



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Tätigkeitsbericht

für den Zeitraum vom 31. Oktober 2023 – 7. November 2024

vorgelegt zur

Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V.

am 27. November 2024 in Berlin

Stand: 12. November 2024

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Geschäftsstelle: Reinhardtstr. 34 | 10117 Berlin
Fon: +49 (30) 2005 1419-0
Mail: office@dekv.de | Web: www.dekv.de

Im Verbund der
Diakonie

Inhaltsverzeichnis

1.	Verbandskennzahlen und Aufgaben	4
2.	Gesundheitspolitische Themen in 2023 und 2024.....	5
2.1.	Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung	5
2.2.	Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG).....	6
2.3.	Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz	7
2.4.	Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz)	8
2.5.	Beschlüsse Notfallstufen-Regelung.....	8
2.6.	Ambulantisierung der stationären Leistungen befördern: Hybrid-DRG und AOP-Katalog.....	9
2.7.	Pflegestudiumstärkungsgesetz	10
2.8.	Pflegekompetenzgesetz	10
2.9.	Gesetz zur Einführung der Pflegefachassistenz (PflAssEinfG).....	11
2.10.	Evaluation und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen.....	11
2.11.	PpUG-Sanktionsvereinbarung	11
2.12.	Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument und PPR 2.0	12
2.13.	Pflegeausbildungsstatistik: Pflegeabschlüsse nach Pflegeberufegesetz.....	12
2.14.	Aktionsplan: Gesundheit rund um die Geburt.....	13
2.15.	Aktionsplan inklusives Gesundheitswesen	13
2.16.	Evaluation Krankenhausbegleitrichtlinie zu § 44b SGB V: Krankengeld für begleitende Angehörige von Menschen mit Behinderung.....	13
2.17.	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune	14
3.	Entwicklungen der Verbandsarbeit.....	14
3.1.	Einführung.....	14
3.2.	Profilmanagement: Netzwerklandschaft und Themenprofilierung.....	15
3.3.	Projektgruppe Zentrum Inklusive Medizin.....	15
3.4.	Gemeinsames Rechtsgutachten Staatliche Krankenhausfinanzierung auf dem Prüfstand des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Grundgesetzes und des EU-Beihilferechts Funktionsgerechte Krankenhausreform Fairer Wettbewerb für alle Träger	15

3.5.	Gemeinsame Erklärung Krankenhausreform DEKV, AKG, AOK-BV, DKG, August 2024.....	15
3.6.	Stakeholder-Engagement: Bekanntheits- und Vernetzungsgrad des DEKV erhöhen.....	16
3.7.	Vernetzung mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	16
3.8.	Vernetzung mit Pflegewissenschaften, Kassenverbänden DEKV-Pflegepraxis entwickelt Qualifikationsmix für PPR 2.0 weiter	16
3.9.	Vernetzung mit dem Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister (BAP) /Gesamtverband der Personaldienstleister (GVP): Zeitarbeit in der Pflege.....	16
3.10.	Öffentlichkeitsarbeit	17
3.11.	DEKV eigene Plattformen und Veranstaltungsformate mit Partnern.....	18
3.12.	DEKV-Forum	18
3.13.	Digitale DEKV-Spotlights.....	19
3.14.	Gesundheitspolitisches Frühstück - Insolvenzrecht für Krankenhäuser	19
3.15.	Zukunftswerkstatt „Kompetenzmanagement in Krankenhäusern – Gut vorbereitet für die Transformation“ am 3. Juni 2024 in Köln.....	20
3.16.	Hoffest der Mietergemeinschaft in der Reinhardstr. 34 & 36 am 29. Mai 2024	20
3.17.	DEKV auf etablierten Plattformen.....	20
	Gremienmanagement: Interessen evangelischer Krankenhäuser bündeln.....	22
3.18.	DEKV-Vorstandsreferate	23
3.19.	DEKV-Vertreter:innen in den Gremien der Selbstverwaltung: DKG, G-BA und IQTIG	24
4.	Geschäftsstelle	26
4.1.	Lobbyregister.....	27
5.	Risiken	27
6.	Planung.....	27

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 Vierteln sind sie in Ballungs- und Ballungsrandgebieten lokalisiert. Die prozentual höchste evangelische Patient:innenversorgung bezogen auf die Gesamtpatient:innenzahl im jeweiligen Bundesland findet in Hamburg (17%), Sachsen-Anhalt (16%) und NRW (14%) statt. Besonders stark sind die evangelischen Krankenhäuser in der Versorgung von Lungenkrebspatient:innen (14,6%) und geriatrischen Patient:innen (22%). Innovative Versorgungsmodelle sind u.a. in der Behindertenmedizin (z.B. Qualitätsverträge) sowie in der Geburtshilfe (z.B. Hebammengeleitete Kreißsäle) zu finden.

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

Der DEKV setzt sich insbesondere für eine zukunftsorientierte und innovative Krankenhauspolitik mit Trägervielfalt und Qualitätswettbewerb, 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.**

Herausfordernde Rahmenbedingungen und Paradigmenwechsel in der Krankenhausversorgung:

Deutschland muss vielfältige Herausforderungen zu meistern. Dazu zählen die Nachwirkungen der Bewältigung der Covid-Pandemie, von Flüchtlingskrisen, den Angriff auf die Ukraine, das Hamas-Massaker, der Israel-Gaza-Krieg und der Israel-Libanon-Konflikt, dem steilen Anstieg der Inflation, Unsicherheiten über die Energieversorgung, die Veränderung politischer Prioritäten insbesondere durch die wachsende Besorgnis über den Klimawandel bis hin zu zunehmenden weltpolitischen Spannungen. Darüber hinaus gab es in den letzten Jahren tiefgreifende Veränderungen der Parteienlandschaft und der Debattenkultur. Im deutschen Gesundheitssystem führen der demografische Wandel und neue Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten zu einem starken Wachstum der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Fraglich ist eine langfristige Deckung dieser Ausgaben über Beitragseinnahmen. Soll der solidarische Charakter unseres Gesundheitswesens erhalten werden, muss beherzt nach Möglichkeiten gesucht werden, die Wirksamkeit des Einsatzes von Personal und finanziellen Mitteln stetig zu optimieren.

Diese Entwicklungen führen zu einer Volatilität und steigenden Unsicherheit für die Gesundheitspolitik wie auch für die Krankenhausträger. Die gesundheits- und krankenhauspolitischen Reformvorhaben (Transparenzgesetz, KHVVG,

Notfallreform, Pflegekompetenzgesetz) der 20. Legislaturperiode haben die Krankenhausbranche auf den Pfad der Transformation Strukturveränderung und -qualität geführt. Diese Bundesreformen erfordern eine Aktualisierung und Kohärenz der Landeskrankenhausgesetze und -planungen. Alle Ebenen und Behörden der krankenhauspolitischen Planung sind von den finanziellen und strukturellen Reformen berührt. Es kann daher kaum überraschen, dass die Krankenhausbranche das Gefühl hat, in besonders unsicheren Zeiten zu leben. Eines der wichtigsten Anliegen ist daher, Planungssicherheit für das wirtschaftliche Agieren zu erlangen.

AMPEL-AUS am 6. November 2024

Die Entlassung des Bundesfinanzministers Christian Lindner durch den Bundeskanzler Olaf Scholz hat ein vorzeitiges Ende der Ampelregierung am 6. November 2024 eingeleitet. Damit wird es Neuwahlen zum 21. Deutschen Bundestag im 1. Quartal 2025 geben. Die gesamten (gesundheitspolitischen) Gesetzesvorhaben der 20. Legislaturperiode des Bundestages stehen seit dem 6. November 2024 zur Disposition. Auch diejenigen Gesetze, die noch der Zustimmung des Bundesrates bedürfen wie im Fall der Krankenhausreform (KHVVG).

2. Gesundheitspolitische Themen in 2023 und 2024

Die Krankenhauslandschaft war in den Jahren 2023 und 2024 neben der umfassende Krankenhausfinanzierungs- und -strukturreform schwerpunktmäßig von verschiedenen Regulierungsvorhaben zu Personal-, Qualitäts- und Strukturthemen geprägt. Zudem sind befristete Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Energiehilfen, 5-Tages Zahlungsfrist) verlängert worden. Der politische Wille nach Transparenz und einer bundeseinheitlichen Vergleichbarkeit von Leistungsdaten der Krankenhäuser kennzeichnet alle nachfolgenden Gesetzes- und Verordnungsvorhaben. Die Veränderung der Krankenhausstrukturen und die damit einhergehende Strukturqualität ist durch Bundes- und Landesregelungen angestoßen worden.

2.1. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Am 3. Mai 2024 hat die Regierungskommission Reformvorschläge für eine bessere Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen im Gesundheitssystem vorgelegt. Die zehnte Stellungnahme trägt den Titel Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems. Dazu sollen kleinere Krankenhäuser in der Fläche verstärkt ambulante Leistungen anbieten können, ein Primärärztsystem aufgebaut und die Versorgung regional und gemeinsam für den ambulanten und den stationären Bereich geplant werden.

1. Kurzfristige Maßnahmen

- Aufbau von Krankenhäusern für sektorenübergreifende Versorgung (Level II)
 - die vorrangig ambulante Behandlung anbieten,
 - die nach Tagespauschalen abrechnen,
 - die von den Bundesländern geplant werden,
 - die bei Unterversorgung einspringen und ambulante Leistungen mit der KV abrechnen,
 - die mit den KVen Budgets aushandeln, um für bislang stationär erbrachte Behandlungen die Vergütung als ambulante Leistungen auch in nicht unterversorgten Gebieten zu regeln,
 - deren Leistungskatalog die Selbstverwaltungspartner in Positivlisten definieren,
 - deren Standorte Platz bieten für vielfältige Gesundheitsangebote: Apotheken, Arztpraxen, MVZ, Gesundheitskioske, Sanitätshäuser, andere Gesundheitsberufe
- Aufbau von Institutsambulanzen
- Weiterentwicklung der Hybrid-DRG
- Ausbau des Belegarztsystems

2. Mittel- und langfristige Maßnahmen

- Aufbau regionaler Gremien unter Landesvorsitz, die ambulante und stationäre Versorgung gemeinsam planen
- Aufbau eines Primärärztsystems (aus Allgemeinmedizinern, Internisten, Pädiater, Gynäkologen, Psychiatern) zur Steuerung der Gesundheitsversorgung und Abbau der doppelten Facharztschiene
- Flächendeckende Versorgung durch qualifiziertes Pflegefachpersonal mit weitgehenden Kompetenzen (Einschränkung des Arztvorbehalts)
- Vergabe von Regionalbudgets für Versorgungsaufträge für bestimmte Regionen/Bevölkerungsgruppen

2.2. Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Kernelemente des KHVVG ist die verstärkte Konzentration von stationären Leistungen, die engere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors sowie die Einführung einer Vorhaltevergütung. Zudem sollen gesetzliche Maßnahmen zur Deregulierung in den Kliniken beitragen. Alle Maßnahmen sollen insbesondere die Behandlungsqualität steigern.

