtlicher und sozialrechtlicher Gesetze wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz zum 3. August 2023 angepasst. Der pauschale Ausgleich der mittelbar gestiegenen Kosten ist um weitere 2,5 Milliarden Euro umgeschichtet worden. Folglich steigt damit der Ausgleichsbetrag für krankenhausindividuelle Kostensteigerungen auf 4 Milliarden Euro. Weiterhin wurde im Abs. 8 des Gesetzes ein Höchstbetrag für Energieberatung im Zeitraum vom 1. Dezember 2022 bis zum 31.Dezember 2023 in Höhe von 10.000 Euro je Krankenhaus festgesetzt.

Erschwerend kommt hinzu, dass die **Tarifabschlüsse im Jahr 2023** neben einen abgaben- und steuerfreien Inflationsausgleich von 3.000 Euro im Jahr 2023 einen Anstieg der Gehaltsgruppen zwischen 5 und 8,5 Prozent ab dem Jahr 2024 vorsehen. Dadurch waren Liquiditätsengpässe, drohende sowie eingetretene Zahlungsunfähigkeit der Krankenhäuser in 2022/2023 gegeben. Seit dem 1. Januar 2022 bis Oktober 2023 gab es nach Angaben der DKG deutschlandweit 28 eröffnete **Insolvenzverfahren von 36 Krankenhäusern**, die zusammen 7.340 Betten auf sich vereinen. Davon sind 7 Verfahren bereits bis Ende Oktober 2023 eingestellt worden. Unter den 28 Insolvenzverfahren sind 3 Regelinsolvenzen, der überwiegende Teil befindet sich in einer Insolvenz in Eigenverwaltung oder im Schutzschirmverfahren. In den betroffenen Krankenhausstandorten sind rund 16.000 Mitarbeitende beschäftigt.

3. Gesundheitspolitische Themen in 2022 und 2023

Die Krankenhauslandschaft war in den Jahren 2022 und 2023 neben der umfassende Krankenhausfinanzierungsreform schwerpunktmäßig von verschiedenen Regulierungsvorhaben zu Personal-, Qualitäts- und Strukturthemen geprägt. Zudem sind verschiedene befristete Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Energiehilfen, 5-Tages Zahlungsfrist) umgesetzt und eingeleitete worden.

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

¹ Vgl.: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/09/PD23_386_231.html, abgerufen am 30. Oktober 2023

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Die im Mai 2022 konstituierte Regierungskommission hat sich zum Ziel gesetzt, notwendige Reformen im Krankenhausbereich anzugehen. Es werden regelmäßig Empfehlungen für eine Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung abgegeben und eine Umgestaltung der stationären Strukturen basierend auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen angeregt. Zentrale Orientierungspunkte dabei sind Kriterien wie die Erreichbarkeit und die demografische Entwicklung. Die Regierungskommission trifft sich alle 14 Tage und dazwischen in Arbeitsgruppen. Sie ist aus 17 wissenschaftlichen Expertinnen und Experten aus der Versorgung (Pflege und Medizin), der Ökonomie und der Rechtswissenschaften zusammengesetzt. Der Leiter und Koordinator ist Prof. Dr. Tom Bschor.

Bis zum 30. Oktober 2023 hat die Regierungskommission 9 Stellungnahmen veröffentlicht. Die weitreichendste Empfehlung für die Krankenhäuser ist am 6. Dezember 2022 veröffentlicht worden. Mit der dritten Empfehlung wurde ein Vorschlag zur Reform der Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland vorgelegt.

Übersicht: Empfehlungen der Regierungskommission

Veröffentlichung	Titel der Stellungnahme	
11.07.2022	Erste Stellungnahme der Regierungskommission: Empfehlung der Arbeitsgruppe Pädiatrie	
	und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie,	
	Kinderchirurgie und Geburtshilfe	
27.09.2022	Zweite Empfehlung der Regierungskommission: Tagesbehandlung im Krankenhaus zur	
	kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens	
6.12.2022	Dritte Empfehlung der Regierungskommission: Grundlegende Reform der	
	Krankenhausvergütung	
13.02.2023	Vierte Empfehlung der Regierungskommission: Reform der Notfall- und Akutversorgung	
	in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen	
22.06.2023	Fünfte Empfehlung der Regierungskommission: Verbesserung von Qualität und Sicherheit	
	in der Gesundheitsversorgung. Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen	
29.09.2023	Sechste Empfehlung der Regierungskommission: Kurz-, mittel- und langfristige Reform der	
	konservativen Kinder- und Jugendmedizin	
20.10.2023	Siebente Empfehlung der Regierungskommission: Weiterentwicklung der	
	Qualitätssicherung und des klinischen Risikomanagements	
29.09.2023	Achte Empfehlung der Regierungskommission: Psychiatrie, Psychosomatik und Kinderund	
	Jugendpsychiatrie ("Psych-Fächer"): Reform und Weiterentwicklung der	
	Krankenhausversorgung	
7.09.2023	Neunte Empfehlung der Regierungskommission: Reform der Notfall- und Akutversorgung:	
	Rettungsdienst und Finanzierung	

Die Landes- und der Bundesminister für Gesundheit haben sich am 10. Juli 2023 nach sieben Monaten auf ein gemeinsames Eckpunktepapier geeinigt. Dieses bildet die Grundlage für die Ausarbeitung eines Krankenhaus-Reformgesetzes des Bundes.

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen", kurz "Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG"

Außergewöhnlich ist der aktive Teilhabeprozess der Länder (vier Vertreter: innen aus NRW, BaWü, Meck-Pomm, HH) an der Gesetzesentwicklung über gemeinsame Redaktionsgruppensitzungen mit dem BMG. Die Einigung sieht vor, dass die Finanzierung von Krankenhäusern weiterhin auf der Grundlage von DRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Group) basiert. Die Fallpauschalen sollen jedoch durch einen normativ festgelegte Ausgliederungsanteil reduziert werden. Dieser ausgegliederte Anteil soll unabhängig von der Leistungserbringung an die Krankenhäuser ausgezahlt werden. Politisches Ziel ist es, Krankenhäuser vom wirtschaftlichen Druck, refinanziert durch die Erbringung hoher Fallzahlen, zu entlasten. Bei dem Anteil, der unabhängig von der Leistungserbringung ausgezahlt werden soll, handelt es sich um das Vorhaltebudget. Das Vorhaltebudget sollen die Kliniken unabhängig von den erbrachten Leistungen für die Bereitstellung (Vorhaltung) von Leistungen erhalten. Bis dato sind keine zusätzlichen Mittel für das Vorhaltebudget vorgesehen. Folglich handelt es sich um eine Umverteilung innerhalb des bestehenden Krankenhausfinanzierungsvolumens und daher um die Neuverteilung vorhandener Gelder zwischen den Krankenhäusern.

Ein zentrales Instrument für die Verteilung der Gelder sind die Leistungsgruppen. Das voraussichtlich aus den Fallpauschalen ausgegliederte Geld, soll entsprechend den aktuellen Plänen nach Land und Leistungsgruppen aufgeteilt werden. Entsprechend dem deutschen Föderalismus haben die Länder das Recht, ihre Krankenhausplanung auf Basis von Landesverfassungen eigenständig zu gestalten. Folglich sind die Länder auch für die entsprechende Leistungsgruppenzuordnung der Krankenhäuser aus ihrer planerischen Krankenhauskompetenz verantwortlich. Daraus ergibt sich auch bereits die erste Herausforderung. Es existieren 16 unterschiedliche Planungs- und Organisationsgrundlagen in den Ländern zur Krankenhausplanung. Als einziges Bundesland plant gegenwärtig Nordrhein-Westfalen (NRW) mit Leistungsgruppen. Doch auch in NRW ist diese erste Planung noch nicht abgeschlossen. Daher betreten mit dem Schritt einer Vereinheitlichung auf eine bundesweite Planungsgrundlage sämtliche Akteure unbekanntes Gebiet. Aufgrund der fehlenden Erfahrung in der Krankenhausplanung mit Leistungsgruppen besteht viel Unsicherheit, wie zukünftig die Krankenhauslandschaft nach einer Umsetzung der diskutierten Reform aussieht.

Ursprünglich war vorgesehen, dass innerhalb der parlamentarischen Sommerpause 2023 ein Gesetzentwurf für die Krankenhausreform erarbeitet wird. Dies wäre die Voraussetzung gewesen, um unter einer ausreichenden Wahrung der Fristen im September ein Kabinettentwurf vorzulegen. Weiterhin wird in der Ländervertretungsgruppe zusammengesetzt aus den Bundeslandvertreter: innen Hamburgs (SPD), Nordrhein-Westfalens (Union), Baden-Württembergs (Grüne) und als ostdeutsche Repräsentanz Mecklenburg-Vorpommern der Gesetzesentwurf beraten. Diese Gruppe diskutiert mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Ausgestaltung des Gesetzesentwurfes.

Bis jetzt existiert nur eine Grobstruktur eines Gesetzesentwurfes durch das BMG. Die Länder kommentieren und diskutieren diesen. Dies erfolgte in vier Treffen der Redaktionsgruppe, also zwischen den Ministerinnen und Ministern sowie vier weiteren Treffen auf der Ebene der Staatssekretäre. Auch wenn alle Beteiligten wiederholt betonen, dass ein großes Interesse an einer erfolgreichen Umsetzung sowie Einigung zu einem Gesetzentwurf existiert, besteht weiterhin die Möglichkeit des Scheiterns einer Vereinbarung eines Gesetzesentwurfes. Inzwischen steht fest, dass ein Inkrafttreten des Reformgesetzes zum 1. Januar 2024 nicht mehr möglich ist. Gegenwärtig wird ein Kabinettsbeschluss bis Ostern 2024 angestrebt, um anschließend den Gesetzesentwurf in die parlamentarische Beratung zu geben.

Aus der Zusammensetzung der Ländervertreter wird auch deutlich, wie groß die Interessenunterschiede innerhalb der Länder sind. Die größten Schnittmengen ergeben sich neben dem Anspruch auf Planungshoheit der Länder aus der Forderung der finanziellen Beteiligung des Bundes an der Reform.

Die nicht notwendige Hinzunahme Ostdeutschlands aus Vertretungsgründen der regierenden Landesparteien macht auch ein anderes Problem deutlich. Die Ostdeutschenländer brauchen eine Krankenhausreform, die zu einem großen Teil auf Vorhaltepauschalen basiert, da diese elementar für eine zukünftige flächendeckende Versorgung ist. Der Umbau der Krankenhauslandschaft in Ostdeutschland ist überwiegend nach der Wende erfolgt. Daraus ergibt sich eine weitgehend solide Krankenhausstruktur.

Trotz dieser bereits erfolgten Strukturreform, reichen jedoch außerhalb von Ballungsgebieten im Osten die Fallzahlen zur Refinanzierung der notwendigen Betriebskosten nicht aus. Daher ist die Vorhaltefinanzierung besonders für die ostdeutschen Länder wichtig. Der Gesundheitsminister hat mehrfach öffentlich betont, dass besonders Krankenhäuser im Osten von der Reform profitieren würden.

Unabhängig davon, werden sich aus den Qualitätsanforderungen an die Leistungsgruppen zusätzliche Transformationskosten für nahezu sämtliche Krankenhäuser zu den bestehenden jährlichen Investitionskosten ergeben. Wie hoch genau aber die Transformationskosten sein werden, lässt sich erst aus dem ausformulierten Gesetzesentwurf ableiten.

Bundesweit wird mindestens von einem Transformationskostenbedarf von 50 Milliarden Euro von unterschiedlicher Seite ausgegangen. Dass der Bund sich an den Transformationskosten im größeren Umfang beteiligt, ist aktuell als wenig erfolgversprechend anzusehen, betrachtet man die Entwicklungen und Hinweise zum Bundeshaushalt. Angesichts der hohen Inflation und der angespannten Haushaltslage ist die Bundesregierung gezwungen, Auswege aus der aktuellen Finanzpolitik zu finden.