Zur wirtschaftlichen Sicherung der Häuser soll eine Vorhaltevergütung implementiert werden. Diese dient der Sicherung des Vorhaltens von Strukturen weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung. Dies soll durch die Absenkung der bestehenden Fallpauschalen (aG-DRGs) (i. H. v. ca. 40 Prozent plus ca. 20 Prozent Pflegebudget) ermöglicht werden. Zukünftig sollen ungefähr 60 Prozent über eine Vorhaltevergütung und 40 Prozent einzelfallabhängig über die Rest-DRGs ausgezahlt werden. Mit diesem Systemumbau soll der Anreiz zur Ausweitung von Fallmengen reduziert werden. Die Ermittlung der Höhe des Vorhaltebudgets erfolgt je Land und Leistungsgruppe durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Auch ist eine regelmäßige Prüfung der maßgeblichen Qualitätskriterien zur Einhaltung der bundeseinheitlichen Vorgaben für die neue Planungssystematik der Leistungsgruppen durch die Medizinischen Dienste mit Datenübermittlung vorgesehen. Da durch die Anforderungen an die Leistungsgruppen das Risiko besteht, dass viele Kliniken Leistungen nicht mehr erbringen dürfen und daraus eine Gefährdung der Refinanzierung besteht, sieht das Gesetz auch den Ausbau von sektorübergreifender und integrierter Gesundheitsversorgung in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen vor. Dazu sollen bestehende Krankenhäuser umgewandelt werden und eine Finanzierung außerhalb der Fallpauschalen (DRGs) erhalten. Auch ist eine Unterstützung der Umgestaltung der Krankenhäuser durch einen Transformationsfonds, je hälftig finanziert durch die Bundesländer sowie Krankenkassen, vorgesehen. Wenn auch unzureichend sind dem Gesetz auch Verbesserungen für die wirtschaftliche Situation und die Liquidität für Krankenhäuser u. a. bei der Tarifkostenrefinanzierung sowie eine Erhöhung der Förderbeträge für ländliche Krankenhäuser enthalten.

Ging es in den Verhandlungen zum KHVVG in den vergangenen Monaten um viele Details und hochkomplexen Interessenlagen zwischen Bund und Ländern, läuft es nun auf eine recht übersichtliche Ja-Nein-Entscheidung hinaus. Nach zweijährigem intensivem Ringen miteinander, stimmten 374 Parlamentarier des Deutschen Bundestages für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) am 17. Oktober 2024. Am 22. November 2024 ist nach dem Auseinanderbrechen der Ampel im Bundesrat die Abstimmung zu dem zustimmungsfreien Gesetz vorgesehen. Ziel ist, das Gesetz zum Januar 2025 in Kraft zu setzen – es sei denn, die Länder rufen den Vermittlungsausschuss an, um noch Änderungen daran zu erwirken.

Bei der Sitzung des Gesundheitsausschuss im Bundesrat am 6. November 2024 konnten sich die Ländervertreterinnen und -vertreter nicht auf eine gemeinsame Empfehlung zur Anrufung/Nicht-Anrufung für einen Vermittlungsausschuss zur Krankenhausreform einigen. Der gemeinsame Antrag von Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen erreichte nicht die erforderliche Mehrheit. Der Antrag erhielt 8 Ja-Stimmen, 8 Enthaltungen (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Saarland) sowie 0 Nein-Stimmen. Da im Plenum des Bundesrates ein anderes Stimmenverhältnis der Länder gilt, kämen bei einem identischen Stimmverhalten der Länder auf 39 Stimmen. Damit gäbe es die erforderliche Mehrheit von mindestens 35 Stimmen für die Anrufung des Vermittlungsausschusses.

Die DKG hat am 10. November 2024 einen Präsidiumsbeschluss gefasst, der bei den Ländern dafür wirbt, den Vermittlungsausschuss anzurufen. Es sollen noch Änderungen am KHVVG zusammen mit dem 20. Bundestag vorgenommen werden.

Der gemeinsame Antrag der sieben Bundesländer fordert für die sechs Bereiche: Qualität, Definition von Krankenhausstandorten und Fachkliniken, bei der Finanzierung, dem Einfluss des G-BA sowie beim Transformationsfonds und den Planungsvorgaben weitere Änderungen. Dabei werden u. a. weitere Lockerungen der vorgegeben Qualitätsvorgaben, etwa dass Fachärztinnen und -ärzte nicht nur in maximal drei Leistungsgruppen angerechnet werden könnten. Darüber hinaus müsse es weitere Ausnahmemöglichkeiten von den Kriterien in den Leistungsgruppen geben. Qualitätskriterien müssten deutlich stärker auch in Kooperationen und Verbänden zu erbringen sein. Zentral dürfte die Forderung nach einer fallzahlunabhängigen Vorhaltefinanzierung sowie eine Überbrückungsfinanzierung sein, um wirtschaftlich angeschlagenen Kliniken zu helfen, bis die Reform greifen werde. Außerdem sollte die vorgesehene Prüfung des Insolvenzrisikos bei der Antragstellung von Projekten des Transformationsfonds gestrichen werden.

Der Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im BMG machte noch am 6. November 2024 vor dem Ende der Ampel auf einer Handelsblattveranstaltung deutlich, dass das Ministerium nicht zu weiteren Verhandlungen bereit sei: „Wenn der Vermittlungsausschuss angerufen wird, dann wird die Krankenhausreform auch im Vermittlungsausschuss bleiben. Punkt.“ Bestenfalls würde die Reform verzögert werden, womöglich aber auch auf unbestimmte Zeit aufgeschoben werden.

Hingegen übte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereits vor dem Ampel-Aus Druck auf die Bundesländer aus, das geplante Gesetz noch zu stoppen. Man müsse „konstatieren, dass der ambulante Bereich mit dem vorgelegten Gesetzbeschluss (...) noch weiter geschwächt und ausgehöhlt wird“, so in einem KBV-Brief an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundesrates. Bei vorgesehenen ambulanten Tätigkeiten der Kliniken sehe der Entwurf „durchgehend eine Besserstellung gegenüber den niedergelassenen Vertragsärzten“ vor, die „weder nachvollziehbar noch hinnehmbar“ sei. Dies werde auch „die Versorgung gerade in ländlichen Regionen nicht verbessern, sondern verschlechtern“. Man appelliere deshalb an die Bundesländer, „diesen teuren und von einer zentralistischen Ideologie geprägten Irrweg nicht fortzusetzen“.

Schwer abzuschätzen bleibt, welchen Einfluss das vom BMG bereitgestellte Analysetool für die Länder zur Zustimmung besitzt. Entwickelt wurde die Software in Zusammenarbeit des Gesundheitsministeriums mit der Regierungskommission sowie den Firmen BinDoc und Oberender. Mithilfe jener Software sollen die Bundesländer nachvollziehen können, wie sich ihre regionale Krankenhauslandschaft verändern könnte, wenn die Reform greift. Zentrales Element dabei ist die Zuordnung der 65 Leistungsgruppen zu den einzelnen Krankenhäusern. Zudem sollen die Länder mittels der Software analysieren können, wie viele Einwohner ein Krankenhaus aktuell in einer Leistungsgruppe versorge und wie lange eine Patientin oder ein Patient benötige, um dorthin zu gelangen. So lässt sich nachvollziehen, wie sich die Fahrtzeiten verändern würden, wenn bestimmte Kliniken bestimmte Leistungen nicht mehr erbringen würden. Aus den Ergebnissen können aber keine direkten Landeskrankenhausplanungen abgeleitet werden. Die Krankenhausplanung liegt weiterhin bei den Ländern selbst. Folglich müsse die Länder auch weitere Aspekte berücksichtigen. Dazu gehört zum Beispiel auch die ambulante Versorgungsstruktur – etwa wie viele Hausärzte es in einer Region gibt oder wo Rettungshubschrauber stationiert sind.

Für die Krankenhäuser relevant sind die Ergebnisse der Auswirkungsanalyse auch bei der Vergütung. Eine Reduktion der Leistung an einem Standort, ermöglicht es die Leistungen an einem anderen Standort bezogen auf das Vorhaltebudget erhöhend zu berücksichtigen. Das Vorhaltebudget bezieht auf die gesamte Leistungsmenge des Bundeslandes. Werden beispielsweise 20 Prozent der Leistungen bestimmten Häusern nicht mehr zugeordnet, können andere Krankenhäuser diese 20 Prozent erhalten. Diese wirkt sich auch auf das Vorhaltebudget aus. Folglich ist es wichtig, wie hoch der Zeitaufwand für die beschriebenen Simulationen ist. Dies hängt u. a. von der Größe des Landes ab. Ob die Zeit vom 24. Oktober 2024 bis zur Anhörung im Bundesrat am 22. November 2024 ausreicht, ist offen.

2.3. Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz

Das Krankenhaustransparenzgesetz trat am 22. März 2024 in Kraft. Der Bundes-Klinik-Atlas soll in bürgerverständlicher Form, Informationen zu Leistungsangebot und erbrachter Qualität in allen deutschen Krankenhäusern informieren. Derzeit sind im Bundes-Klinik-Atlas ausgewiesen, das Leistungsspektrum, Fallzahlen, Pflegepersonal, erfüllte Mindestmengen (nach Mindestmengenregelung gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V), eine mögliche Ausweisung als Sicherstellungshaus, die Notfallstufe (Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V) und ausgewählte Zertifikate. Nachdem die Datenqualität beim Start des Transparenzportals im Mai 2024 erhebliche Fehler aufwies, wurde das Spektrum an Informationen verringert. Die Suchfunktion von 23.000 Eingriffen wurde auf lediglich 20 wichtige Versorgungsanlässe eingeschränkt. Das Datenportal soll zukünftig sukzessive ausgeweitet werden. Ab 2025 sollen die Krankenhäuser zu einer von sechs Versorgungsstufen (Level 1n, Level 2, Level 3, Level 3U Fachklinik, Level 1i) zugeordnet werden. Dies soll auf der Basis der Leistungsgruppenzuordnung nach dem KHVVG erfolgen.

Am 19. Oktober 2023 wurde das KHTG in 2./3. Lesung vom Deutschen Bundestag verabschiedet. Der Deutsche Bundestag hatte in das Krankenhaustransparenzgesetz auch Maßnahmen zur Liquiditätssicherung eingefügt, konkret eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen, Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes und ein vorläufiger Mindererlösausgleich auch für die Folgejahre. Am 24. November 2023 wurde das nicht zustimmungspflichtige Gesetz von der Länderkammer mit 35 Stimmen an den Vermittlungsausschuss überwiesen. Die Länder begründeten ihre Entscheidung damit, dass das Gesetz, insbesondere aufgrund der Einteilung der

Krankenhäuser in Level, einen Eingriff in die grundgesetzliche Länderhoheit bei der Krankenhausplanung darstelle. Eine Zusicherung des Bundesministers Lauterbach für zusätzliche Liquiditätshilfen bewegte den Bundesrat dazu, dem Gesetz am 22. März 2024 zuzustimmen.

Diakonie Deutschland und DEKV setzen sich im Gesetzgebungsprozess vor allem für eine verpflichtende Risikoadjustierung der im Transparenzportal perspektivisch ausgewiesenen Ergebnisqualität ein.

2.4. Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz)

Einheitliche Standards und Vorgaben für den meist regional organisierten Rettungsdienste, eine bessere Patientensteuerung sowie einen Ausbau der Versorgungsangebote und die Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen wollte die Ampelkoalition im geplanten Notfallgesetz festschreiben. Dabei spielten unter anderem Aspekte wie eine Steuerung der Patientinnen und Patienten in die am besten geeignete Versorgungsebene, die Vernetzung und der digitale Informationsaustausch zwischen den Akteuren (Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Rettungsleitstellen) sowie die Weiterleitung von Notfällen in ambulante und stationäre Einrichtungen der Regelversorgung eine wichtige Rolle. Umgesetzt werden sollte auch eine verpflichtende Beteiligung der KVen und ausgewählter Krankenhäuser an Integrierten Notfallzentren (INZ). Die Bestimmung der Standorte sollte von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss festgelegt werden. Diese Vorhaben wurden noch am 6. November 2024 im Gesundheitsausschuss mit Expertinnen und Experten vor dem Ende der Koalition beraten. Die sektorenübergreifenden Vorhaben, die in einem Gesetz geregelt werden sollten, wurden je nach Perspektive von Ärzteorganisationen, Krankenkassen und Krankenhausvertretern abweichend bewertet.

Einheitliche Standards und Vorgaben für den meist regional organisierten Rettungsdienste, eine bessere Patientensteuerung sowie einen Ausbau der Versorgungsangebote und die Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen wollte die Ampelkoalition im geplanten Notfallgesetz festschreiben. Dabei spielten unter anderem Aspekte wie eine Steuerung der Patientinnen und Patienten in die am besten geeignete Versorgungsebene, die Vernetzung und der digitale Informationsaustausch zwischen den Akteuren (Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Rettungsleitstellen) sowie die Weiterleitung von Notfällen in ambulante und stationäre Einrichtungen der Regelversorgung eine wichtige Rolle. Umgesetzt werden sollte auch eine verpflichtende Beteiligung der KVen und ausgewählter Krankenhäuser an Integrierten Notfallzentren (INZ). Die Bestimmung der Standorte sollte von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss festgelegt werden. Diese Vorhaben wurden noch am 6. November 2024 im Gesundheitsausschuss mit Expertinnen und Experten vor dem Ende der Koalition beraten. Die sektorenübergreifenden Vorhaben, die in einem Gesetz geregelt werden sollten, wurden je nach Perspektive von Ärzteorganisationen, Krankenkassen und Krankenhausvertretern abweichend bewertet.

Eine Formulierungshilfe der Regierungsfraktionen im Bundestag mit mehreren Änderungsanträgen mit Stand vom 15. Oktober 2024 enthielt auch besonders relevante Punkte zum Rettungsdienst. Für Mitte November nach der Anhörung war die Verabschiedung des Gesetzes im Bundestag geplant. Die enthaltenen Änderungsanträge thematisieren dabei vorrangig die Reform der Rettungsdienste, welches somit als wichtiger Baustein in die Reform der Notfallversorgung integriert werden sollte. Exemplarisch war vorgesehen, den Anspruch auf medizinische Notfallrettung als Teil der Krankenbehandlung in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu integrieren. Die Kosten für die medizinische Notfallrettung würden durch die Änderung als eigener Leistungsbereich und nicht mehr als Fahrkosten angesehen. Damit sollte die bisherige Finanzierungssystematik des Rettungsdienstes im SGB V als "Fahrkostenerstattung" und damit als Annex zur Krankenhausbehandlung überwunden werden.

2.5. Beschlüsse Notfallstufen-Regelung

Der G-BA Beschluss zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern von 2018, zuletzt in 2020 geändert, wird in 2023 und 2024 aktualisiert. Beraten werden u.a. die personellen Anforderungen, 30-Minuten-Regelung Facharztpräsenz am Patienten, telemedizinische Anforderungen. Ende Oktober 2024 hat eine Anhörung mit den medizinischen Fachverbänden stattgefunden. Auch ist eine Evaluation der Notfallstufen-Regelung nach fünf Jahren vorgesehen. Am 20. Juni 2024 sind das IQTIG und das IQWIG per G-BA Beschluss mit diesen Evaluationen beauftragt worden. Sie müssen die Ergebnisberichte Ende 2024 (IQTIG) und Ende September 2025 (IQWIG) vorlegen.

2.6. Ambulantisierung der stationären Leistungen befördern: Hybrid-DRG und AOP-Katalog

Hybrid-DRG: Ein Änderungsantrag der Regierungsfractionen zum durch den Bundestag verabschiedeten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) schreibt mindestens eine Millionen Hybrid-DRG-Fälle im Jahr 2026 vor; 1,5 Millionen Fälle für 2028 und zwei Millionen Fälle für 2030. Den dazugehörigen Leistungskatalog dieser sektorengleichen Vergütung sollen die Selbstverwaltungspartner, GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) künftig jährlich anpassen und nicht mehr alle zwei Jahre. Die Kalkulation der Hybrid-DRGs erfolgt durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA). Können sich die Partner nicht auf eine Leistungsauswahl einigen, wird ein ergänzter Erweiterter Bewertungsausschuss als Schiedsgremium eingesetzt. Bleibt auch der erfolglos, „ist das BMG ermächtigt, die Vereinbarung festzulegen“, heißt es im angepassten KHVVG zur Änderung im SGB V § 115f. Die Einigung der Leistungsauswahl soll durch die Selbstverwaltungspartner jeweils bis zum 31. März für das kommende Jahr erfolgen. Grund für die ambitionierten Ziele ist die Frustration im BMG über den bisher übersichtlichen Hybrid-DRG-Katalog. Daher die Verschärfung im KHVVG. So sollen zwei Millionen stationäre Ein-Tages-Fälle bis zum Jahr 2030 ambulantisiert werden.

Es wird jedoch befürchtet, dass die avisierten Fallzahlen in Millionenhöhe kombiniert mit einer immer weiteren Absenkung des Vergütungsniveaus bis auf ein AOP-Niveau im Jahr 2030 massive Erlösverluste für die Krankenhäuser bedeuten. Gleichzeitig ist der aktuell hohe Pauschalierungsgrad der Hybrid-DRG problematisch. Leistungen, die bisher über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM inklusive dessen Abrechnungsbestimmungen im Bereich der Sachkosten) wegen unterschiedlich hoher Schweregrade auch unterschiedlich hoch vergütet worden seien, würden im Hybrid-DRG-System pauschal und damit zum Teil unter EBM-Niveau bezahlt.

AOP-Katalog: Im Bereich des ambulanten Operierens gemäß § 115b SGB V setzen die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-SV, KBV und DKG) den gesetzlichen Auftrag aus dem MDK-Reformgesetz zur Schaffung eines neuen AOP-Vertrages sowie AOP-Kataloges nebst einheitlicher Vergütung für Vertragsärzte und Krankenhäuser um. Nachdem in den ersten Umsetzungsstufen ein neuer AOP-Vertrag nebst AOP-Katalog zum 1. Januar 2023 und zum 1. Januar 2024 vereinbart wurde, wird derzeit über die Erweiterung des AOP-Kataloges zum 1. Januar 2025 und bislang zurückgestellte Änderungen am AOP-Vertrag verhandelt. Im Rahmen der Verhandlungen über Änderungen am aktuellen AOP-Vertrag stellte sich die Frage, ob der Bezug zum stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses aus dem AOP-Vertrag gestrichen werden sollte.

Im AOP-Vertrag findet sich seit jeher in § 1 Abs. 1 die Regelung, dass Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen sind, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Dadurch wird die Möglichkeit zur Erbringung ambulanter Leistungen gemäß § 115b SGB V mit dem stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses verknüpft und es wird Krankenhäusern untersagt, Leistungen gemäß § 115b SGB V außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Dabei stellt sich die Frage, ob es für eine solche Einschränkung Anhaltspunkte im Gesetz gibt. Diese Einschränkung ist zumindest nicht explizit dem Wortlaut des § 115b SGB V zu entnehmen. Es ist daher zu überlegen, ob dieser Bezug zum stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses aus dem AOP-Vertrag gestrichen werden sollte.

Der Grund für die entsprechende Regelung lag ursprünglich darin, dass Krankenhäuser ihren stationären Versorgungsauftrag durch die Erbringung von ambulanten Operationsleistungen gemäß § 115b SGB V nicht ausweiten sollten. In der Vergangenheit diente diese Regelung dazu, auszuschließen, dass Krankenhäuser untereinander in einen starken Wettbewerb geraten und hierbei der Möglichkeit der Leistungserbringung keinerlei Grenzen gesetzt sind. Durch die Regelung sollte außerdem sichergestellt werden, dass in dem die ambulante Leistung erbringenden Krankenhaus das notwendige fachliche Know-how und die infrastrukturellen Voraussetzungen vorhanden sind, um die Leistungen in einer hohen Qualität erbringen zu können. Letztlich ist die Regelung auch darauf zurückzuführen, dass nach dem Wortlaut des § 115b SGB V die einzelnen Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Leistungen zugelassen sind, nicht etwa lediglich der Träger des Krankenhauses. Letztlich wird aber der in § 107 SGB V verwendete Krankenhausbegriff im jeweiligen Krankenhausplan zumindest im Hinblick auf den stationären Versorgungsauftrag näher definiert. Damit wurde der Bezug zum stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses im Bereich des ambulanten Operierens gemäß § 115b SGB V begründet.

Durch die geplante Zuweisung von Leistungsgruppen gemäß § 135e SGB V (neu) steht den Krankenhäusern und somit den neu in § 115g SGB V vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ggf. nicht mehr das bislang bekannte Spektrum an stationären Leistungen/ Fachrichtungen zur Verfügung. Gemäß § 115e Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

(neu) können sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen unter anderem Leistungen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V erbringen. Folge davon ist, dass diese Einrichtungen ggf. ihr bisheriges Leistungsspektrum nach § 115b SGB V nicht mehr erbringen könnten. Wenn die ambulante Krankenhausversorgung infolgedessen auf weniger Einrichtungen verdichtet würde, besteht die Gefahr der Entwicklung einer Unterversorgung insbesondere im ländlichen Raum.