Hinzu kommt, dass in den Informationen zur Entwicklung des Einzelplans für das Bundesministerium für Gesundheit zu den Beratungen zum Bundeshaushalt 2024 der Bundesrechnungshof mit einem Bericht auf die Zuständigkeiten der Länder und die Überkompensation der Krankenhäuser in der Pandemie hingewiesen wird. Laut Bundesrechnungshof

besitze der Bund keine originäre Zuständigkeit für die Krankenhausfinanzierung. Diese sei dual gestaltet. "Die Länder haben die Investitionskosten der Krankenhäuser zu tragen, die Kostenträger für die jeweiligen Behandlungen finanzieren mittels der Fallpauschalen die Betriebskosten."

Folgt man diesen Ausführungen und Hinweisen ist eine stärkere Beteiligung an den Transformationskosten sowie eine Erhöhung des Bundeszuschusses zur Refinanzierung der Krankenhauskosten durch den Bund nur stark begrenzt möglich. Inzwischen macht das BMG vage Hoffnungen auf einen Transformationsfonds. Dieser ist aber an die Kooperationsbereitschaft der Länder geknüpft. Wenn die Reform nicht kommt, gibt es auch keinen Transformationsfonds ist wiederholt als Verlautbarung aus dem BMG zu entnehmen.

Der DEKV setzt sich bei der Krankenhausreform u. a. für eine transparente und bedarfsorientierte Krankenhausplanung mit Trägervielfalt und Qualitätswettbewerb ein. Neben der Entkopplung von Leveln und Leistungsgruppen werden verlässliche Rahmenbedingungen auf Basis des DRG-Systems für die Krankenhausfinanzierung unterstützt.

Dabei konzentriert sich der DEKV auf die nachfolgenden 4 Themencluster:



Diese 4 Themencluster bearbeitet der DEKV mit der nachfolgenden Policy Strategie.

Ziele:

- Auswirkungen der Strukturreform so weit wie möglich für die ev. Krankenhäuser abmildern
- Risiken begegnen durch:
- Entkopplung von Versorgungsstufen und Leistungsgruppen festschreiben
- Lösungsoptionen f. Abfinanzierung v. Eigeninvestitionen + EZVK platzieren
- Verlässlichen Rahmen für Transformation und Umgestaltung erwirken

Taktik und Maßnahmen:

- Hintergrundgespräche auf Fach- und Entscheiderebene mit Bundesakteuren
- Hintergrundgespräche mit Fach- und Publikumsmedien
- Pressemitteilungen + Pressekonferenz zusammen mit DD
- Positionierung als Sachverständiger in der Anhörung des AfG Bundestag
- Parl. Frühstück
- DEKV MV & Fachtag 2023

Zielgruppen:

- Parlamentarier d. 20. LP Bundestag, Mitarbeiter der BT-Fraktionen und MdB Büros
- Fach- und Entscheider: Bundesministerien, BK-Amt, Gesundheitssysteminstitutionen, Verbände
- Mitglieder der Bund-Länder-Gruppe
- Gesellschaftlich-kirchliche Öffentlichkeit
- Medienvertreter

Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen im Jahr 2023 (PpUG-V)

Seit 1. Januar 2019 müssen in als pflegesensitiv definierten Krankenhausbereichen Personaluntergrenzen eingehalten werden. Anfänglich für 4 Bereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie)) angewendet, kommen jährlich neue pflegesensitive Bereiche hinzu. Im Jahr 2023 müssen Pflegepersonal-Untergrenzen in neunzehn Bereichen erfüllt werden. 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 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 jährlich 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 2023 mit der 2. und 3. Änderungsverordnungen vom 9. November 2022 und 15. Dezember 2022. Mit den Verordnungen wurden drei weitere pflegesensitive Bereiche eingeführt, die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Urologie und die Rheumatologie. Die Untergrenzen für die Gynäkologie und Geburtshilfe wurde verschärft, dafür können Hebammen ab dem Jahr 2023 im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe wie examinierte Pflegefachkräfte bei der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen angerechnet werden.

Ambulantisierung und Hybrid-DRGs nach §115f SGB V Spezielle sektorengleiche Vergütung

Mit dem aG-DRG-Katalog 2024 sollen zum Jahresbeginn 2024 die sogenannten Hybrid-DRGs eingeführt werden. Nachdem sich GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nicht auf eine Vereinbarung zur sektorengleichen Vergütung einigen konnten und am 3. April 2023 das Scheitern der Verhandlung mitteilten, hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referentenentwurf für eine "Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung" erarbeitet. Bis zum 31. März 2023 sollten sich GKV-SV, DKG und KBV eigentlich auf eine gleiche Vergütung entsprechender Leistungen einigen und festlegen, für welche der Leistungen des AOP-Katalogs diese gelten solle.

Aus BMG-Perspektive war ein weiteres Abwarten auf eine Verhandlungslösung der Selbstverwaltung nicht sachgerecht. Eine Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung wurde als erforderlich und dringend angesehen. "Insbesondere war der unnötige stationäre Behandlungsaufwand zu vermeiden und damit zugleich die vom Fachkräftemangel besonders betroffenen Pflegeberufe zu entlasten", heißt es in der Verordnung. Im Zentrum der Verordnung stehen zwei Leistungskataloge – zum einen jener, der Leistungen enthält, die ab 1. Januar 2024 über Hybrid-DRGs vergütet werden, und zum anderen einer mit einer erweiterten Leistungsauswahl, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt werden soll.

Mit der geplanten Einführung der Hybrid-DRGs soll die Ambulantisierung vorangetrieben und eine Vorgabe aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt werden. Der internationale Vergleich zeige, so heißt es im Verordnungsentwurf, dass in Deutschland noch große Ambulantisierungspotenziale bestünden. So würden einige in Deutschland vorwiegend vollstationär durchgeführte Leistungen in anderen Ländern regelhaft ambulant erbracht werden. "Mit einer Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (einheitlicher Bewertungsmaßstab) und stationärem (diagnosebezogenen Fallgruppen) Niveau liegt, kann die ambulante Leistungserbringung angereizt und unnötiger stationärer Behandlungsaufwand, vermieden werden", heißt es im Verordnungsentwurf weiter. Dadurch würde auch das Pflegepersonal deutlich entlastet werden.

Im aG-DRG-Katalog 2024 werden die betreffenden Hybrid-DRG-Fälle nicht mehr über das aG-DRG-System vergütet. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat die Vertragsparteien daher GKV-SV und DKG darüber informiert, dass die Hybrid-Fälle bei der Berechnung des aG-DRG-Katalogs 2024 zu bereinigen sind. Das bedeutet, dass typischerweise die entsprechende Fallzahl zusammen mit ihren Kosten herausgenommen wird. Damit wird der bundesweite Case-Mix (CM) für die übrigen Leistungen konstant gehalten.

Laut InEK ist davon auszugehen, dass durch die Herausnahme der betroffenen Hybrid-DRG-Fälle zukünftig ca. 400 Mio. € nicht mehr über den aG-DRG-Katalog vergütet werden. Das InEK hat – unter der Annahme, dass die Hybrid-DRGs in der vom InEK definierten Weise eingeführt werden – den Unterschied zwischen den Kosten (der Fälle im DRG-System) und den Erlösen der Fälle über Hybrid-DRGs auf rund 100 Mio. Euro berechnet. Dies bedeutet, dass die Krankenhäuser mit der geplanten Vergütung für die Hybrid-DRG-Fälle die derzeitigen Fallkosten der Kalkulation für diese Fälle nicht vollständig refinanziert bekommen ("Kosten-Erlös-Differenz"). Die Selbstverwaltungspartner verhandeln gegenwärtig, in welcher Höhe die Kosten-Erlös-Differenz im Krankenhausbereich zu kompensieren ist (bundesweite CM-Erhöhung). Erfolgt keine Einigung, liegt es beim BMG eine Ersatzvornahme des aG-DRG-Kataloges vorzunehmen.

Bei den bisherigen Änderungen im Rahmen der Erweiterungen des ambulanten Operierens stellen besonders die fehlenden Kontextfaktoren eine Herausforderung für die evangelischen Krankenhäuser dar. Folglich ist unklar, wann Patient:innen stationär behandelt werden dürfen. Dadurch könnte es dazu führen, dass vulnerable Patient:innen, die eine stationäre Überwachung und Nachbetreuung benötigen, aufgrund der fehlenden Kontextfaktoren nicht mehr stationär behandelt werden dürfen. Durch die fehlende Klarheit u. a. bei den sozialen Indikationen, besteht das Risiko einer Prüfwelle durch den MD.

Der DEKV fordert daher mehr Klarheit bei den medizinischen Gründen mit entsprechender Flexibilität für eine stationäre Behandlung. Des Weiteren wird die Problemstellung in politischen Hintergrundgesprächen eingebracht.

Pflegepersonaluntergrenzen im Jahr 2023:

		20	022	Neu:	2023	20	022	Neu:	2023
	Pflegesensitiver Bereich		Verhältnis: examinierte Fachkräfte zu Patienten		Anteil Hilfskräfte*				
		Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
1	Neu 2023: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Bishe	r keine	1:10	1:22			10%	5%
77	Neu 2023: Urologie	Bishe	r keine	1:10	1:22			10%	5%
	Neu 2023: Rheumatologie	Bishe	r keine	1:13	1:30			10%	5%
	Orthopädie (ab 2022)	1:10	1:20	1:10	1:20	10%	10%	10%	10%
	Gynäkologie und Geburtshilfe (ab 2022)	1:8	1:18	1:7,5	1:15	5%	0%	5%	0%
	Einsatz von Hebammen	10%	5%	100%	100%	5%	0%	5%	0%
	Spezielle Pädiatrie** (ab 2022)	1:6	1:14	1:6	1:14	5%	5%	5%	5%
	Neonatologische Pädiatrie (ab 2022)	1:3,5	1:5	1:3,5	1:5	5%	5%	5%	5%
	Pädiatrische Intensivmedizin (ab 2021)	1:2	1:3	1:2	1:3	5%	5%	5%	5%
	Allgemeine Pädiatrie (ab 2021)	1:6	1:10	1:6	1:10	5%	5%	5%	5%
	Allgemeine Chirurgie (ab 2021)	1:10	1:20	1:10	1:20	10%	10%	10%	10%
	Innere Medizin (ab 2021)	1:10	1:22	1:10	1:22	10%	10%	10%	10%
	Herzchirurgie (ab 2020)	1:7	1:15	1:7	1:15	5%	0%	5%	0%
	Neurologie (ab 2020)	1:10	1:20	1:10	1:20	8%	8%	8%	8%
	Neurologische Frührehabilitation (ab 2020)	1:5	1:12	1:5	1:12	10%	10%	10%	10%
	Neurologie: Schlaganfalleinheit (ab 2020)	1:3	1:5	1:3	1:5	0%	0%	0%	0%
	Unfallchirurgie (ab 2019)	1:10	1:20	1:10	1:20	10%	10%	10%	10%
	Intensivmedizin (ab 2019)	1:2	1:3	1:2	1:3	5%	5%	5%	5%
	Kardiologie (ab 2019)	1:10	1:22	1:10	1:22	10%	10%	10%	10%
	Geriatrie (ab 2019)	1:10	1:20	1:10	1:20	15%	20%	15%	20%

Zusammenfassung aller im Jahr 2023 gültigen, pflegesensitiven Bereiche, mit konkreten Pflegepersonaluntergrenzen und anrechenbaren Anteilen für Pflegehilfskräfte. Im Vergleich sind die Zahlen aus dem Jahr 2022 aufgeführt *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.

Grundlage für die Ausgestaltung der Pflegepersonaluntergrenzen 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 bzw. 2. Quartal 2022 und 2023 zur Datenübermittlung herangezogen. Die konkreten Untergrenzen werden nach dem Perzentilen-Verfahren ermittelt². Für das Jahr 2024 hat das InEK vom BMG am 13. April und 11. Mai 2023 den Auftrag für eine Datenerhebung erhalten, mit dem Ziel den Bereich Neurochirurgie in die PpUG-V als pflegesensitiven Bereich aufzunehmen. Darüber hinaus war das InEK zu einer ergänzenden Datenerhebung für den bestehenden pflegesensitiven Bereich der Intensivmedizin beauftragt. Die Frist für die Datenlieferung war der 15. Juni 2023.