Daher sind für den AOP-Bereich Zugangsregelungen zu treffen, die es den neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen weiterhin ermöglichen, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen. Ein Festhalten an der vertraglichen Vereinbarung, dass Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung der im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen nur in den Leistungsbereichen zugelassen sind, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen, stünde dem erklärten Ziel der Stärkung einer sektorenübergreifenden Versorgung sowie Sicherstellung einer bedarfsgerechten Patientenversorgung entgegen. Die Verwirklichung dieser Ziele kann nur gelingen, wenn gerade in den neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen das bisher stationäre Leistungsangebot in ein ambulantes Leistungsangebot transformiert werden kann. Hiervon könnten ggf. auch Krankenhäuser profitieren, deren Fortbestand auf Grund des geringen stationären Versorgungsbedarfs in der Region nicht gesichert ist.

Das Präsidium der DKG hat daher beschlossen, sich gegenüber dem Gesetzgeber und auch in den Verhandlungen mit den Partnern der Vereinbarung zu § 115b SGB V sich für eine Streichung des Bezugs zum stationären Versorgungsauftrag einzusetzen, um so einen möglichst großen Freiraum für Krankenhäuser beim ambulanten Operieren zu erreichen.

2.7. Pflegestudiumstärkungsgesetz

Am 16. Dezember 2023 trat das Pflegestudiumstärkungsgesetz in Kraft. Damit wird das primärqualifizierende Pflegestudium zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann zum dualen Studium. Die Studierenden eine zukünftig eine Ausbildungsvergütung. Die Refinanzierung der Ausbildungskosten erfolgt über den Ausbildungsfonds, wie bei der Pflegeausbildung. Studierende sollen zukünftig auch die Kompetenz erwerben, um in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz eigenständig erweiterte Heilkunde ausüben zu können. Durch die Zahlung einer Ausbildungsvergütung soll das Pflegestudium attraktiver werden. Mit diesem Gesetz wird eine langjährige Forderung des DEKV umgesetzt.

2.8. Pflegekompetenzgesetz

Am 6. September 2024 legte das Bundesministerium für Gesundheit den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz vor. Mit dem Gesetz soll Pflegefachpersonen die eigenständige Ausführung von bestimmten Tätigkeiten ermöglicht werden, die bisher Ärzt:innen oder Ärzten vorbehalten waren, bzw. von diesen an Pflegefachkräfte delegiert werden mussten. Abhängig ist die Befugnis zu dieser erweiterten Heilkundeausübung vom Erwerb entsprechender Kompetenzen. Welche erweiterten heilkundlichen Leistungen Pflegefachpersonen unter welchen Voraussetzungen erbringen dürfen, wird durch die Selbstverwaltung festgelegt. Eine wissenschaftliche Beauftragung soll dazu ergänzend Empfehlungen erarbeiten.

Dem Referentenentwurf vorausgegangen war ein Beteiligungsprozess seitens des Bundesministeriums für Gesundheit im 1. und 2. Quartal 2024. Auch der DEKV brachte sich in diesen Prozess ein und koppelte sich dabei intensiv mit den Praxisvertreter:innen aus der Mitgliedschaft rück. In seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf forderte der DEKV eine Einbindung der Interessensvertretung der Krankenhäuser bei der Ausgestaltung der erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten durch die Selbstverwaltung und bei der wissenschaftlichen Beauftragung für die Empfehlungen zur erweiterten Heilkundeausübung.

Zum Pflegekompetenzgesetz liegt bis zum 31. Oktober 2024 noch kein Gesetzentwurf vor. Nach dem Bruch der Ampelkoalition wird das Gesetz in der derzeitigen Legislaturperiode nicht mehr umgesetzt. Ein geplantes, separates Gesetzgebungsverfahren zum Berufsbild der Pflegeexpert:in (APN) auf Masterniveau ist derzeit noch nicht gestartet.

2.9. Gesetz zur Einführung der Pflegefachassistenz (PflAssEinfG)

Mit dem Pflegefachassistenteneinführungsgesetz (PflAssEinfG) soll das Berufsbild bundeseinheitlich geregelt werden. Die Pflegefachassistenz unterstützt die Pflegefachkraft bei Ihrer Arbeit, soll aber auch, insbesondere im ambulanten Pflegesetting, qualifiziert, eigenständig Aufgaben übernehmen. Die Ausbildung wird über den Ausbildungsfond refinanziert. Die neue Ausbildung soll ab dem 1. Januar 2027 beginnen können.

Das Berufsbild war bisher ein von den Ländern verantworteter Ausbildungsberuf, wodurch 27 verschiedenen Ausbildungsabschlüsse in ganz Deutschland bestehen. Dadurch ergaben sich erhebliche Herausforderungen für Personalverantwortliche bei der Bewertung vorliegender Kompetenzen eines potenziellen Arbeitnehmers.

Mit einem Fachgespräch am 15. Januar 2024 bereiteten das BMFSFJ und das BMG den Gesetzgebungsprozess vor. Am 15. Juli 2024 wurde der Referentenentwurf vorgelegt und am 4. September 2024 im Bundeskabinett verabschiedet. Der Bundesrat befasste sich im ersten Durchgang am 18. Oktober 2024 mit dem Gesetz. Mit dem Ende der Ampelkoalition wird der Gesetzgebungsprozess in dieser Legislaturperiode nicht mehr fortgeführt.

Der DEKV beteiligte sich gemeinsam mit der Diakonie Deutschland am Gesetzgebungsverfahren. Eine bundeseinheitliche Pflegefachassistentenausbildung ist eine langjährige Forderung des DEKV.

2.10. Evaluation und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

Seit 1. Januar 2019 müssen in, als pflegesensitiv definierten Krankenhausbereichen, Personaluntergrenzen eingehalten werden. Ziel der Regelung ist die Sicherstellung der Patient:innensicherheit und eine grundlegende Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Bei Unterschreitung der Untergrenzen treten Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder Fallzahlreduzierung im Folgejahr in Kraft.

Nach Ausstieg der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus den Verhandlungen mit dem GKV-SV zur Weiterentwicklung und Ausweitung der PpUG, werden die PpUG vom BMG per Ersatzvornahme bestimmt. Letztmalig per Rechtsverordnung vom 12. Dezember 2023 hat das BMG den Bereich Neurochirurgie als neuen pflegesensitiven Bereich ab 1. Januar 2024 ausgewiesen. Für das Jahr 2025 sind keine weiteren pflegesensitiven Bereiche vorgesehen. Bis 31. Dezember 2023 mussten DKG und GKV-SV eine Evaluation der Pflegepersonaluntergrenzen durchführen. Der Bericht besteht aus zwei Teilen, einer Befragung von Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräften zu Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern und einer quantitativen Auswertung zu den Erfüllungsgraden der PpUGs in allen Krankenhäusern und zu vereinbarten Sanktionen.

Im Ergebnisse bewerten DKG und GKV-SV die Pflegepersonaluntergrenzen konträr. Der GKV-SV sieht die Pflegepersonaluntergrenzen grundsätzlich als richtigen Weg zur Sicherstellung der Patientensicherheit bestätigt. Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft hingegen zeigen die Ergebnisse des Berichts hingegen, dass die PpUG-V ihre Wirkung zur Steigerung der Patientensicherheit und den Schutz der Pflegekräfte vor Überlastung verfehlt haben. Die DKG forderte die Einführung der Pflegepersonalbedarfsbemessung auf Basis der PPR 2.0 unter Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen.

2.11. PpUG-Sanktionsvereinbarung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat zum 31. Dezember 2024 die PpUG-Sanktionsvereinbarung (gemäß § 137i Abs. 1 S. 10 SGB V) gegenüber dem GKV-Spitzenverband gekündigt. Die Sanktionsvereinbarung legt nicht nur Sanktionen bei Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen, sondern auch Sanktionen aufgrund nicht erfolgter, nicht fristgerechter oder unvollständiger Meldung fest. Ein Meldungsversäumnis kann dabei behandelt werden, als seien die entsprechenden Pflegepersonaluntergrenzen nicht erfüllt worden. Aus der Anwendungspraxis wird berichtet, dass auch bei kleinen, formalen Meldeverstößen dadurch erhebliche Sanktionsforderungen im Raum stehen. Das DKG-Präsidium hat sich aus diesem Grund dazu entschlossen, die Sanktionsvereinbarung fristgerecht zum Jahresende zu kündigen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband müssen bis 31. Dezember 2024 eine neue Sanktionsvereinbarung verhandeln. Für den DEKV/Diakonie Deutschland ist Tim Allendörfer, Zentraler Dienst Budget- und Patientenmanagement Agaplesion gAG, als Vertreter in der DKG-Verhandlungsgruppe benannt. Begleitend veranstaltete der DEKV am 30. August 2024 ein digitales Spotlight, um die Erfahrungen und Positionen der Mitglieder in den Prozess einzubeziehen.

2.12. Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument und PPR 2.0

Seit dem 1. Juli 2024 müssen Krankenhäuser die Pflegepersonalbedarfsbemessung auf Basis der PPR 2.0 bzw. der Kinder PPR 2.0 umsetzen (§ 137k SGB V) und quartalsweise Daten zum Ist- und Soll-Personal an das InEK melden. Die entsprechende Rechtsverordnung, die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV), wurde am 12. Juni 2024 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Bisher gibt es keine Vorgaben zu einer verpflichtenden Soll-Besetzung. Die Pflegepersonaluntergrenzen (nach § 137 i SGB V) bleiben parallel weiterhin in Kraft. Besondere Einrichtungen nach § 17 Abs.1 S.10 KHG sind von der Erfassung der Pflegepersonalbedarfsbemessung ausgeschlossen.

Am 14. November 2024 legte das BMG den Referentenentwurf zur PBBV zur Verbändestellungnahme vor, an der sich der DEKV mit einer eigenen schriftlichen Stellungnahme beteiligte. Der Bundesrat stoppte die Rechtsverordnung am 22. März 2024, stimmte ihr aber unter Vorbehalt umfangreicher Änderungen am 26. April 2024 zu. Der DEKV informierte seine Mitglieder regelmäßig zum Einführungsprozess der PPR 2.0 und stellte im Rahmen mehrerer digitaler Veranstaltungen eine Austauschplattform für die Praxis zur Verfügung.

Um die PPR 2.0 weiterzuentwickeln, ergingen an die Selbstverwaltung und an das BMG gesetzliche Aufträge (§ 137k SGB V und § 137l SGB V). Das Bundesministerium für Gesundheit war verpflichtet bis 31. Oktober 2023 die Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsinstrumentes für die Intensivstation für Erwachsene zu beauftragen (§ 137k SGB V). Das Bundesministerium für Gesundheit musste bis 31. Oktober 2023 die Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsinstrumentes für die Intensivstation für Erwachsene bis zum 31. August 2024 beauftragen (§ 137k SGB V). Darin eingeschlossen eine Praxiserprobung in einer repräsentativen Stichprobe von Krankenhäusern.