Der DEKV unterstützte mit Rückmeldungen aus der DEKV-Mitgliedschaft, die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur 2. Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 27. Oktober 2022.

Gesetzlich vorgeschrieben bei Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017 war auch eine Evaluation des Instruments der Pflegepersonaluntergrenzen. Erster Teil der Evaluation war eine Befragung aller deutschen Krankenhäuser zwischen dem 13. Juni und 21. Juli 2023 zu deren Erfahrungen bei der Umsetzung der PpuGs durch das IGES-Institut. Die Umfrage wurde von rund einem Viertel aller 1.654 Krankenhäuser (24,67%) beantwortet. Neben den Ergebnissen der IGES-Erhebung soll der Bericht zudem eine Auswertung der PpUG-Meldungen im Hinblick auf die Einhaltung der Untergrenzen sowie der vereinbarten Sanktionen enthalten. Die Selbstverwaltungspartner, DKG und GKV-SV, müssen dem BMG bis 31. Dezember 2023 den wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in den Krankenhäusern vorlegen (§ 137i Abs. 6 SGB V).

Energiepreisbremse für Krankenhäuser

Die Bundesregierung hat aufgrund der rechtswidrigen russischen Militäraggression gegen die Ukraine umfangreiche Maßnahmen zur Senkung der Energiepreise zum Jahresende 2022 beschlossen. Zu diesen Maßnahmen gehören auch Entlastungen für Krankenhäuser. Für Krankenhäuser gelten die gleichen Bedingungen wie für die Industrie.

Darüber hinaus gibt es Sonderfonds für Krankenhäuser, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Förderberechtigte Krankenhäuser erhalten eine Erstattung ihrer Mehrkosten für Erdgas, Fernwärme und Strom aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Zudem erhalten sie eine Ausgleichszahlung für die indirekt durch den Energiepreisanstieg verursachten Kostensteigerungen. Für beide Maßnahmen steht für die Jahre 2023 und 2024 ein Gesamtbetrag von bis zu 6 Milliarden Euro zur Verfügung. Die Mittel werden vom Bund über den Wirtschaftsstabilisierungsfonds der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt.

Gemäß Vorstandsbeschluss hat sich der DEKV am 14. März 2023 mit einem Schreiben an den Bundeskanzler Olaf Scholz, den Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach, den Minister für Wirtschaft- und Klimaschutz Dr. Robert Habeck, den Finanzminister Christan Lindner, die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestages sowie die Gesundheitsminister der Länder mit Bitte zur Implementierung eines Zusatzentgeltes zum Inflationsausgleich für die nicht refinanzierten Energiekostensteigerungen gewandt. Der DEKV-Vorschlag sah vor, dass die nicht abgerufenen Gelder für die Krankenhaus-Hilfen (6 Mrd. Euro) zur Abfederung der direkten Energiepreissteigerungen (4,5 Mrd. Euro) in ein bundeseinheitliches, tagesbezogenes Zusatzentgelt zur Refinanzierung der indirekten, inflationär bedingten und nicht refinanzierten Sachkostensteigerungen (bislang 1,5 Mrd. Euro, die auch abgeflossen sind) umzuschichten.

Erfreulicherweise hat die Bundesregierung immerhin 2,5 Mrd. Euro entsprechend mit der Energiepreisbremsennovelle umgeschichtet. Damit ist ein pauschaler Ausgleich für die Steigerungen indirekter Energiekosten vorgesehen. Zudem ist aus den Mitteln der Ausgleichsbeträge eine Erstattung von bis zu 10.000 Euro der Kosten für die Gebäudeenergieberatung vorgesehen.

Am 7. Juli 2023 hat der Bundesrat das zustimmungsfreie Gesetz zur Änderung des Erdgas-Wärme-Preisbremsengesetzes, zur Änderung des Strompreisbremsegesetzes sowie zur Änderung weiterer energiewirtschaftlicher, umweltrechtlicher und sozialrechtlicher Gesetze passieren lassen. Zuvor hatte der Deutsche Bundestag in seiner 113.

² Friedrich S. et.al: Studie zur Pflegepersonalausstattung und "Pflegelast" in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern - GKV-Spitzenverband / Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V, 2018, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Sitzung am 23. Juni 2023 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichtes des Ausschusses für Klimaschutz und Energie den von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzesentwurf in geänderter Fassung gebilligt.

Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument und PPR 2.0

Im Koalitionsvertrag der Ampel-Koalition vom 7. Dezember 2021 wurde die Einführung der Pflegepersonalbedarfsbemessung PPR 2.0 vereinbart: "Kurzfristig führen wir zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein."

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom 22. Dezember 2022 wurde die Einführung der PPR 2.0 für alle somatischen, bettenführenden Stationen für Erwachsene und der Kinder-PPR 2.0 für alle somatischen, bettenführenden Stationen der Pädiatrie und der pädiatrischen Intensivmedizin gesetzlich umgesetzt (§ 137k SGB V neu). Die konkreten Einzelheiten zur Einführung erfolgen per Rechtsverordnung durch das BMG mit Zustimmung des Bundesrates und im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium.

Frist für die Rechtsverordnung ist der 30. November 2023. Das Gesetz sieht weiterhin einen 3-monatigen Praxistest im Auftrag des BMG bis 31. August 2023 vor. Eine gesetzlich vorgeschriebene Weiterentwicklung soll in zwei Schritten erfolgen. Die Selbstverwaltungspartner DKG, GKV-SV und PKV waren verpflichtet eine Weiterentwicklung der PPR 2.0 bis zum 30. September 2023 zu beauftragen (§ 1371 SGB V). Inhalt sollten die Entwicklung eines Qualifikationsmix, sowie einer Methode zur standardisierten und digitalen Anwendung der Pflegebedarfsbemessungsinstrumente sein. Außerdem sind die Möglichkeiten zur Personalbemessung in der Notaufnahme zu untersuchen. Das BMG wird bis 31. Oktober 2023 die Entwicklung und Erprobung einer Pflegebedarfsbemessung auf der Intensivstation für erwachsene Patient: innen in Auftrag geben. Der mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 an DKG und GKV-SV erteilte Auftrag zur Entwicklung eines alternativen Pflegebedarfsbemessungsinstruments (§ 137k SGB V alt), dass die PPR 2.0 als Interimsinstrument ersetzen soll wurde ersatzlos gestrichen.

Der gesetzliche Auftrag zur Praxiserprobung wurde vom BMG an das Beratungs- und Wirtschaftsprüfungsunternehmen KPMG vergeben. Die Erprobung erfolgte zwischen Anfang Mai und Ende Juli 2023, der Abschlussbericht wurde dem BMG fristgerecht am 31. August 2023 vorgelegt. Ermittelt wurden Daten zu IST- und SOLL-Besetzung nach PPR 2.0 bzw. Kinder-PPR 2.0 und die Qualifikationen des eingesetzten Personals. Darüber wurden Informationen zu Einführungs-, Schulungs- und Dokumentationsaufwand, Verlässlichkeit und Validität der PPR 2.0 erfasst. Von den 171 zur verpflichtenden Teilnahme aufgerufenen Krankenhäusern, lieferten lediglich 66 Krankenhäuser Daten zur PPR 2.0-Anwendung, 44 von 80 Krankenhäuser kamen der Datenlieferung zur Kinder-PPR 2.0 nach. Allerdings nahmen 59, respektive 24 Krankenhäuser zusätzlich freiwillig teil, sodass die Stichprobe ausreichend ausfiel.

Die Ergebnisse sollen vom BMG bei Umsetzung der PPR 2.0 mittels Rechtsverordnung Berücksichtigung finden. Der Bericht stellte eine Erfüllungsgrad der PPR 2.0 Personalanforderungen von durchschnittlich 82,8 % fest (91,7% Kinder-PPR 2.0). Die Praxiseinführung wurde als sehr aufwändig bewertet. Darüber hinaus kritisiert die Pflegepraxis die PPR 2.0 bezüglich nicht ausreichender Erfassung der Pflegebedarfe und befürchtet daher einen unterschätzen Personalbedarf. Die Durchführung der Erprobung durch KPMG wird vielfach als hochaufwändig und mit wenig Unterstützung und Vorbereitungszeit kritisiert.

DEKV und Diakonie machen sich seit langem für die Einführung einer modernen Pflegepersonalbedarfsbemessung unter Beachtung eines Qualifikationsmixes stark. DEKV und Diakonie sehen die PPR 2.0 als wenig geeignetes Instrument an, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Insbesondere aufgrund eines fehlenden Qualifikationsmix und der damit verbundenen Reduktion von guter Pflege auf einen reinen Minutenwert. Die Erprobung der PPR 2.0 begleitete der DEKV mit drei digitalen Austauschformaten für seine Mitglieder. In diesem Rahmen wurden pflegefachliche Defizite der PPR 2.0 konkret benannt: Pflegebedarfe vulnerabler Patientengruppen, wie ein intensiver Zuwendungsbedarf (1:1-Betreuung), besondere Kommunikationsbedarfe und Sterbebegleitung sind nicht ausreichend durch die PPR 2.0 erfasst. Diese Kritik der Pflegepraxis an der PPR 2.0 wurde dem zuständigen Abteilungsleiter im BMG, Michael Weller, von DEKV und Diakonie Deutschland mit einem gemeinsamen Schreiben zugeleitet.

Aktionsplan: Gesundheit rund um die Geburt

Mit einem Entwurf zum Aktionsplan der Bundesregierung "Gesundheit rund um die Geburt" vom 13. Juli 2023 startet das BMG die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels: Gesundheit rund um die Geburt vom Januar 2017. Dies ist eine Verpflichtung aus dem Koalitionsvertrag der Ampelregierung vom Dezember 2021.

Angegangen werden sollen die im internationalen Vergleich hohen Quoten von medizinischen Interventionen bei der Geburt (z.B. Kaiserschnitt) und eine Verbesserung der vor- und nachgeburtlichen Versorgung insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Der Aktionsplan umfasst vier Handlungsfelder:

- Handlungsfeld 1: Versorgungsstrukturen rund um die Geburt sicherstellen
- Handlungsfeld 2: Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit rund um die Geburt stärken
- Handlungsfeld 3: Qualität der Betreuung rund um die Geburt weiterentwickeln
- Handlungsfeld 4: Information, Aufklärung und Gesundheitskompetenz rund um die Geburt verbessern

Zur Stellungnahme aufgerufen war ein sehr enger Kreis an Verbänden aus dem Bereich der Hebammenverbände und der Frauengesundheit. Diakonie Deutschland und DEKV reichten eine gemeinsame Initiativstellungnahme ein und nahmen an der Anhörung im BMG am 28. September 2023 teil. Derzeit werden die Stellungnahmen von Verbänden und Ländern zum Entwurf des Aktionsplans zur Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels "Gesundheit rund um die Geburt" vom BMG ausgewertet. Nach einer zweiten Ressortabstimmung wird der Aktionsplan anschließend dem Bundeskabinett vorgelegt. Ein konkreter Zeitplan ist noch nicht bekannt gegeben.

Hauptanliegen der Stellungnahme von DEKV und Diakonie sind eine bundesweite Förderung der hebammengeleiteten Kreißsäle, intensive Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung bezüglich Diversitätsorientierung, Rassismus-Sensibilität und eine bessere, inklusive Versorgung und Unterstützung von Eltern mit behinderten Kindern und behinderten Schwangeren, auch durch Lotsensysteme. Bezüglich eines besseren Betreuungsschlüssel im Kreißsaal wird das BMG aufgerufen, intensiv und ressortübergreifend die Fachkräftegewinnung voranzutreiben. Insgesamt wird von Diakonie und DEKV eine bessere ressortübergreifende Ausrichtung des Nationalen Aktionsplans und eine gezielte Verknüpfung der Maßnahmen mit bevorstehenden Gesetzesinitiativen, insbesondere der Krankenhausreform, empfohlen. Zu kritisieren ist, dass der Aktionsplan nur auf Maßnahmen fokussiert werden soll, die auf Bundesebene umgesetzt werden können, was die Umsetzung vieler wichtiger Verbesserungsmaßnahmen auf der Ebene der Länder, Landkreise, kreisfreien Städte und Kommunen ausschließt.

Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen

Mit einer Auftaktveranstaltung am 18. Oktober 2023 startete das Bundesministerium für Gesundheit den Prozess zum Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. Unmittelbar im Anschluss rief das BMG breit zur Teilnahme am schriftlichen Beteiligungsverfahren auf. Der Aktionsplan ist eine Verpflichtung aus dem Koalitionsvertrag vom 7. Dezember 2021. Kritisiert wird der in der Legislaturperiode späte Start des Verfahrens. Vorgesehen war ein Abschluss bereits Ende 2022. Erste Fachgespräche zur Konkretisierung der schriftlichen Eingaben erfolgen erst im Frühjahr 2024, die Erarbeitung des Aktionsplans im Sommer 2024. Die Umsetzung möglicher gesetzgeberischer Maßnahmen wird dadurch voraussichtlich erst in der kommenden Legislaturperiode erfolgen können. Ebenfalls kritisiert wird die unzureichende Einbeziehung Betroffener. Der DEKV hat seine Mitglieder zu einer Expertengruppe eingeladen, um die Beteiligung am Stellungnahmeverfahren praxisnah zu erarbeiten. Die Frist zur Einreichung ist der 15. Dezember.

Die Regelung zum Krankengeld für Angehörige bzw. die Übernahme der Lohnkosten für vertraute Betreuer:innen durch die Eingliederungshilfe, wenn Menschen mit Behinderung eine Begleitung zu einer Krankenhausbehandlung benötigen, wird einer gesetzlichen Evaluation unterzogen (§ 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX). Die Evaluation erfolgt im Auftrag des Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Der DEKV nimmt auf direkte Einladung an der begleitenden Expertengruppe teil. Im Jahr 2021 hatte sich der DEKV durch einen Regelungsvorschlag an den G-BA in die Umsetzung der Regelung des SGB V eingebracht und war auf Bitten der Deutschen Krankenhausgesellschaft an der G-BA Arbeitsgruppe beteiligt und wird im Verfahren auch die DKG vertreten. Die Auftaktveranstaltung findet am 11. Dezember 2023 statt. Die Evaluation soll bis Juni 2025 mit einem Bericht an das BMAS abgeschlossen sein.

Stärkung der akademisch qualifizierten Pflege

Tätigkeitsprofile akademisch qualifizierter Pflegekräfte

In Deutschland sind rund 2% der Pflegekräfte akademisch qualifiziert. In der Patientenversorgung sind es nur 0,2%. Der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege empfiehlt eine Steigerung auf bis zu 20 %. In der Praxis besteht die Frage, welche Aufgaben übernehmen die akademisch qualifizierten Pflegekräfte bei der Patientenversorgung. Wie ergänzen Sie das Team an schulisch ausgebildeten Pflegefachkräften. Wie können sie ihre akademischen Kompetenzen gewinnbringend in die Patient:innenversorgung einfließen lassen.

Im Frühjahr 2022 machte sich die AG Tätigkeitprofile mit ihrer konstituierenden Sitzung auf den Weg, die Frage zu bearbeiten. Grundlage ist ein Auftrag aus der Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023) des BMFSFJ, BMG und BMAS. Bis zum 21. August 2023 entwickelte eine Gruppe Expertinnen und Experten unter der Moderation der Diakonie Deutschland ein Empfehlungspapier: Aufgabenprofile akademische qualifizierte Pflegefachpersonen. Das Papier wurde am 17. Oktober 2023 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Bei einem begleitenden Fachtag im Februar 2023 wurden die Zwischenergebnisse breit diskutiert. Dabei wurden die noch bestehenden Kontroversen und Unschärfen aus dem Pflegeberufegesetz von 2017 offensichtlich. Diskutiert wurde die Abgrenzung zwischen komplexen und hochkomplexen Pflegebedarfen, die Abgrenzung der Aufgabenprofile zwischen schulisch ausgebildeter und akademisch qualifizierter Pflege. Zuweilen wurde auch die Generalistik und das grundständige generalistische Pflegestudium in Frage gestellt. Sichtbar werden die tiefgreifenden politischen Kontroversen in der ebenfalls am 17. Oktober veröffentlichten Stellungnahme von ver.di, die das gemeinsam erarbeitete Papier umgehend in Frage stellt. Dieser grundlegende Diskussionsbedarfe verhinderte, dass Visionen zur Ausrichtung der akademischen Pflegeberufe an zukünftigen Entwicklungen im Rahmen der Krankenhausreform, der Pflegepersonalbedarfsbemessung und der geplanten Versorgungsgesetze entwickelt werden konnten. Trotz dieser Herausforderungen ist mit der vorgelegten Empfehlung ein guter Leitfaden für die Praxis zum Einsatz der akademisch ausgebildeten Mitarbeiter:innen bei der Pflege am Bett entstanden. Das Papier zeigt aber auch, dass noch ein weiter Weg notwendig ist, bis die akademisch ausgebildete Pflege in der Patientenversorgung regelhaft ankommt. Der DEKV setzt sich weiterhin für die Stärkung der akademischen Pflege im Krankenhaus ein auch mit dem Projekt Qualifikationsmix für PPR 2.0.

Pflegestudiumstärkungsgesetz

Am 19. Oktober 2023 verabschiedete der Deutsche Bundestag in 2./3. Lesung das "Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften. (Pflegestudiumstärkungsgesetz)"

Der Gesetzesentwurf setzt ein weiteres Vorhaben des Koalitionsvertrags der Ampelregierung vom 07. Dezember 2021 um: "Dort, wo Pflegefachkräfte in Ausbildung oder Studium bisher keine Ausbildungsvergütung erhalten, schließen wir Regelungslücken." Hintergrund des Vorhabens ist ein geringes Interesse an den Studiengängen zur generalistischen Pflegeausbildung, die mit dem Pflegeberufegesetz 2020 eingeführt wurden. Die Attraktivität des Studiums gegenüber der Ausbildung soll durch das Gesetz gesteigert werden. Das Gesetz sieht vor, dass Studierenden der Pflege eine Ausbildungsvergütung erhalten. Das Studium wird zum dualen Studium, mit dem Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung, Studierenden schließen mit diesem einen Vertrag zum dualen Studium. Die Refinanzierung der Kosten der praktischen Ausbildung, einschließlich einer Praxisanleitung im Umfang von 10% erfolgt über den Ausbildungsfonds, wie bei der Pflegeausbildung. Darüber hinaus wird die hochschulische Pflegeausbildung erweiterte Kompetenzen für die selbstständige Ausübung von Tätigkeiten der Heilkunde enthalten. Konkret geht es dabei um die Integration der Fachmodule Diabetische Stoffwechsellage, Chronische Wunden und Demenz. Das Gesetz wird nach Beratung im Gesundheitsausschuss des Bundesrates am 8. November dem Plenum des Bundesrats im 2. Durchgang zur Entscheidung vorgelegt. Das zustimmungspflichtige Gesetz soll zum 1. Januar 2024 in Kraft treten.

Der DEKV hat zum Referentenentwurf zum Pflegestudiumstärkungsgesetz zum 05. Mai 2023 eine Stellungnahme und an der mündlichen Verbändeanhörung am 08. Mai 2023 teilgenommen.

In Abstimmung mit den Vertreter: innen aus der DEKV-Mitgliedschaft forderte der DEKV eine Gleichbehandlung des Pflegestudiums und der Pflegeausbildung bezüglich der Anrechnung des Wertschöpfungsanteils auf die Refinanzierung der Vergütung. Weiterhin wurde vorgeschlagen, dass die praxisanleitenden Personen nach einer Übergangsfrist bis 31. Dezember 2029 zwingend einen akademischen Hintergrund benötigen und dass neue Lernformate, wie selbstgesteuertes Lernen oder E-Learning mit bis zu 20%, statt 10%, zum Einsatz kommen dürfen. Grundsätzlich ist der Gesetzentwurf und die Refinanzierung des Pflegestudiums für die Stärkung der akademischen Pflegeausbildung sehr zu begrüßen und setzt eine langjährige Forderung des DEKV zur Stärkung des Pflegestudiums um.

Stärkung der vernetzten Gesundheitsversorgung in der Kommune

Das bisher als Versorgungsgesetz I bezeichnete Regelungsvorhaben verspätet sich weiterhin. Am 15. Juni wurde ein Entwurf öffentlich, dessen Leitidee die Stärkung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung in der Kommune ist.

Der nun vorliegende Entwurf zum **Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune** (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) dient der Abstimmung zwischen den Ministerien und wurde noch nicht offiziell zur Stellungnahme vorgelegt. Die grundlegenden Themen des Gesetzesvorhabens wurden aber bereits in einem Eckpunktepapier aus dem Januar 2023 vom BMG kommuniziert. Bei dem zukünftigen Gesetzentwurf soll es um den Aufbau von Gesundheitsregionen, Gesundheitskiosken in benachteiligten Regionen und Stadtteilen als niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention und um Primärversorgungszentren für die Sicherstellung des hausärztlichen Versorgungangebots gehen. Kommunen sollen bei Gründung Medizinischer Versorgungszentren gestärkt werden.

Das bisher noch nicht konkret vorliegende Versorgungsgesetz II soll die sektorenübergreifende Versorgung verbessern. Beide Gesetze flankieren die Krankenhausreform, um das Gesundheitswesen zukunftsfest zu gestalten. Die vernetzte Versorgung vor Ort wird neue Chancen und Herausforderungen für die diakonischen Krankenhäuser mit ihren Komplexträgern und diakonischen Versorgungsketten beinhalten. Mit dem DEKV-Fachtag: "Regionale Gesundheitsversorgung als Chance für Krankenhäuser" am 28. September 2022 hatte der DEKV das Thema bereits beleuchtet. Die Diakonie Deutschland fokussiert die ambulanten und präventiv wirkenden Versorgungsformen der Gesundheitsregion, Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske mit Projekten im engen fachlichen Austausch mit dem DEKV.

4. Entwicklungen der Verbandsarbeit

4.1. Einführung

Im Berichtszeitraum hat der DEKV schwerpunktmäßig die Entwicklungen der Gesetzes- und Regulierungsvorhaben auf Bundesebene verfolgt. Die Entwicklungen sind den Mitgliedern komprimiert zusammengestellt worden. Die DEKV-Mitglieder wurden zeitnah über die Verbandskommunikation und mit virtuellen DEKV-Spotlights informiert.

Der DEKV ist mit dem Vorsitzenden und der Verbandsdirektorin im Präsidium der DKG vertreten, wo sie die Interessen der evangelischen Häuser einbringen. Zudem sind über die Vertreter: innen des DEKV in den Gremien der DKG und des G-BA die Interessen der evangelischen Krankenhäuser platziert worden. 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 gesundheitspolitische Netzwerk des DEKV in die Politik, Selbstverwaltung, Medien, Verbände, Wissenschaft, Gewerkschaften und Diakonie weiter ausgebaut und verstetigt. 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 verstetigen.

4.2. Profilmanagement: Netzwerklandschaft und Themenprofilierung

DEKV Zukunftswerkstatt: Fachkliniken

Im Konzept der Regierungskommission vom 6. Dezember 2022 zur Krankenhausfinanzierungsreform wurde die Notwendigkeit betont, Fachkliniken gesondert zu berücksichtigen. Im damals vorgestellten Versorgungsstufenmodell wurden diese grundsätzlich dem Level II, teilweise auch dem Level III zugeordnet. Die Regierungskommission regte an, diese Kliniken zukünftig baulich und inhaltlich in Krankenhäuser der Level II und III zu integrieren. Da auch in den Bund-Länder-Beratungen lange keine Einigung erzielt werden konnte, beschloss der DEKV-Vorstand eine Definition respektive Abgrenzung zu erarbeiten, auf deren Basis die besondere Rolle von Fachkliniken im weiteren Verlauf berücksichtigt werden kann.

Vor diesem Hintergrund hat der DEKV in Kooperation mit dem IGES Institut am 27. April 2023 einen Workshop im Hybrid-Format durchgeführt, an dem insgesamt 16 Personen teilnahmen. Neben Vertreterinnen und Vertretern des Leitungspersonals von Mitglieds-Krankenhäusern des DEKV nahmen auch Vertreter von Krankenkassen sowie aus anderen Organen der Selbstverwaltung teil. Ziel des Workshops war es, grundlegende Fragen zur zukünftigen Rolle von Fachkliniken in der stationären Versorgung und konkrete Ansatzpunkte für ihre hierauf bezogene Definition/Abgrenzung zu diskutieren, um Argumente auszutauschen und auf ihre Plausibilität zu prüfen. Die Diskussionsergebnisse des Workshops bilden eine Grundlage, die der DEKV für seine weitere verbandspolitische Arbeit im Zusammenhang mit den laufenden Bund-Länder-Beratungen zur Krankenhausreform nutzen kann. In dem Workshop wurden zwei konkrete Ansatzpunkte für eine Definition von Fachkliniken entwickelt. Grundsätzlich eignen sich die bisherigen in der stationären Versorgung etablierten Kennzahlen wie Fallzahlverteilung auf Leistungsgebiete für medizinisch-fachliche Expertise (Konzentrationsmaße) nur, um Spezialisierungsgrade zu erfassen. Zur Abbildung von Fachkliniken sind sie aber unzureichend. Der Grad einer Leistungskonzentration eines Krankenhauses in einem Bereich (Fachabteilung) ist allein nicht ausreichend und muss, um aussagekräftig zu sein, in Bezug zur regionalen und bundesweiten Leistungserbringung gesetzt werden.

Da sich eine nur geringe Zahl an Fachabteilungen für eine Typisierung von Fachkliniken als wenig aussagekräftig erweist, kommen besonders folgende Merkmale in Betracht:

fachliche Spezialisierung

- Krankheitsspektrum: Konzentration auf wenige ICD/MDC in Kombination mit hohen bzw. Mindest-Fallzahlen; dabei kann die Breite des Leistungsspektrums – je nach ICD-spezifischen Behandlungsmöglichkeiten – variieren.
- Leistungsspektrum: Fokussierung auf ausgewählte (einzelne) Behandlungen (OPS).
- patientengruppenbezogene Spezialisierung
- Patientengruppen können z. B. altersspezifisch definiert werden (z. B. für Versorgungsbereiche Pädiatrie, Geriatrie).
- Weitere beispielhafte Patientengruppen lassen sich für die Bereiche der Behinderten- bzw. Inklusiven Medizin oder die Palliativversorgung definieren.
- Das Leistungsspektrum (bzgl. ICD, OPS) kann bei patientengruppenbezogener Spezialisierung deutlich breiter ausfallen als bei fachlicher Spezialisierung.

Darüber hinaus sind Fachkliniken von spezialisierten Fachabteilungen oder Zentren abzugrenzen, die in Krankenhäusern mit einem breiten Leistungsspektrum integriert sind.

Die Ergebnisse des Workshops wurden am 16. Mai 2023 an den Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach, die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestages sowie die Gesundheitsminister der Länder verschickt. Persönlich auf das Schreiben reagiert haben sowohl Bundestagsabgeordnete als auch Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister aus den Ländern. Dabei beinhalteten die Schreiben auch Einladungen für persönliche Treffen. Ergebnisse und Inhalte aus dem Workshoppapier finden sich auch im Bund-Länder Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 wieder.

Profilbausteine evangelische Krankenhäuser

Jedes evangelische Krankenhaus, indem es mit hoher Qualität Menschen versorgt, erfüllt den Heilungsauftrag der Kirche. Allein durch seine medizinische und pflegerische Arbeit lebt es das Evangelium in der Sozialform ein soziales Unternehmen. Das würde als Profil eigentlich schon ausreichen.

Aber in der öffentlichen Debatte ist es nötig die Position der evangelischen Krankenhäuser als freigemeinnützige Träger verstärkt gegenüber gewinnorientierten und öffentlich-rechtlichen Trägern zu stärken.

Der Verweis auf den kirchlichen Auftrag oder die christlichen Werte im Allgmeinen wird im gesellschaftlichen Diskurs nicht helfen. Es muss evidenzbasierte Versorgungsqualität nachgewiesen werden.

Deswegen ist ein Projekt Bausteine zur Kommunikation des "christlichen Profils" evangelischer Krankenhäuser mit zwei Zukunftswerkstätten durchgeführt worden mit folgenden Schritten:

- 1. Diskussion im Vorstandsreferat Theologie und Ethik mit Verabredung des Projektplans
- 2. Bitte um Zuarbeit an die Mitglieder des DEKV e.V.

- 3. Zusammenführung und Kondensation der Antworten zu einem ersten Entwurf durch eine Redaktionsgruppe aus Mitglieder des Vorstandsreferates und der Geschäftsstelle
- 4. "Zukunftswerkstatt Profil" im Juli als mit internen und externen Fachleute als Resonanzgruppe
- 5. Erstellung einer Vorlage für den Vorstand als Diskussionsgrundlage für Mitgliederversammlung

Die Umfrage bei den Mitgliedern haben über 50 Mitglieder beantwortet. Diese hohe Rücklaufquote lässt auf ein großes Interesse der Mitglieder an dieser Frage schließen.

Beitrag zum WIdo Krankenhausreport 2023

Als Co-Autor war der DEKV-Referent Dr. Johannes Egerer an einem Fachartikel im Krankenhaus-Report 2023 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK beteiligt. Der unter dem Titel: "Pflegepersonalvorgaben im Krankenhaus" verfasste Beitrag, beleuchtet und bewertet die ordnungspolitischen Maßnahmen zur gezielten Förderung der pflegerischen Versorgung in den Kliniken seit 1990. Der Krankenhausreport wurde am 18. April 2023 veröffentlicht.

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 Akteuren und Systemakteuren auf Bundesebene

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

Ende 2021 ist das Kooperationsprojekt von IQWIG, Mara und DEKV für die Erstellung von Gesundheits-informationen in Leichter Sprache gestartet. 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 veröffentlichen. 3. Die Ergebnisse in der Fachöffentlichkeit und gegenüber der breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Das Projekt hat zum 5. Oktober 2023 seine erste Information zur Darm-Spiegelung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen online und Print vorgelegt. Die Veröffentlichung ist mit einer gemeinsamen Pressemitteilung kommuniziert worden.

Die Projektlaufzeit ist bis Ende 1. Quartal 2024. Es sollen folgende 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 Pflegewissenschaften, Kassenverbänden DEKV-Pflegepraxis entwickelt Qualifikationsmix für PPR 2.0 weiter

Im Mai 2022 hat der DEKV ein zweiteiliges Projekt gestartet, um ein pragmatisches Konzept für einen Qualifikationsmix in der PPR 2.0 zu entwickeln. Der Qualifikationsmix muss den Bedarf für die Pflegeberufe von der 1-jährig ausgebildeten Pflegeassistenz bis zur akademisch qualifizierten Pflegefachkraft im Pflegeteam abbilden. Die Ergebnisse zum ersten Projektteil lagen im Juli 2022 vor und wurden von Pflegepraktikern aus der Mitgliedschaft und dem Vorstandsreferat Pflege als fachlich gut und praxistauglich bewertet. Die Ergebnisse wurden am 6. Oktober 2023 in der Ausgabe 40/2023 des Deutschen Ärzteblatt digital³ und gedruckt veröffentlicht.

³ Dtsch Arztebl 2023; 120(40): A-1623 / B-1386

Im zweiten Projektteil, der im Mai 2023 startete, wurde die Methode weiterentwickelt, um auch Gesundheitsfachberufe wie die Medizinischen Fachangestellten im Qualifikationsmix abbilden zu können, da der Einsatz im Pflegeteam gelebte Versorgungspraxis bereits heute darstellt. Die Ergebnisse werden dem DEKV-Vorstandsreferat Pflege, Medizin und Qualität in seiner Sitzung am 7. November 2023 zur Bewertung und Diskussion vorgelegt.

Die Entwicklung des Projekts erfolgte durch eine interdisziplinäre Projektgruppe von Mitgliedern der evangelischen Krankenhauspraxis und der evangelischen, pflegewissenschaftlichen Hochschulen. Vertreter: innen der Kostenträger und der Weiterbildungsakademie der DEKRA konnten als beratende Mitglieder gewonnen werden.

DEKV-Projekt PPR 2.0 und Qualifikationsmix – exploratives Vorgehen

Methodisch setzt das Projekt auf Beteiligung der Pflegeexpert: innen der DEKV-Mitgliedshäuser. Dazu wurden leitende Pflegekräfte 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. 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 mit und ohne Fachweiterbildung und Pflegekräfte mit Bachelorabschluss zugewiesen. Damit können die durch PPR 2.0 zugewiesenen Pflegeminuten auf die verschiedenen Qualifikationsniveaus verteilt werden. Im zweiten Teil wurde die Erweiterung des Qualifikationsmix um Medizinische Fachangestellte, Anästhesietechnische Assistenz, Notfallsanitäter: innen, Physiotherapie, Ergotherapie und Heilerziehungspflege geprüft. Für die Einordnung wurden basierend auf einer unabhängigen Befragung der Pflegepraxis und von Ausbildungsexpert: innen, Profile zu den pflegerischen Kompetenzen der Gesundheitsberufe erstellt. Auf deren Basis erfolgte die Einordnung in den 2022 entwickelten Qualifikationsmix für die Pflegeteams nach PPR 2.0.

Vernetzung mit dem Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister (BAP) Zeitarbeit in der Pflege

In erster Linie für eine gezielte Überbrückung von Personalengpässen gedacht, ist der Einsatz von Zeitarbeitskräften für viele Krankenhäuser zum Dauerzustand geworden. Ursache ist der Fachkräftemangel. Auch wenn im Bundesdurchschnitt nur rund 2,4 % der Pflegekräfte in der Zeitarbeit tätig sind, verursacht Zeitarbeit aufgrund beschränkter Refinanzierungsmöglichkeiten hohe Zusatzkosten für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Für die Pflegeteams bedeuten externe Mitarbeitende eine erhöhte Arbeitsbelastung aufgrund von Einarbeitung und zusätzlicher Übernahme von organisatorischen Prozessen. Die Tätigkeit als Zeitarbeitskraft wird mit besserem Einkommen und höherer Flexibilität und Verlässlichkeit bezüglich der Arbeitszeiten in Verbindung gebracht. Dies führt zu weiterer Personalabwanderung in die Zeitarbeit.

Personaldienstleister, die seit vielen Jahren eine qualitativ hochwertige Dienstleistung anbieten, sehen sich zunehmender Kritik ausgesetzt. Zunehmend treten Anbieter auf den Markt, die eine reine Gewinnmaximierung in den Vordergrund stellen. Starke Regulierung und Einschränkung der Zeitarbeit bis hin zu Verboten werden bereits seit Jahren gefordert. Aufgrund der thematischen Brisanz wurde das Thema im vergangenen Jahr intensiv von Verbänden und Politiker: innen diskutiert.

Am 17.Februar 2023 verabschiedete das DKG-Präsidium ein Positionspapier mit Forderungen zu gesetzlichen Regulation. Insbesondere eine Deckelung der Verrechnungssätze für Leihpersonal auf das 1,5-fache des Bruttotariflohns einer Pflegekraft wird gefordert. Ein gesetzliches Verbot der Leiharbeit bei Pflege und ärztlichem Personal wird als alternative Lösungsmöglichkeit zur Sprache gebracht, in der Hoffnung, dass mit einem Verbot eine Rückkehr der Pflegekräfte in die Festanstellung erfolgen würde. Eine Studie des Instituts der Deutschen Wirtschaft aus dem April 2023, im Auftrag der Interessenvertretungen der Personaldienstleister, stellte dahingegen fest, dass bei einem Verbot der Leiharbeit, nur ein geringer Anteil der dort tätigen Pflegekräfte ins Krankenhaus oder die Pflegeeinrichtung zurückkehren würde.