DKG und GKV-SV sind nach § 137l SGB V verpflichtet für den Zeitraum zwischen 30. September 2023 und 31. Dezember 2024 eine Weiterentwicklung der PPR 2.0 zu beauftragen. Gegenstand der Weiterentwicklung sind eine Analyse mehrerer Pflegeklassifikationssysteme zur Entwicklung einer Standard-Pflegedokumentation, die Implementierung der weiterentwickelten PPR 2.0 zur standardisierten Ausleitung unter Berücksichtigung von vorhandenen KIS-Systemen, die Weiterentwicklung bezüglich eines Qualifikationsmixes unter Einbeziehung der akademisch qualifizierten Pflege und eine dreimonatige Erprobungsphase. Ebenfalls erfolgen sollte eine Literaturrecherche hinsichtlich einer möglichen Pflegepersonalbemessung in Notaufnahmen. Mitte 2024 wurde deutlich, dass die Weiterentwicklung, durch die per Ausschreibung ermittelten Auftragnehmer nicht zum Erfolg geführt werden konnte. Der Auftrag wurde daher neu vergeben. Die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (WiWePP) mit benannten Expertinnen und Experten soll vom 01. November 2024 bis 31. März 2025 erfolgen. Die empirische Erprobung der weiterentwickelten Pflegepersonalbemessung soll vom 1. April 2025 bis 30. September 2025 erfolgen. Der Auftrag zur Recherche von Personalbemessungsinstrumenten für die Pflege in Notaufnahmen wird separat vergeben.

Mitte 2024 wurde deutlich, dass die Weiterentwicklung durch die, per europäischer Ausschreibung beauftragte, Wirtschaftsprüf- und Beratungsgesellschaft Deloitte, Prof. Simon der Universität Basel und Prof. Holle der Hochschule für Gesundheit Bochum nicht zum Erfolg geführt werden konnte. Um ein erneutes zeitaufwändiges Ausschreibungsverfahren zu vermeiden wurde der Weiterentwicklungsauftrag in eine Erarbeitungs- und eine Erprobungsphase aufgeteilt und separat vergeben. Die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (WiWePP) mit benannten Expertinnen und Experten soll vom 01. November 2024 bis 31. März 2025 erfolgen. Als Auftragnehmer wurden KPMG, das IGES-Institut sowie Prof. Rothgang (Universität Bremen) ausgewählt. Die empirische Erprobung der weiterentwickelten Pflegepersonalbemessung soll vom 1. April 2025 bis 30. September 2025 erfolgen. Der Auftrag, Personalbemessungsinstrumente in der Pflege in Notaufnahmen vorzuschlagen wird nochmals separat vergeben.

Der DEKV steht weiterhin kritisch zur Personalbedarfsbemessung PPR 2.0 und setzt sich mit Nachdruck für eine moderne, wissenschaftlich entwickelte Pflegepersonalbedarfsbemessung mit einem Qualifikationsmix unter Einbeziehung der akademisch qualifizierten Pflege ein.

2.13. Pflegeausbildungsstatistik: Pflegeabschlüsse nach Pflegeberufegesetz

Am 24. Juli 2024 legte das statistische Bundesamt die Daten zur Pflegeausbildung für das Jahr 2023 vor. Die Datenauswertung hat besondere Bedeutung, da sie den ersten Abschlussjahrgang der 2020 eingeführten, generalistischen Pflegeausbildung abbildet. Der DEKV und Diakonie Deutschland haben sich im Rahmen der Neuordnung des Pflegeberufs mit dem Pflegeberufegesetz von 2018 für eine generalistische Pflegeausbildung

eingesetzt. Dabei wurden die drei Berufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege in einem europaweit anerkannten, generalistischen Berufsbild, der Pflegefachperson, zusammengeführt. Auszubildende haben nach dem 2. Ausbildungsdrittel weiterhin die Möglichkeit, sich für einen spezialisierten, nicht-generalistischen Abschluss zu entscheiden. Die generalistische Pflegeausbildung ist nicht unumstritten, verschiedene Akteure sehen weiterhin die Notwendigkeit einer separaten Ausbildung zur Kinderkrankenpflege oder zur Altenpflege. Bis zum 31. Dezember 2025 muss das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag Bericht erstatten, wie diese Sonderwege angenommen werden.

Die Zahlen des statistischen Bundesamtes zeigen, dass nur sehr wenig Interesse an den gesonderten Abschlüssen besteht. 99 % der Auszubildenden wählen den generalistischen Pflegeabschluss zur Pflegefachfrau/-mann.

2.14. Aktionsplan: Gesundheit rund um die Geburt

Am 14. Juli 2024 legte die Bundesregierung den Aktionsplan der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“ vor. Mit dem Aktionsplan möchte das BMG die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels: Gesundheit rund um die Geburt vom Januar 2017 umsetzen.

Im Aktionsplan sieht eine Prüfung vor, inwiefern die Personalschlüssel für Hebammen im Kreißaal durch das Hebammenstellenförderprogramm von 2021 bis 2023 verbessert haben. Geprüft werden sollen weitere Maßnahmen, um eine 1:1 Betreuung in wesentlichen Phasen der Geburt zu erreichen. Auch beabsichtigt die Bundesregierung zu prüfen, ob aktuell Fehlanreize bestehen, die zur hohen Interventionsrate unter der Geburt führen könnten. Der vorgelegte Aktionsplan entspricht somit zum größten Teil dem Entwurf aus dem Jahr 2023. Dazu haben der DEKV und die Diakonie Deutschland Stellungnahmen abgegeben.

Darin wurde gefordert: Eine bundesweite Förderung der hebammengeleiteten Kreißsäle, intensive Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung bei den Aspekten, Diversitätsorientierung, Rassismus-Sensibilität und eine bessere, inklusive Versorgung und Unterstützung von Eltern mit behinderten Kindern und behinderten Schwangeren, auch durch Lotsensysteme.

Die Forderung eine Förderung der hebammengeleiteten Kreißsäle wurde zwar im Nationalen Aktionsplan Gesundheit rund um die Geburt nicht aufgegriffen. Auch fanden die hebammengeleiteten Kreißsäle über einen Änderungsantrag Eingang in das KHVVG. Der G-BA erhält einen Auftrag zur Entwicklung einer Qualitätssicherungsrichtlinie hebammengeleiteter Kreißsäle.

2.15. Aktionsplan inklusives Gesundheitswesen

Mit einer Auftaktveranstaltung am 18. Oktober 2023 und einem breiten Beteiligungsverfahren startete das Bundesministerium für Gesundheit die Arbeit am Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. Die DEKV Stellungnahme vom 15. Dezember 2023 wurde mit Unterstützung und Expertise von Ärzt:innen der Behindertenmedizin und Pflegekräften aus der DEKV-Mitgliedschaft erarbeitet.

In dieser schlägt der DEKV ein Konzept für eine bedarfsgerechte, akutstationäre Versorgung von Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderungen vor, dass auf regionale Versorger mit interdisziplinären Kompetenzteams und überregionale Zentren setzt, die Aus-, Fort- und Weiterbildung und interdisziplinäre Forschung voranbringen.

Der Aktionsplan sollte ursprünglich Ende 2024 vorgelegt werden. Ob der vom BMG anvisierte Veröffentlichungstermin im 4. Quartal 2024 bestehen bleibt, ist in der aktuellen politischen Situation offen.

2.16. Evaluation Krankenhausbegleitrichtlinie zu § 44b SGB V: Krankengeld für begleitende Angehörige von Menschen mit Behinderung

Benötigen Menschen mit Behinderung während eines Krankenhausaufenthalts die Begleitung einer vertrauten Person, so besteht seit November 2022, die Möglichkeit, dass begleitende Angehörige Krankengeld erhalten bzw. dass Die Lohnkosten vertrauter Betreuer:innen durch die Eingliederungshilfe erstattet werden (§ 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX). Die Regelung wurde 2021 mit dem Tierarzneimittelgesetz beschlossen.

Die Regelung wird derzeit einer gesetzlichen Evaluation unterzogen. Der DEKV wurde in die begleitende Expertengruppe eingeladen. Die Evaluation erfolgt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS)

und des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Forschungsauftrag erging an das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG, Köln), transfer – Unternehmen für soziale Innovation (Wittlich) und die Universität Kassel (Fachbereich 01 – Humanwissenschaften, Fachgebiet Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung). Der DEKV unterstützte die Entwicklung der Fragebögen für den Bereich der Krankenhäuser mit Praxisfeedback aus den evangelischen Krankenhäusern. Die Evaluation der Begleitung im Krankenhaus soll bis Juni 2025 mit einem Bericht an das BMAS abgeschlossen werden. Auch unterstützte der DEKV die Evaluation durch ein Praxisfeedback aus seiner Mitgliedschaft zur Entwicklung der Fragebögen für den Bereich der Krankenhäuser. Die Evaluation der Begleitung im Krankenhaus soll bis Juni 2025 mit einem Bericht an das BMAS abgeschlossen werden.

2.17. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune will die Bundesregierung die ambulante medizinische Versorgung reformieren. Das Angebot für die Patient:innen soll verbessert und Ärzt:innen entlastet werden. Der Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz wurde am 22. Mai 2024 vom Bundeskabinett verabschiedet und sowohl im Bundestag am 28. Juni 2024 als auch im Bundesrat am 5. Juli 2024 erstmals beraten. In diesem Omnibusgesetz soll die Entbudgetierung der Hausärzte umgesetzt werden. Eine bessere Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderung, eine Stärkung von Pflege und Patientenvertretung im G-BA und eine bessere Versorgung von psychisch kranken Menschen ist ebenfalls enthalten. Im Gegensatz zu den ursprünglichen Plänen des Bundesministeriums für Gesundheit enthielt der finale Gesetzesentwurf des GVSG keine Regelungen zum Gesundheitskiosk, den Primärversorgungszentren und zur Gesundheitsregion mehr.

Diese Regelungen sollten im parlamentarischen Verfahren wieder ins Gesetz eingefügt werden, was auch vom Bundesrat befürwortet wird. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages soll sich am 13. November 2024 mit dem Gesetzesvorhaben beschäftigen. Mit der Auflösung der Ampelkoalition wird der Gesetzentwurf in dieser Legislaturperiode aller Voraussicht nach aber nicht mehr verabschiedet werden.

3. Entwicklungen der Verbandsarbeit

3.1. 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 mit Politik, Selbstverwaltung, Medien, Verbänden, Wissenschaft, Gewerkschaften und Diakonie weiterentwickelt und verstetigt. Die Verbandsdirektorin und der Vorsitzende sowie die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des DEKV und Mitglieder des Vorstandes führen fortlaufend Gespräche mit Vertreter:innen der Gesundheitspolitik, der Gesundheits- und Versorgungsforschung, der Selbstverwaltungspartner, des Gesundheitswesens und mit Medienvertreter:innen, um den DEKV und seine spezifischen Themen vorzustellen und in den fachlichen Dialog einzutreten.