Die Berliner Krankenhausgesellschaft, die sich bereits 2019 für ein Verbot der Leiharbeit einsetzte, legte im März 2023 einen Mustervertrag für die Arbeitnehmerüberlassung vor, der das Miteinander von entleihendem Krankenhaus und Personaldienstleister regeln soll. Auch hier sind eine Deckelung des Verrechnungssatzes auf den Tariflohn, Equal Pay und Strafzahlungen für einen Ausfall bei der vereinbarten Dienstleistungserbringung wichtigste Forderung. Zeitarbeitsfirmen halten dagegen, dass die geforderte Deckelung die Erbringung von Leiharbeit insgesamt unwirtschaftlich macht, darüber werden einige Klauseln im Vertrag als rechtlich nicht umsetzbar bewertet. Die bayerische Staatsregierung legte am 16. Mai 2023 einen Entschließungsantrag des Bundesrates vor, mit dem der

Bundestag aufgefordert wurde, unterschiedliche Maßnahmen zur Eindämmung der Leiharbeit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu prüfen. Dieser Entschließungsantrag wurde an die Ausschüsse des Bundesrates verwiesen. Ein ähnlicher Antrag des Landes Berlin aus dem Jahr 2020 wurde von den Ausschüssen ebenfalls noch nicht beraten.

Der wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages legte am 28. Juni 2023 eine Ausarbeitung mit dem Titel: "Verfassungsrechtliche Aspekte eines Leiharbeitsverbots in der Pflege vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen" vor. Ergebnis ist, dass ein Verbot verfassungsrechtlich nicht einfach umzusetzen wäre, zuerst seien weniger einschneidende Maßnahmen, insbesondere die Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu erreichen. Bisheriges Ergebnis des politischen Diskurses ist, dass trotz der negativen Auswirkungen der Leiharbeit in der Pflege ein gesetzliches Verbot nicht angestrebt werden sollte. Dies betont sowohl der Bundesgesundheitsminister in einem Schreiben an die Bundestagsfraktionen vom 9. Oktober 2023 als auch die CDU/CSU Oppositionsfraktion in ihrem Positionspapier zur Stärkung der Pflege vom 11. Oktober 2023. Wichtigster Hebel sei die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte.

Auch für viele evangelischen Krankenhäuser stellen Kosten und Auswirkungen der Leiharbeit in der Pflege und beim ärztlichen Personal ein erhebliches ökonomisches, personelles und organisatorisches Problem dar. Daher schloss sich der DEKV den politischen Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 17.Februar 2023 grundsätzlich an. Parallel dazu sollte mit dem Ziel konstruktive Lösungen zu ermöglichen, das Gespräch mit dem Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister (BAP) gesucht werden. Ergebnis waren zwei Zukunftswerkstätten am 25. Mai und 5. September 2023 unter Teilnahme von Vertreter: innen der evangelischen Krankenhäuser und der BAP-Mitgliedsunternehmen.

Im Rahmen der Veranstaltung konnte Verständnis für die gegenseitigen Positionen und Gegebenheiten entwickelt werden. Die grundlegende Problematik erwächst aus dem allgemeinen Fachkräftemangel, der zur Zuspitzung der Situation führt. Auch regionale Gegebenheiten beeinflussen das Ausmaß der Problematik. Ergebnis der beiden Veranstaltungen entsteht ein gemeinsamer Leitfaden mit Qualitätskriterien, der in der Praxis unterstützen soll eine möglichst vertrauensvolle und für beide Seiten gewinnbringende Geschäftsbeziehung aufzubauen. Darüber hinaus kann eine breite Anwendung des Leitfadens, "schwarze Schafe" unter den Personaldienstleistern identifizieren und für diese den Marktzugang unattraktiv werden lassen. Nach Bewertung durch die DEKV-Vorstandsreferate und die Verabschiedung des DEKV-Vorstandes soll das Papier von DEKV und BAP gemeinsam im politischen Umfeld vorgestellt werden.

Öffentlichkeitsarbeit

Im Berichtszeitraum ist die Presse- und Medienarbeit intensiviert worden. Neben eigenen Pressemitteilungen sind Namensartikel und Interviews veröffentlicht worden. Die Information der Mitglieder ist über ad hoc-informationen, DEKV-Info und den DEKV-Newsletter erfolgt.

Im Zeitraum vom 01. Oktober 2022 bis zum 30. Oktober 2023 sind insgesamt **36 Pressemitteilungen und freie Berichterstattungen** erschienen:

09.11.2022	Diakonie Deutschland, BeB und DEKV appellieren an die Bundestagsabgeordneten: Unbedingt jetzt die "Triage vor der Triage" verhindern!
16.11.2022	Abschaffung der DRG – und dann? (Orientierungswerte, BibliomedManager)
28.11.2022	Abschaffung der DRG – und dann? (f&w, BibliomedManager, Zweitnutzung des Orientierungswertes online)
28.11.2022	Ruf nach Implementierung von Vorhaltekosten im DRG-System (Deutsches Ärzteblatt, Bericht zum DEKV-Expertenpanel)
28.11.2022	Scharfe Kritik an geplanter Tagesbehandlung (Deutsches Ärzteblatt, Bericht zum DEKV-Expertenpanel)
29.11.2022	Konfessionelle und kommunale Krankenhausträger fordern: Krankenhausstruktur muss die stationäre medizinische Versorgung flächendeckend, qualitativ hochwertig und erreichbar gestalten

02.12.2022	Pflegeentlastungsgesetz vom Bundestag verabschiedet: Veränderte Fristen für Budgetverhandlungen ermöglichen den Krankenhäusern eine solide Vorbereitung
06.12.2022	Übergreifende Reform der Krankenhausstrukturen und –finanzierung
06.12.2022	Abschaffung der DRG – und dann? (f&w, BibliomedManager, Zweitnutzung des Orientierungswertes print)
06.12.2022	Wie viel Wettbewerb verträgt das Gesundheitswesen (Das Krankenhaus, DEKV-Expertenpanel)
09.12.2022	Lauterbachs Revolution, Teil 2 — DRG-System soll reformiert werden, aber nicht abgeschafft (OPG)
19.12.2022	Auswirkungen sorgfältig prüfen (f&w, BibliomedManager)
02.01.2023	Statement Krankenhausreform (f&w, BibliomedManager)
13.02.2023	Jetzt nicht die falschen Weichen stellen und über Reformbemühungen stolpern
17.02.2023	Umbau einer differenzierten Kliniklandschaft muss gestaltet werden (epd sozial)
06.03.2023	DEKV: Gesundheitliche Versorgung braucht Flexibilität in ihrer regionalen Ausgestaltung (Das Krankenhaus)
13.03.2023	Von der Nachfrage zur Orientierung am Angebot (Orientierungswerte, BibliomedManager)
02.04.2023	Pflegepersonalbemessung: "Wir sollten mit Versprechen vorsichtig sein" (f&w zum DRG Forum)
11.05.2023	Qualifikationsmix in der Pflege: Gute Pflege ist Teamwork
24.05.2023	Einigung auf gemeinsame Ausgangsbasis für die Transformation der Krankenhauslandschaft dringend nötig
12.06.2023	Level-1i-Krankenhäuser dürfen nicht zur Mogelpackung werden (Orientierungswerte, BibliomedManager)
20.06.2023	Insolvenzen sind das falsche Instrument zur Zukunftssicherung der Krankenhäuser!
29.06.2023	Enttäuschend: Die Kraft zur Reform fehlt
30.06.2023	Hoffen auf Einsicht (Reaktionen auf die Krankenhausreform, BibiliomedManager)
05.07.2023	Stimmen zur Krankenhausreform (Das Krankenhaus)
11.07.2023	Eckpunkte Krankenhausreform: Wenn es dran ist, passiert es.
11.07.2023	Eckpunkte Krankenhausreform: Einige Antworten und noch mehr offene Fragen (BibliomedManager)
28.08.2023	Diakonie Deutschland und DEKV: Vorliegende Fassung des Krankenhaustransparenzgesetzes informiert unzureichend über Behandlungsqualität
29.08.2023	Politischer Theaterdonner statt Revolution (f&w, BibliomedManager)
09.2023	Religion im Krankenhaus: Die Grenze als Mitte des evangelischen Krankenhauses (Praktische Theologie 58. Jg., Heft 3, S. 157-160)
14.09.2023	Qualitätsvergleich nur mit Risikoadjustierung
19.09.2023	Krankenhausfinanzierung muss Inflation und Tarifsteigerung berücksichtigen!

27.09.2023	Qualitätsvergleich muss Behandlungsrisiken berücksichtigen
10.2023	Eine Dekadenaufgabe – Krankenhäuser: Transformation der Versorgung statt Revolution der Finanzierung. (ZEITZEICHEN: Evangelische Kommentare zu Religion und Gesellschaft, 10/2023)
05.10.2023	Informationen zur Darm-Spiegelung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen
06.10.2023	Pflegepersonalbemessung: Qualität braucht Qualifikation (Deutsches Ärzteblatt)
18.10.2023	Krankenhausinsolvenzen durch Planungssicherheit abwenden!
18.10.2023	Krankenhäuser fordern Soforthilfe (Deutscher Bundestag, hib 778/2023)

DEKV eigene Plattformen und Veranstaltungsformate mit Partnern

Der DEKV hat eine Vielzahl eigener Veranstaltungen im Berichtszeitraum durchgeführt. Nachfolgend sind diese aufgelistet.

27. 10. 2022 DEKV-Mitgliederversammlung und DEKV-Expertenpanel "Gesundheitsversorgung mit Gemeinwohl und Wettbewerb gestalten"

Unter verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) auf seinem Expertenpanel nach der Mitgliederversammlung 2022 mit 57 Teilnehmenden das Thema "Gesundheitsversorgung erfolgreich mit Gemeinwohl und Wettbewerb gestalten". Zu Wort kamen am 27. Oktober 2022 Vertreter der Krankenhäuser, Pflege, Kassen und des Bundeskartellamts. "Der Wettbewerb ist nicht für alle Fehlentwicklungen verantwortlich", betont Annette Bangard, Direktorin beim Bundeskartellamt, in Zusammenhang mit Schieflagen im Gesundheitswesen. Unterversorgung lägen unattraktive DRGs, Bevölkerungsrückgang und fehlende Entgelte für Vorhalteleistungen zugrunde. Überversorgung beruhe auf angebotsinduzierter Nachfrage und mangelnder Kontrolle der Kostenträger. Eine Aufgabe des Kartellamts ist bekanntlich die Fusionskontrolle. Dabei überprüft die Behörde nur größere Übernahmen (ab 17,5 Millionen Euro Jahresumsatz des Zielobjekts und ab 500 Millionen Euro Jahresumsatz des Käufers). Bisher kontrolliert das Kartellamt nur vor einer Fusion. Allerdings steht eine Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) an. Dann könnten auch bestehende Strukturen in Bangards Visier rücken.

Äußerst kritisch sieht die Vorsitzende des Deutschen Pflegerats, Christine Vogeler, den Wettbewerb. Der ginge bisher zulasten ihrer Profession. Für diese wünscht sie sich mehr Handlungskompetenz. Dabei wolle sie nicht in Wettbewerb zu anderen Berufsgruppen stehen. "Es geht uns nicht um die Übernahme ärztlicher Aufgaben", unterstreicht sie. Aber für die Verschreibung eines Pflegebetts, beispielsweise, müsse immer die Unterschrift des Arztes eingeholt werden. Außerdem wünscht sie sich Mitspracherecht für die Pflege in der Selbstverwaltung.

Prof. Henriette Neumeyer, stellvertretende Vorstandschefin der Deutschen Krankenhausgesellschaft, richtet ihren Fokus auf den Wettbewerb zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern und spricht sich für mehr Kooperationen aus: "Wenn man es gegeneinander macht, macht man es am Ende gegen den Patienten." Sie plädiert für mehr sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung.

Das ist im Sinne von Dr. Jürgen Malzahn, Krankenhausexperte beim AOK-Bundesverband. Für eine fortschreitende Ambulantisierung schlägt er eine Quote und Anreize für Leistungserbringer vor. Mit den Ressourcen müsse man sparsam und effizient umgehen, meint DEKV-Vorsitzender Christoph Radbruch. Das sei ein "ethischer Auftrag". Wettbewerb trage zu hoher Qualität und effizienter Gesundheitsversorgung bei.

8. Dezember 2022	Digitales DEKV-Spotlight Reformvorschläge zur Krankenhausstruktur
13. Dezember 2022	DEKV-Digitales Spotlight AOK-BV Vorschlag Vorhaltefinanzierung und Einordnung in aktuelle Entwicklungen
17. Januar 2023 DEKV	Taskforce Krankenhausreform

27. Januar 2023	Ev. Krankenhäuser - Diakonische Versorgungsketten als eine Antwort auf Herausforderungen der sektoren-übergreifenden Versorgung
5. April 2023	Workshop Qualifikationsmix PPR-Phase 2
12. April 2023	Ev. Hochschule Informationsveranstaltung zum Weiterentwicklungsauftrag der Pflegepersonalbedarfsbemessung
13. April 2023	IGES-DEKV-Hybrid-Workshop Parameter für Fachkliniken in der Krankenhausfinanzierungsreform
17. Mai 2023	Praktische Umsetzung der PPR 2.0: Erfahrungsaustausch für DEKV-Mitglieder
25. Mai 2023	1. Zukunftswerkstatt Zeitarbeit mit dem Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister (BAP)
30. Juni 2023	DEKV-Redaktionsgruppe Profilbausteine evangelische Krankenhäuser
3. Juli 2023	Workshop Qualifikationsmix PPR - Phase 2
11. Juli 2023	DEKV-Pflege-Austausch: PPR 2.0
20. Juli 2023	DEKV-Spotlight Bund-Länder Eckpunkte zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023
25. Juli 2023	Zukunftswerkstatt "Das Profil ev. Krankenhäuser – Kommunikationsbausteine"
25. August 2023	DEKV-Spotlight Krankenhaustransparenzgesetz
5. September 2023	2. Zukunftswerkstatt Zeitarbeit zusammen mit dem Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister (BAP)
13. September 2023	DEKV-Workshop: Pflegebudgetabschlagserhöhung - Liquiditätszuschlag
21. September 2023	DEKV-Geschäftsstelle Eröffnungsfeier

Ev Krankonhäuser Diakonische Versorgungsketten als eine Antwert auf

DEKV auf etablierten Plattformen

27 Januar 2022

Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag

In den Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestages war der DEKV als Sachverständiger für zwei Anhörungen geladen: Zum Krankenhaustransparenzgesetz am 27. September 2023 und zu den Anträgen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser der CDU/CSU Bundestagsfraktion und der Fraktion Die Linke am 17. Oktober 2023 geladen.

Beim Krankenhaustransparenzgesetz fordert der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV), dass die Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung durch eine verpflichtende Risikoadjustierung korrekt dargestellt werden muss. Dazu Christoph Radbruch, Vorsitzender des DEKV: "Bestimmte vulnerable Patient:innengruppen, wie Patient:innen mit vielen Nebenerkrankungen und Patient:innen mit Behinderung haben ein erhöhtes Risiko für Komplikationen. Diese Tatsache muss im Transparenzportal durch eine Risikoadjustierung berücksichtigt werden. Sonst stehen Krankenhäuser, die viele dieser Patient:innen behandeln, im Qualitätsvergleich schlechter da als solche, die hauptsächlich jüngere und gesündere Patient:innen versorgen. Das betrifft die evangelischen Krankenhäuser, sie machen sich besonders für die Versorgung vulnerabler Patient:innen stark. Erfolgt die Risikoadjustierung nicht, ist die Funktion des Portals, Patient:innen zum für sie besten Krankenhaus zu leiten, nicht gewährleistet."

Bei Beratung der Anträge zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Vorschaltgesetz) betont der DEKV: "Qualifizierte Patient:innenversorgung braucht eine Finanzierung der realen Kosten im Krankenhaus und Planungssicherheit. Sie muss die tatsächlichen Personal- und Sachkosten abbilden. Die jetzigen gesetzlichen Regelungen



der Krankenhausfinanzierung verhindern, dass inflationsbedingte Kostensteigerungen erstattet werden. Das bringt die Häuser in eine wirtschaftlich schwierige Situation. Im kommenden Jahr wird sich die Situation weiter zuspitzen, wenn der Landesbasisfallwert ab 2024 nur im aktuellen gesetzlichen Rahmen steigt. Das bietet den Krankenhäusern keine Perspektive. Im Gegenteil: Mit jeder Behandlung steigt das Defizit, weil Personal- und Sachkosten nicht ausreichend finanziert sind. Das muss korrigiert werden. Nur eine Erhöhung und eine Korrektur des Landesbasisfallwertes kann diese

Situation verändern. Der Landesbasisfallwert muss künftig so gestaltet werden, dass er die tatsächlichen Kosten abbildet." Zudem pochte der DEKV auf eine Fortführung der Fünf-Tage-Zahlungsfristverkürzung.

"Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) warnte, die aktuelle Liquiditätslage der Krankenhäuser könnte sich negativ auf die weiteren diakonischen Hilfegelder auswirken. Dadurch könnte ein unerwünschter Dominoeffekt für die Stabilität der sozialen Infrastruktur entstehen. Die Folgen wären große Lücken in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung."⁴

Obmann Frühstück der CDU/CSU Arbeitsgruppe Gesundheit

Am 21. Oktober 2022 war der DEKV geladen das Obmann Frühstück thematisch zu den Geling-Faktoren für eine Transformation der Krankenhausstrukturen zu gestalten. Der DEKV war mit drei Vorstandsmitgliedern (Katja Rosenthal-Schleicher, Vorsitzender Christoph Radbruch und Dr. Josef Rosenbauer) und zwei Vertretern der Geschäftsstelle (Kay Brandenburg, Melanie Kanzler) vertreten.

Mitgliedschaft des DEKV e.V. bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG)

Der DEKV ist zum 1. Januar 2023 Mitglied in der GVG geworden, um sich mit Entscheidern und Leitungsebene von Kostenträgern und Kostenträgerverbänden, BÄK, MB, medizinischen Fachgesellschaften zu vernetzen. Die GVG ist eine etablierte Vernetzungsplattform sowie Denkraum für die Zukunftsfragen und -strategien der Gesundheits- und Sozialpolitik. Sie besteht seit mehr als 75 Jahren. Die GVG ist respektierter Impulsgeber für Handlungsbedarf für gesetzgeberische Regelungen im politisch-parlamentarischen Raum. In der GVG tagen vier ständige Ausschüsse (Alterssicherung, Leitung durch Dr. Fasshauer, Direktor DRV-Bund; Gesundheit und Pflege, Leitung Andreas Storm, VV DAK, Arbeitsmarkt, designiert Frau Nahles, VV BA, Europa, Rudolf Henke, VV LÄK Nordrhein). Zudem gibt es zwei Foren Digitalisierung und Soziale Sicherheit. Es finden neben der Mitgliederversammlung themenbezogene Werkstattgespräch, eine Fachkonferenz und ein Parlamentarischer Abend jedes Jahr statt.

kkvd

Am 19. Oktober 2023 hat ein Netzwerktreffen kkvd und DEKV zur Krankenhausreform stattgefunden. Es nahmen 100 Vertreter: innen aus beiden Verbänden teil. Dazu findet eine regelmäßiger informeller Austausch zwischen den Vorsitzenden und der Geschäftsführung der Verbände am Rande der DKG-Präsidiumssitzungen statt.

DKG-Kampagne Alarmstufe Rot

Am 20. Juni 2023 hat eine bundesweite Kundgebung Alarmstufe Rot der DKG vor dem Hauptbahnhof in Berlin stattgefunden. Der Vorsitzende Christoph Radbruch hat für die Diakonie Deutschland auf der Kundgebung gesprochen.

Zusammenarbeit mit der Diakonie Deutschland und den diakonischen Fachverbänden in der Fachgruppe 1 Der verbandliche Fachaustausch sowie die Abstimmung politischer Positionen zwischen den Verbänden der unternehmerischen Diakonie finden durch Sitzungen der Geschäftsführungen sowie durch ein Jahrestreffen der Vorsitzenden und Geschäftsführungen statt.

⁴ Vgl.: hib – heute im bundestag Nr. 778, Mittwoch, 18. Oktober 2023, Redaktionsschluss: 16.52 Uhr

Diese Abstimmungsrunden fanden an folgenden Terminen statt:

- Treffen der Geschäftsführungen bei der Fachgruppe 1: Juli und September 2023
- Treffen der Geschäftsführungen beim Sozialpolitischen Forum DD: Kein Termin in 2023
- Jahrestreffen der Vorstände und Geschäftsführungen: 11. September 2023
- Fachverbandskonferenz der Vorstände und Geschäftsführungen: 18./19. April und 27. September 2023

Des Weiteren nimmt der DEKV e.V. regelmäßig an den Treffen der Fachverbandskonferenz der Diakonie Deutschland teil. Der DEKV war mehrmals eingeladen, den Vorstand der Diakonie Deutschland, die Leitungsrunde sowie die Konferenz der Landespfarrer über die Entwicklungen der Krankenhausreform zu informieren.

Der Vorsitzende nahm an folgenden Sitzungen der Gremien der Diakonie Deutschland teil:

- Ausschuss Diakonie am 27.02.2023
- Ausschuss Diakonie am 28.06.2023
- Ausschuss Diakonie am 11.09.2023
- Ausschuss Diakonie am 22.09.2023
- Konferenz Diakonie und Entwicklung des EWDE am 11./12. Oktober 2023.

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 am 26.10.2022, Berlin

Der Vorstand beriet und beschloss:

Termine Gremien DEKV 2023

Der Vorstand beschließt einstimmig die Termine für die DEKV-Gremien für das Jahr 2023."

Vorstandssitzung am 07.12.2022 per Zoom

Der Vorstand beriet und beschloss:

Mietobjekt in der Reinhardstraße 34

Der engere Vorstand wird beauftragt und bevollmächtigt einen Mietvertrag für die DEKV-Geschäftsstelle ab 05/2023 abzuschließen.

Weitere Beratungen zum Thema "Leiharbeit"

Der DEKV wird die Rückmeldungen in politischen Gesprächen einbringen und das Thema Verbot sowie Beschränkung von Leiharbeit entsprechend in gesundheitspolitischen Netzwerkarbeit vertreten.

Mitwirkung des DEKV e.V. bei anlassloser Prüfung durch Datenschutzbeauftragten der EKD im Bereich Krankenhäuser Der Vorstand beschließt, dass der Datenschutzbeauftrage über die diakonischen Werke, wenn notwendig, an die Krankenhäuser vermittelt wird.

Mitgliedschaft des DEKV e.V. bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)

Der Vorstand bestimmt einstimmig Mitglied bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) zu werden.

Vorstandssitzung, am 25.01.2023, per Zoom

Der Vorstand beriet und beschloss:

die DKG-Positionen und DEKV POLICY STRATEGIE zur Krankenhausreform.

Vorstandssitzung 28.02.2023, Berlin

Der Vorstand beriet und beschloss:

Pädiatriezuschlag und Nachweis über vereinfachte Deckungsbeitragsrechnung

Der Lösungsvorschlag wird als Arbeitsgrundlage mit Experten weiter diskutiert und entwickelt. Es ist aber derzeit kein Vorschlag, mit dem der DEKV an die Öffentlichkeit geht.