3.2. Profilmangement: Netzwerklanschaft und Themenprofilierung

3.3. Projektgruppe Zentrum Inklusive Medizin

Von März bis Juni 2024 entwickelte eine Expertengruppe aus Medizinerinnen und Medizinern, Pflegekräften und weiteren Gesundheitsfachberufen aus evangelischen Krankenhäusern mit der Expertise für die Versorgung von Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung eine Konzeption für ein Zentrum für inklusive Medizin. Zentren für Inklusive Medizin sollen dabei überregionale Leuchtturm-Versorger für Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderungen werden. Insbesondere durch Forschung und Aus-, Fort- und Weiterbildung sollen die Zentren in die Regelversorgung hinein ausstrahlen, sodass auch dort mittelfristig mehr Expertise für die Versorgung von Menschen mit Behinderung verfügbar wird. Gleichzeitig könnten diese Zentren für die Regelversorgung vor Ort telemedizinische Unterstützung und Konsultation anbieten. Somit könnte die Konzeption bei vollständiger Umsetzung mit einem bis zwei Zentren pro Bundesland als Nukleus einer besseren flächendeckenden Versorgung dieser besonderen Patientengruppe wirken. Das Konzept orientiert sich an der G-BA Zentrumsregelung nach § 136c SGB V und gibt Personal-, Prozess- und weitere Strukturvorgaben vor und definiert den zu versorgenden Patientenkreis auf Basis von medizinischen Diagnosen. Die Konzeption wurde im Rahmen eines Reviewverfahrens einer breiteren Fachöffentlichkeit zur Diskussion gestellt und auf Basis dieser Basis weiterentwickelt.

Der DEKV-Vorstand stimmte der Konzeption in seiner Sitzung am 19. Juni 2024 zu. Die Konzeption kann auf der Homepage des DEKV heruntergeladen werden.

3.4. Gemeinsames Rechtsgutachten Staatliche Krankenhausfinanzierung auf dem Prüfstand des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Grundgesetzes und des EU-Beihilferechts Funktionsgerechte Krankenhausreform Fairer Wettbewerb für alle Träger

Am 30. November 2023 haben in einem gemeinsamen Rechtsgutachten erarbeitet durch Professorin Frauke Brosius-Gersdorf von der Universität Potsdam der Bundesverbands Deutscher Privatkliniken (BDPK), das Deutsche Rote Kreuz (DRK), der Katholische Krankenhausverband Deutschland (KKVD) sowie der Deutsche Evangelische Krankenhausverbands (DEKV) auf die erheblichen Wettbewerbsverzerrungen im Krankenhausbereich hingewiesen. Die gemeinsame Vorstellung des Gutachten erfolgte in den Räumen der Bundespressekonferenz. Deutschlands Krankenhäuser befänden sich in einer dramatischen finanziellen Situation, erläuterten die Verbände. Verantwortlich dafür seien nicht ausgeglichene inflationsbedingte Preissteigerungen und die unzureichende Finanzierung der Investitionskosten. Immer mehr Krankenhäuser seien deshalb unabhängig von ihrer Trägerschaft von Zahlungsunfähigkeit bedroht. Die Praxis des einseitigen Verlustausgleichs für kommunale Kliniken darf nach Auffassung der Krankenhäuser in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft so nicht weiter stattfinden. Das Gutachten stellte klar, dass Kommunen, die sich freiwillig für einen Defizitausgleich bei kommunalen Krankenhäusern entscheiden, diesen Anspruch auch gegenüber den freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern erfüllen müssen. Deshalb stellt die derzeitige Praxis des Defizitausgleichs nur für kommunale Krankenhäuser einen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des Grundgesetzes und gegen das europäische Beihilfenrecht dar. Subventionen dürften kein regelhaftes Finanzierungsinstrument werden – andernfalls werde man überprüfen, wie der Anspruch auf Gleichbehandlung bei Quersubventionierungen durch Länder und Kommunen auf Basis des Rechtsgutachtens vor Ort umgesetzt werden kann und ihn gegebenenfalls auch gerichtlich einfordern.

3.5. Gemeinsame Erklärung Krankenhausreform DEKV, AKG, AOK-BV, DKG, August 2024

In einer ungewöhnlichen Allianz haben die Allianz Kommunalen Großkrankenhäuser, der AOK-Bundesverband, die DAK-Gesundheit, die Deutsche Krebsgesellschaft sowie der Deutsche Evangelische Krankenhausverband in einer gemeinsamen Erklärung Nachbesserungen am KHVVG gefordert. Die gemeinsame Pressemitteilung mit diesen Partnern verfolgte das Ziel, ein breiteres politisches Gewicht zu erzeugen und größere Aufmerksamkeit für das Thema zu schaffen. In solchen Fällen ist es notwendig, sich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zu einigen, um eine konsensfähige Position zu formulieren, die von allen Beteiligten unterstützt wird. Solche Positionen spiegeln nicht immer die Maximalforderungen der Einzelnen Akteure wider, sondern sind strategisch darauf ausgerichtet, in einem begrenzten politischen Raum realistische Fortschritte zu erzielen. Gerade bei der komplexen Krankenhausreform ist es sinnvoll, mit Partnern zusammenzuarbeiten, die auf den ersten Blick vielleicht nicht die naheliegendsten Verbündeten sind. In der politischen Kommunikation ist es jedoch oft entscheidend, Allianzen zu schmieden und mit unterschiedlichen Akteuren zusammenzuarbeiten, um die eigenen Anliegen effektiver in die Öffentlichkeit und gegenüber der Politik zu tragen. Die gemeinsame Erklärung wurde breit in der öffentlichen Presse sowie in Fachpresse aufgenommen.

3.6. 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.

3.7. 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 Gesundheitsinformationen 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.

Im Oktober 2023 sind Online- und Printinformation zur Darm-Spiegelung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen veröffentlicht worden. Bis Ende Oktober 2024 sind die online-Materialien 1.500 heruntergeladen worden. Es ist eine Publikation zum gemeinsamen Projekt „Verstehen und verstanden werden“ von den Projektbeteiligten in der Zeitschrift Heilberufe 5.2024 veröffentlicht worden.

Das IQWiG bereitet aktuell das Modul Medikamententraining/Compliance mit den Projektpartnern MARA und DEKV vor.

3.8. 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 mindestens 1-jährig ausgebildeten Pflegeassistenz bis zur akademisch qualifizierten Pflegefachkraft im Pflegeteam abbilden. Die Ergebnisse wurden am 6. Oktober 2023 in der Ausgabe 40/2023 des Deutschen Ärzteblatt digital¹ und gedruckt veröffentlicht.

Im zweiten Projektteil, der im Mai 2023 startete, wurde die Methode weiterentwickelt, um auch Gesundheitsfachberufe wie die Medizinischen Fachangestellten im Qualifikationsmix abbilden zu können. Ihr Einsatz im Pflegeteam stellt bereits heute gelebte Versorgungspraxis dar. 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. Die Ergebnisse wurden vom DEKV-Vorstand in seiner Sitzung am 22. Februar 2024 zur Veröffentlichung freigegeben. Derzeit befindet sich eine Publikation der kombinierten Ergebnisse in einem pflegefachlichen Journal in Vorbereitung.

3.9. Vernetzung mit dem Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister (BAP) /Gesamtverband der Personaldienstleister (GVP): 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. Für Krankenhäuser bedeutet Zeitarbeit aufgrund beschränkter Refinanzierungsmöglichkeiten hohe Zusatzkosten. Auch für viele evangelische Krankenhäuser stellen Kosten und Auswirkungen der Leiharbeit in der Pflege und beim ärztlichen Personal ein erhebliches ökonomisches, personelles und organisatorisches Problem dar.

Personaldienstleister, die seit vielen Jahren eine qualitativ hochwertige Dienstleistung anbieten, sehen sich anhaltender Kritik ausgesetzt. Starke Regulierung und Einschränkung der Zeitarbeit bis hin zu Verboten werden gefordert.

¹ Dtsch Arztebl 2023; 120(40): A-1623 / B-1386

Im Mai 2023 machte sich der DEKV auf den Weg zu konstruktiven Lösungen und suchte das Gespräch mit den Verbänden der Personaldienstleister. Aus einer gemeinsamen Veranstaltung mit dem Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister (BAP) (Seit 1. Dezember 2023 Gesamtverband der Personaldienstleister GVP) erwuchs die Idee gemeinsam Qualitätsstandards zu entwickeln, die die Zusammenarbeit von Personaldienstleister und Krankenhäuser vor Ort verbessern können. Der Qualitätsleitfaden wurde gemeinsam mit den Mitgliedern beider Verbände erarbeitet. In seiner Sitzung vom 22. Februar 2024 nahm der DEKV-Vorstand den Qualitätsleitfaden zur Zeitarbeit zustimmend zur Kenntnis und stimmte einer Veröffentlichung gemeinsam mit dem GVP, sowie der Nutzung in der politischen Arbeit des DEKV zu. Der Qualitätsleitfaden wurde beim gemeinsamen Auftritt des DEKV und des GVP beim CDU-Bundesparteitag mit arbeitspolitischen Vertretern diskutiert. Für das 4. Quartal 2024 organisiert der DEKV einen Austausch zwischen GVP und Vertreter:innen der Kostenträger, um einen Austausch der jeweiligen Sichtweise zum Thema Zeitarbeit zu ermöglichen und damit Lösungsimpulse und neue Allianzen für Lösungen zur Zeitarbeit im Krankenhaus zu erörtern.

Nach einem starken Anstieg seit 2019 zeigt die Statistik der Bundesagentur für Arbeit nun, dass die Zahl an Leiharbeitskräften in der Pflege im Jahr 2023 zurückgegangen ist. Es ist anzunehmen, dass Maßnahmen zur Eindämmung der Leiharbeit auf Organisationsebene, wie zum Beispiel Springerpools, Wirkung zeigen.

3.10. 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 Berichtszeitraum vom 19. September 2023 bis zum 31. Oktober 2024 hat der DEKV **23 Pressemitteilungen** veröffentlicht. Diese sind in **950 Medienberichten** aufgegriffen worden. Die Pressemitteilungen hatten damit eine Reichweite² von **177,2 Millionen** erzielt. Weiter sind **21 Wortbeiträge und freie Berichterstattungen** erschienen mit einer **Reichweite von 11 Millionen**.

Liste der DEKV-Pressemitteilungen:

- 19. September 2023:** *Krankenhausfinanzierung muss Inflation und Tarifsteigerung berücksichtigen!*
- 27. September 2023:** *Qualitätsvergleich muss Behandlungsrisiken berücksichtigen*
- 05. Oktober 2023:** *Informationen zur Darm-Spiegelung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen*
- 18. Oktober 2023:** *Krankenhausinsolvenzen durch Planungssicherheit abwenden!*
- 16. November 2023:** *Ermutigendes Signal aus dem BMG: Verkürzte Zahlungsfrist hilft Krankenhäusern*
- 29. November 2023:** *DEKV: PPR 2.0 kommt zu schnell*
- 30. November 2023:** *Alle Krankenhäuser fair finanzieren (BDPK, DRK u. Die Kath. KHs)*
- 21. Februar 2024:** *Private und freigemeinnützige Kliniken fordern nachhaltige Finanzierung statt Tropfen auf den heißen Stein (PM in ALLIANZ mit BDPK, DRK, kkvd)*
- 22. Februar 2023:** *Krankenhaustransparenzgesetz: Qualitätsdarstellung weiterhin unzureichend*
- 08. März 2024:** *Weltfrauentag: 17 Prozent der evangelischen Krankenhäuser unter weiblicher Leitung*
- 14. März 2024:** *Dr. Claudia Fremder und Christina Körner in den DEKV-Vorstand berufen*
- 20. März 2024:** *Pflegekompetenzgesetz: DEKV setzt sich für die Stärkung der Pflege ein*
- 12. April 2024:** *Evangelische Krankenhäuser bringen Praxisperspektive in die Krankenhausreform ein*
- 29. April 2024:** *DEKV fordert beschleunigte Weiterbildungsermächtigung bei neuen Krankenhaus-versorgungsaufträgen*

² Reichweite = Auflage + Pagevisits + Follower

- 15. Mai 2024:** *Kabinettsbeschluss zum KHVVG vertagt Dissens zwischen Bund und Ländern ins Parlament*
- 17. Juni 2024:** *Krankenhäuser leben von Vielfalt*
- 26. Juni 2024:** *Versorgungsgerechtigkeit in Stadt und Land bei der Notfallversorgung*
- 08. August 2024:** *Diakonie Deutschland und DEKV: Zukunftsfähige Pflegeassistenz Ausbildung muss 18 Monate dauern (PM in ALLIANZ mit DD)*
- 26. August 2024:** *Krankenhaus-Träger, Krankenkassen und Deutsche Krebsgesellschaft fordern fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung und evidenz-basierte Qualitätsvorgaben (PM in ALLIANZ mit AKG, AOK, DAK, DKG)*
- 25. September 2024:** *Krankenhausreform: DEKV fordert Finanzierung und Fallzahlen zu entkoppeln*
- 02. Oktober 2024:** *DEKV fordert stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse der Krankenhäuser im Pflegekompetenzgesetz*
- 17. Oktober 2024:** *Verabschiedung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG)*

3.11. DEKV eigene Plattformen und Veranstaltungsformate mit Partnern

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

3.12. DEKV-Forum

Anlässlich der DEKV-Mitgliederversammlung am 22. November 2023 wurde ein DEKV-Forum Krankenhausreform durchgeführt. „Wir sind uns alle einig, dass Ambulantisierung, Personalmangel, medizinischer Fortschritt es erfordern, die stationären Kapazitäten zu reduzieren. Das ist ebenso Konsens, wie die Begrenztheit der finanziellen Ressourcen und wenn es nicht Konsens ist, dann zumindest Realität. Eine Realität, mit der wir aus Sicht der evangelischen Krankenhäuser ethisch umgehen müssen. Dazu, wie wir stationäre Kapazitäten reduzieren und finanzielle Ressourcen verteilen, gibt es unterschiedliche Meinungen. Ob die Politik es schafft, planvoll diesen Weg zu beschreiten, wird sich zeigen. Wenn nichts passiert, bleibt die Situation wie sie ist. Drohen Insolvenzen? Noch sind wir nicht in einer Insolvenzwelle, aber sie kann kommen. Alle Häuser sind finanziell angestrengt, alle Häuser leben von der Substanz und die Substanz ist endlich“, fasste Christoph Radbruch, Vorsitzender des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes (DEKV) auf dem DEKV-Forum Krankenhausreform „Krankenhäuser in der Transformation der Versorgungslandschaft“ die Situation der Krankenhäuser in Deutschland zusammen.

Der DEKV sieht zwei Ursachen für die angespannte Finanzsituation der Krankenhäuser: Zum einen sei es die fehlende Fallzahl, eine Aufgabe des Krankenhausmanagements. Doch diese sei es nicht allein: Auch die aktuelle Situation bei der Refinanzierung der Personalkosten und der Krankenhausinvestition belaste die Krankenhäuser. Daher sei die geforderte Anpassung des Landesbasisfallwerts kein Geschenk. Zurzeit gebe es eine systemische Unterfinanzierung von vier Prozent in den vergangenen beiden Jahren. Nötig sei eine reale Berechnung der Personalkosten. Und eine weitere Tatsache verschärfe die Situation für die Häuser in freigemeinnütziger Trägerschaft: Während Unikliniken nicht insolvent werden könnten und kommunale Krankenhäuser Unterstützungen der Kommunen erhielten, stünden solche Finanzmittel den freigemeinnützigen Häusern nicht zur Verfügung. Das führe zur Wettbewerbsverzerrung.

Weniger Ökonomisierung durch Vorhaltekosten?

Mit den Vorhaltekosten werden alle Fälle bezahlt, die zwischen Krankenhaus und Krankenkassen verhandelt wurden, auch wenn nur 80 Prozent der Leistungen erbracht wurden. Dadurch soll die Fallzahl reduziert werden. Indem die Vorhaltekosten einem Bundesland zugewiesen werden, das diese dann auf die Krankenhäuser verteilt, wird zudem ein Anreiz geschaffen, Leistungen in größeren Einheiten zu konzentrieren, eventuell auch unter Einbeziehung der Fallschwere, wodurch die Level wieder ins Spiel kommen. Dabei bergen die Vorhaltekosten zwei Nachteile: Sie verwandeln die heute geltende Nachfrageorientierung in die Finanzierung eines Angebots. Ob das Angebot ausreicht, um alle Nachfragen zu bedienen, sei eine Frage der Kassenlage. Deshalb fordert der DEKV die Einführung einer kleinräumigen Bedarfsplanung vor Ort, deren Ergebnisse transparent den Krankenhäusern, den Kassen und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Christoph J. Rupperecht, Stabsbereichsleiter Politik und

Gesundheitsökonomie bei der AOK Rheinland/Hamburg betont: „Die Krankenhausplanung ist eine hoheitliche Aufgabe der Länder. Daraus folgt ein Aufbau von Kompetenzen und Verantwortung zur Planung und ihre proaktive und kontinuierliche Ausrichtung am Bedarf. Die Krankenhausplanung erfordert eine Gesamtschau verbunden mit der Perspektive vor Ort.“

Zu komplex und bürokratisch

„Die Krankenhausreform, wie sie jetzt vorgeschlagen worden ist, versteht der gebildete Laie nicht“, so Radbruch. „Das kann die Akzeptanz der Reform gefährden.“ Petra Brakel, Leiterin des Bereichs sektorübergreifende Versorgung und Versorgungsstrategie bei der Barmer geht sogar noch weiter: „Selbst Fachleute verstehen den Entwurf nicht, was die Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern erschweren wird.“ Auch die gewünschte Entbürokratisierung stellt sie aus diesem Grund in Frage. Auch Ulrich Langenberg, Geschäftsführer Politik bei der Bundesärztekammer blickt kritisch auf den Bürokratieaufwand und fragte, ob die Ärztin oder der Arzt vor Ort in der Lage sein werde, zu entscheiden, ob eine Patientin oder ein Patient im Haus behandelt werden kann oder weiterverwiesen werden muss. Zudem müsse Bürokratiearmut auch bei den Qualitätsvorgaben großgeschrieben werden: „Die berühmten drei Fachärzte aus der Krankenhausplanung von Nordrhein-Westfalen für eine Leistungsgruppe dürfen nicht damit verwechselt werden, wie viel pflegerisches und ärztliches Personal vor Ort benötigt werde, um eine Abteilung zu betreiben. Das hängt von vielen Faktoren ab und kann nur gemäß den Gegebenheiten vor Ort entschieden werden.“ Zugleich betonte Langenberg, dass die Personalausstattung der Dreh- und Angelpunkt für die Versorgungsqualität sei und forderte, dass auch die ärztliche Personalausstattung Teil der Vorhaltevergütung werde. Ein Punkt bei dem Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerates, darauf hinwies, dass auch die Pflege für eine hohe Versorgungsqualität weiterentwickelt werden müsse: „Wenn Pflege in Deutschland nicht entwickelt wird, wird sich nichts verbessern. Die Pflege und die Gesundheitsfachberufe brauchen Handlungsautonomie.“ In der Krankenhausreform fehle die Perspektive der Pflege jedoch.

Ambulant-stationäre Versorgung als Chance

„Ein Highlight der Reform ist für mich die sektorübergreifende Versorgung. In einer Zeit, die durch Mangel in vielen Bereichen wie Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften gekennzeichnet ist, kann zum ersten Mal ein Haus oder eine Organisation wirklich der Nukleus für eine neue Versorgung sein. Das Problem ist nur: Wir können jetzt in der Krankenhausreform nicht innerhalb von kürzester Zeit die ganze Struktur des Gesundheitswesens über Bord werfen“, erklärte Michael Weller, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im Bundesministerium für Gesundheit. Auch für den DEKV können ambulant-stationäre Zentren Gamechanger in der Gesundheitsversorgung sein. „Gerade für diakonische Häuser bietet die ambulant-stationäre Versorgung großes Potenzial: Sie können auf die diakonische Leistungskette aufbauen, die viele Angebote von der stationären Versorgung bis zur ambulanten Pflege umfasst. Noch sind die Rahmenbedingungen nicht geklärt, sodass die Planung vor Ort nicht beginnen kann. Umso erfreulicher ist es, dass die Bundesländer Druck machen, die ambulant-stationären Zentren inhaltlich zu definieren und gut auszustatten. Das ist eine große Chance für die Patienten und für die Versorgung“, betonte Radbruch.

3.13. Digitale DEKV-Spotlights

Der DEKV hat im Berichtszeitraum sieben digitale DEKV-Spotlights durchgeführt.

- 12. Februar und 9. April 2024: DEKV-Spotlight GVSG
- 20. März 2024: DEKV Spotlight KHVVG
- 24. Juli 2024: DEKV-Spotlight Pflegefachassistenteneinführungsgesetz
- 18. Juni 2024: DEKV-Spotlight Notfallgesetz
- 30. August 2024: DEKV-Spotlight PpUG-Sanktionsvereinbarung
- 20. September 2024: DEKV-Spotlight Pflegekompetenzgesetz

3.14. Gesundheitspolitisches Frühstück - Insolvenzrecht für Krankenhäuser

Am 6. Dezember 2023 fand in den der DEKV-Geschäftsstelle für MdB-Mitarbeiterende ein Gesundheitspolitisches



Frühstück zum Thema „Wie funktionieren Insolvenzverfahren?“ statt. Der Schwerpunkt lag auf der Bedeutung für den Krankenhausmarkt. Gemeinsam mit dem Referenten Dr. Christian Heitmann, Partner bei der Curacon GmbH diskutierten fünf Mitarbeitende der krankenhauspolitischen Sprecher und Gesundheitsausschussmitgliedern eingehend die aktuellen Gründe zu Krankenhausinsolvenzen. Neben dem Verfahren einer Insolvenz, den verschiedenen Arten von Insolvenzverfahren sind auch die Aspekte des Insolvenzgeldes, der Sanierungskonzepte und der Sozialpläne eingehend beleuchtet worden.