Energiekosten Zusatzentgelt für Verteilung der 4,5 Milliarden Euro an individueller Hilfe

Die Teilnehmenden vereinbaren, mit der Idee auf die Politik zuzugehen und zu bitten, die Entscheidung bezüglich des Energiekostenausgleichsfonds nochmals zu überdenken und für den Inflationskostenausgleich zur Verfügung zu stellen.

AOP-Katalog

Das Vorstandsreferat PRÖ wird beauftragt, das Thema vertieft zu beraten.

Aktualisierung der Policy- und Kommunikationsstrategie

Die Teilnehmenden stimmen dem vorgestellten Vorgehen zur Policy Strategie zu und beschließen, das IGES-Institut für die Entwicklung eines Entwurfs zur Definition von Fachkliniken zu beauftragen, einschließlich eines Workshops mit DEKV-Mitgliedern. Dafür wird ein Kostenrahmen von 12.000 Euro vorgesehen.

DEKV-Workshop: Was ist ein evangelisches Krankenhaus? Juni/Juli 2023

Die DEKV-Geschäftsstelle wird beauftragt die inhaltliche und organisatorische Vorbereitung und Umsetzung des Workshops im Kostenrahmen v. 750 Euro voranzutreiben

Zukunftswerkstatt Zeitarbeit im Krankenhaus

Der DEKV-Vorstand stimmt dem vorgelegten Konzept vor und beauftragt die Geschäftsstelle mit der Durchführung der Zukunftswerkstatt in Kooperation mit dem Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister."

Beschluss zum Kostenplan Umzug der Geschäftsstelle

Die Verbandsdirektorin wird beauftragt im Kostenrahmen von 45.000 Euro den Umzug der DEKV-Geschäftsstelle in die neuen Büroräume (Reinhardtstr. 34, Berlin-Mitte), die Ausstattung des Konferenzraumes und der neuen Büroräume sowie die Kosten für Wiederherstellung/Rückbau und Renovierung der alten Geschäftsräume umzusetzen. "

Vorstandssitzung 09.06.2023, Erlangen

Der Vorstand beriet und beschloss:

Finanzen

Der Vorstand des Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. empfiehlt der Mitgliederversammlung einstimmig den vorgelegten Jahresabschluss 2022 mit einem Jahresergebnis i. H. v. 38.930,87 € festzustellen und den Jahresüberschuss auf neue Rechnungen vorzutragen.

Zudem empfiehlt der Vorstand der Mitgliederversammlung die steuerlichen Rücklagen gemäß § 62 AO wie folgt zu beschließen:

Der freien Rücklage wird der Betrag von 67.358,00 € zugeführt und beträgt somit zum 31.12.2022 807.883,00 €. Der Betriebsmittelrücklage werden 156.840,00 € zugeführt.

Diese beträgt zum 31.12.2022 156.840,00 €.

Sachstand der Diskussion zur Reform der Krankenhausfinanzierung und -planung

Die Teilnehmenden beschließen eine Abfrage zur Höhe der Eigenmittelinvestitionen durchzuführen.

Entwicklung eines Qualitätsleitfadens für die Zeitarbeit

Der Vorstand nimmt zustimmend zur Kenntnis, dass der Dialog zwischen DEKV und dem Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister (BAP) fortgeführt wird mit dem Ziel einen Qualitätsleitfaden für Krankenhäuser und Personaldienstleistern für die Zusammenarbeit vor Ort zu entwickeln.

Verbandsentwicklung – Verbreiterung Mitgliederbasis

Der Vorstandbeschließt einen Strategieprozess zur zukünftigen Strutktur des Verbandes einzuleiten. Für die externe Begleitung (z.B. Konkurrenzanalyse) soll im Wirtschaftsplan 2024 30 T€ eingeplant werden.

Einweihungsnetzwerktreffen für die neuen Räumlichkeiten der Geschäftsstelle

Die Teilnehmenden stimmen dem Einweihungsnetzwerktreffen zu und stimmen zu, die Kosten für die Veranstaltung in Höhe von bis 3.000 Euro freizugeben.

Vorstandssitzung 22.09.2023, Berlin

Der Vorstand beriet und beschloss:

Kommunikationsbausteine Profil

Der Vorstand stimmt dem vorgeschlagenen Vorgehen zu den Kommunikationsbausteinen evangelisches Profil zu und gibt das Positionspapier als Diskussionsgrundlage für die Mitgliederversammlung 2023 frei.

Nachbesetzung Gremien

Als Kandidat für die Nachfolge von Herrn Krog schlägt Vorstand der Mitgliederversammlung Herrn Mathias Adler, Geschäftsführer vor. Als Nachfolge von Herrn Vennekate bittet der Vorsitzende um Vorschläge durch die Vorstandsmitglieder. Es besteht Einigkeit, dass die Nachfolge bevorzugt aus dem Bereich Pflegeausbildung stammen solle, wobei auch Pflegedirektorinnen möglich wären. Es besteht der Wunsch, eine Kandidatin zu finden und auch eine Verjüngung des Vorstandes zu erreichen.

Forschungsprojekt: "Notfallversorgung"

Der Vorstand nimmt den Projektentwurf zustimmend zur Kenntnis und beauftragt die Beantragung. Curacon soll beauftragt werden zu prüfen, ob die Beteiligung des DEKV am Projekt im Rahmen der Satzung möglich ist. Der Wirtschaftsplan ist entsprechend anzupassen.

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 25. Oktober 2022 digital und am 23. März 2023 in Hannover. 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, 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 Karaus, Ev. Krankenhaus Göttingen Weende, Petra Krause, Pflegedirektorin Evangelisches Klinikum (EvKB) und Krankenhaus Mara, Leitung Gesundheitsschulen von Bodelschwinghsche 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 Diakonieklinikum Hamburg.

Vorstandsreferat Politik, Recht, Ökonomie

In den Jahren 2022 und 2023 fanden zwei reguläre Sitzungen jeweils am 22. November 2022 sowie am 3. März 2023 digital statt.

Sprecher: Stefan David, Vorstandsvorsitzender DIAKOVERE gGmbH und DIAKOVERE Stiftung

Mitglieder: Matthias Adler, Konzernvorstand Evangelischer Verbund Ruhr (EVR) / Geschäftsführer Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne/Castrop-Rauxel 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, Sven Holter, Verwaltungsdirektor Diakonie Klinikum Stuttgart, Jürgen Knosp, Epilepsiezentrum Kork, Jörg Marx, AGAPLESION gAG, Peter Maraun, Bank im Bistum Essen eG (kooptiert), Christoph Radbruch, DEKV e.V., Silvia Raffel, Leitung Geschäftsfeld Krankenhaus und Gesundheit Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e.V., Dr. Josef Rosenbauer, Diakonie in Südwestfalen, Dr. Bernhard Schöffend, Johanniter GmbH, Jonas Sewing, Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer,

Olaf Walter, Geschäftsführer Evangelische Kliniken Gelsenkirchen GmbH, 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

Vorstandsreferat Theologie und Ethik

Die Sitzungen im Berichtszeitraum fanden statt am 25. November 2022, 20. Januar und am 05. Mai 2023.

Sprecher: Christoph Radbruch, Vorsitzender DEKV

Mitglieder: Michael Brems, Koordinierungsstelle für Krankenhausseelsorge 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 Weinholt, 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.

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, 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
FA Personalwesen u.	Kaufm. Vorstand Martin Wilde (bis 31.12.2022)	Evluth. Diakonissenanstalt Flensburg Diakonie
Krankenhausorganisation	Fachreferent Dr. Johannes Egerer	DEKV
Fachausschuss	Vorsitzender Stefan David	DIAKOVERE
Krankenhausfinanzierung	Verbandsdirektorin Melanie Kanzler	DEKV
FA f. Daten-Informa- tion uKommunik.	N.N.	
Fachausschuss Recht und Verträge	Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn (bis 31.12.2022) Fachreferent Kay Brandenburg	Verband ev. Krankenhäuser Rheinland/Westfalen/Lippe, Düsseldorf DEKV

Gremium	Besetzung 2022-2024	Einrichtung
Fachausschuss Medizin	Chefarzt Dr. med. Martin Groß	Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
	Dr. Bettina Beinhauer, Leiterin Zentraler Dienst Medizinmanagement	AGAPLESION gAG
	Chefarzt Dr. med. Rainer Prönneke (ständ. Gast)	Krankenhaus des Marienstifts, Braunschweig
Kommission KH- Psychiatrie	Krankenhausdirektorin Anke Berger-Schmidt Kaufm. Direktor Dietmar Volk	Klinik Hohe Mark, Oberursel Evangelische Stiftung Tannenhof
Kommission Leistungsentgelte	Geschäftsführer Heinz-Werner Bitter (bis 03.2023)	Krankenhausgemeinschaft Herne, Castrop-Rauxel
	Geschäftsführer Bernd Rühle	Diakonie-Klinikum Stuttgart
Kommission Qualitätssicherung	Medizin. Geschäftsführer Prof. Dr. Michael Karaus	Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende
_	Dr. Bettina Beinhauer	AGAPLESION gAG
Kommission Hygiene	Martin Dethlefsen, Krankenhaushygieniker	Evluth. Diakonissenanstalt Flensburg
Ständiger Ausschuss BG-Nebenkostentarif	Geschäftsführer Bernd Rühle	Diakonie-Klinikum Stuttgart
Satzungskommission	Vorstandsvorsitzender Christoph Radbruch	DEKV
	Vorstand Dr. Jörg Kruttschnitt	EWDE, Diakonie Deutschland
Bundesschiedsstelle	Verbandsdirektorin Melanie Kanzler	DEKV

Gemeinsamer Bundesausschuss

Unterausschuss	Themen	DEKV -Vertreter
Bedarfsplanung	Festlegung v. Kriterien und Anforderungen für	Verbandsdirektorin Melanie Kanzler, DEKV
	Versorgungsbereiche und -arten,	
	Sicherstellungszuschläge, Notfallversorgung und Zentren	
Veranlasste Leistungen	Arbeits-/Regelungsbereiche:	Geschäftsführerin Elke Grothe-Kühn,
	Krankentransport und Krankenhauseinweisung	Verband ev. Krankenhäuser Rhein-
	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	land/Westfalen/Lippe, Düsseldorf (bis
	Arbeitsunfähigkeit	31.12.2022); N.N.
	Chroniker	
	Häusliche Krankenpflege	
	Heilmittel	
	Hilfsmittel	
	Rehabilitation	
	Soziotherapie	
Arzneimittel	AMNOG Verfahren	Verbandsdirektorin Melanie Kanzler, DEKV
	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))	

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 80%

Die Zusammenarbeit der Geschäftsstelle mit dem Vorstand wird durch die in der Regel monatlichen Dienstbesprechung 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.

Neue Geschäftsstellenräumlichkeiten in Berlin-Mitte

Der Mietvertrag der Geschäftsräume des DEKV in der Invalidenstraße 29, Berlin ist zum 30. April 2023. Der DEKV ist zum 1. Mai 2023 in die Reinhardtstraße 34, 10117 Berlin umgezogen. Die neue Geschäftsstellenräume bieten gute Bedingungen für die verstärkte Kollaboration mit Mitgliedern und Partnern. Der Workspace Bereich wie auch der Konferenzraum sind gut geeignet, die geänderten Ansprüche des DEKV-Teams in der Fachlobbyarbeit umzusetzen. Die Farbgestaltung in Petrol und Blaugrau wirkt frisch-inspirierend. Die Konferenzmöbel sind modular je nach Bedarf zusammenstellbar. Der Konferenzraum wird mit hybride-Konferenztechnik ausgestattet.

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. Beides 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 die Partikularinteressen nicht in den Vordergrund treten.

Geling-Faktoren sind Lösungen, Handlungsempfehlungen und praxistaugliche Lösungsvorschläge zu entwickeln, nachvollziehbar herzuleiten und datenbasiert 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 im Jahr 2023 und 2024. 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-Informationsmaterialen 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.