3.15. Zukunftswerkstatt „Kompetenzmanagement in Krankenhäusern – Gut vorbereitet für die Transformation“ am 3. Juni 2024 in Köln

Es nahmen mehr als 20 Teilnehmenden aus allen Professionen der DEKV-Mitgliedern an der Pilotveranstaltung Zukunftswerkstatt Kompetenzmanagement von DEKV in Kooperation mit dem Deutschen Ärzteverlag in Köln teil. Am Vormittag lag der thematische Schwerpunkt auf den Vorträgen zur Krankenhausreform und Leistungsgruppen vom Verbandsvorsitzenden und Herrn Ulrich Langenberg, BÄK. Besonders die Vorhaltefinanzierung und die Leistungsgruppen mit den Qualitäts- und Strukturkriterien wurden eingehend diskutiert. Die stärkere Regulierung der personellen Anforderungen des ärztlichen Personals wurde intensiv diskutiert. Die Teilnehmenden diskutierten die Einführung der fünf zusätzlichen Leistungsgruppen neben dem NRW-Leistungsgruppensystem kontrovers sowie die künftigen Optionen für Weiterbildungsberechtigungen und -verbünde. Ein Vertreter aus dem Bereich Recruiting zeigte in seinem Vortrag auf, wie die Altersstruktur der Facharztgruppen ist. Er präsentierte vier Leitfragen, um ein differenziertes Recruiting auszugestalten.

Am Nachmittag gab Markus Lecker, Deutsche Telekom einen Impuls zum strategischen Skillmanagement. Zentral waren der Prozess der Entwicklung und der Aktualisierung. Übereinstimmend wurde festgehalten, dass der DEKV mit einer Arbeitsgruppe ein Projekt zur Beschreibung eines Sets an Skills für das Krankenhaus beschreibt. Das Projekt wird dem Vorstand vorgeschlagen.

3.16. Hoffest der Mietergemeinschaft in der Reinhardtstr. 34 & 36 am 29. Mai 2024



Die Mietergemeinschaft in der Reinhardtstraße 34 und 36 hat auf Initiative des DEVK anlässlich des Internationalen Tages der Nachbarschaft ein gemeinsames Hoffest Ende Mai 2024 durchgeführt. An dem Abend ist das Kennenlernen und fachliche Vernetzen der Geschäftsstellenteams von MB, GVG, DÄB und DEKV gelungen.

3.17. DEKV auf etablierten Plattformen

Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag

In den Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestages war der DEKV als Sachverständiger für zwei Anhörungen geladen: Zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz am 24. September und zu Notfallgesetz am 6. November 2024.



KHVVG: Im Paul-Löbe-Haus hat der Vorsitzende die Skepsis der evangelischen Krankenhäusern zu den Finanzierungs- und Qualitätsvorgaben in der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) vorgetragen. Der Vorsitzende hat mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass es einer fallzahlunabhängigen und bedarfsorientiert ausgestalteten Vorhaltefinanzierung bedarf. Mit der geplanten jährlichen Anpassung der Vorhaltefinanzierung auf

Basis der Ist-Fallzahlen würde jedoch keine wesentliche Änderung zum bestehenden System geschaffen.



Notfallgesetz: Als Einzelsachverständiger äußerte sich der Vorsitzende in der Anhörung des Gesundheitsausschusses zur geplanten Notfallreform. Er forderte die bundesweite Einführung eines Notfallregisters sowie eine Obergrenze von 100.000 Einwohnern je Planungsregion.

DKG-Präsidium

Im Berichtszeitraum haben der Vorsitzende und die Verbandsdirektorin an 4 regulären DKG-Präsidiumssitzungen im November 2023, März, Juli und September 2024, 2 Mitgliederversammlungen im März und Juli 2024 in Präsenz sowie 13 digitalen (oft ad hoc) Sondersitzungen teilgenommen.

Katholischer Krankenhausverband (kkvd)

Mit dem kkvd findet ein regelmäßiger Austausch zwischen den Vorsitzenden und den Geschäftsführungen am Rande der DKG-Präsidiumssitzungen statt. Der DEKV-Vorsitzende hat an der kkvd Fachtagung im September 2024 teilgenommen.

Diakonie Deutschland

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 Vorstände und Geschäftsführungen statt.

Diese Abstimmungsrunden waren:

- Treffen der Vorstände und Geschäftsführungen der Fachgruppe 1: 24. April und 7. Oktober 2024
- Treffen der Geschäftsführungen beim Sozialpolitischen Forum DD: Kein Termin in 2024
- Fachverbandskonferenzen Diakonie Deutschland der Vorstände und Geschäftsführungen: 9. April und 17. Oktober 2024

Der Vorsitzende nahm an den Sitzungen und Gremien der Diakonie Deutschland teil. **Ausschuss für Diakonie:** Die Sitzungen haben im November 2023 digital und im Februar, Juni und September 2024 in Präsenz stattgefunden. Die **Konferenz der Diakonie und Entwicklung** fand am 16. + 17. Oktober 2024 in Berlin statt.

Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege (GRP) der Diakonie Deutschland

Der DEKV nimmt mit einem Vertreter am Lenkungsausschuss des Zentrums Gesundheit, Rehabilitation und Pflege (GRP) der Diakonie Deutschland teil. Der Lenkungsausschuss berät und begleitet Projekte zum Themenkreis innerhalb der Diakonie. Die Sitzungen im Berichtszeitraum fanden statt am 8. Dezember 2023 und 22. März 2024.

Austauschrunde zu Pflegeausbildung nach Pflegeberufgesetz

Die monatliche Austauschrunde zur Pflegeausbildung war eine Vereinbarung aus der Konzierten Aktion Pflege. Die monatliche Veranstaltung wurde seit September 2019 vom BMG und dem BMFSFJ organisiert. Mit Abschluss der Ausbildungsinitiative Pflege nach 4-jähriger Laufzeit sprachen sich die Partner der KAP für eine Fortsetzung des Austauschformats aus. Dieses findet in digitaler Form nun in 2-monatigem Rhythmus statt. Der DEKV nimmt an der Austauschrunde regelmäßig teil und bringt aktuelle Themen aus der Pflegeausbildungspraxis ein.

Diakonie Steuerungsgruppe Pflegepolitik

Die Steuerungsgruppe Pflegepolitik befasst sich mit aktuellen Themen zur Pflege und zum Pflegeberuf und diskutiert Strategien für die politische Arbeit der Diakonie Deutschland in diesem Themenfeld. Der DEKV nimmt an den anlassbezogen geplanten Terminen teil.

Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)

Besuch des SPD-Bundesparteitages im Dezember 2023 in Berlin

Der Vorsitzende, die Verbandsdirektorin und der Referent für Politik haben den Bundesparteitag der SPD am 8. und 9. Dezember 2023 besucht. Es sind vielzählige Gespräche mit Bundestagsabgeordneten, BMG-Entscheidern und Kassensowie Verbandsvertretern geführt worden.



Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU)



DEKV-Präsenz beim 36. Parteitag der CDU Deutschlands vom 6. bis 8. Mai 2024 in Berlin

Der DEKV hat sich auf dem 36. Bundesparteitag präsentiert. Neben Vertretern der DGINA und MEDTriage waren zwei Vertreter des Gesamtverbands der Personaldienstleister und ein Vertreter des GKV-SV als Gäste auf dem DEKV-Stand temporär präsent. Der DEKV-Vorstand ist mit dem Vorsitzenden und Frau Rosenthal-Schleicher vertreten. Das Team der Geschäftsstellen waren vollständig präsent. Der Stand erfreute sich einer hohen Resonanz von Bundespolitikern, Landespolitikern. Durch die Gäste waren die Gesprächsthemen weiter aufgefächert. Ein Höhepunkt war der Besuch des CDU-Parteichefs Friedrich Merz.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)

Am 9. Oktober 2024 hat GVG eine digitale Diskussion „Inklusives Gesundheitswesen: Medizin für alle“ organisiert. Anlässlich der bevorstehenden Veröffentlichung des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen der Bundesregierung. Im Fokus standen Fragen nach den **Bedürfnissen bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung**. Wie diese zukünftig gestaltet werden müssen, um bedarfsgerecht diese Patientengruppe eingehen zu können. Auch wurde der Frage nachgegangen, welche Rolle **Leistungserbringer** einnehmen können, um **Chancengleichheit** für Menschen mit Behinderung im Gesundheitswesen zu fördern. Es diskutierten **Christoph Radbruch**, Vorsitzender des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes, mit **Verena Bentele**, Sprecherin des Deutschen Behindertenrats & Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland, **Prof. Dr. med. Claudia Hornberg**, Dekanin der Medizinischen Fakultät, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, und **Dr. med. (I) Klaus Reinhardt**, Präsident der Bundesärztekammer. Aus gesundheitlichen Gründen musste der DEKV-Vorsitzende die Teilnahme an der Podiumsdiskussion leider absagen.

Gesundheitsziele – Arbeitsgruppe Einsamkeit

Der Aktionsplan der Bundesregierung Einsamkeit ist bei den gesundheitlichen Themen ausbaufähig. Auf Initiative des DEKV hat ein Treffen zwischen dem Bundesfamilienministerium, den Akteuren Gesundheitsziele und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), DEKV im Sommer 2024 stattgefunden. Es wurde vereinbart, die bestehenden Gesundheitsziele auf Maßnahmen zur Milderung bzw. Überwindung von Einsamkeit zu sichten und diese zusammenzutragen. Im September 2024 startete dazu eine adhoc-Arbeitsgruppe unter Federführung des GVG und Beteiligung des DEKV.

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 vernetzt zusammen.

Der Vorstand des DEKV hat im Berichtszeitraum sechs Mal getagt.

- **Vorstandssitzung am 21.11.2023, Berlin**
Der Vorstand hat die Termine für 2024 beschlossen
- **Vorstandssitzung am 28.02.2024, Berlin**
Der Vorstand beriet und beschloss:
PPR 2.0; Erweiterung des Qualifikationsmixes und Publikation der Projektergebnisse, Hoffest DEKV 19.06.2024 und Berufungen in Gremien der DKG und des DEKV e.V.
- **Außerordentliche Vorstandssitzung, am 26.03.2024, per Zoom**
Der Vorstand beriet und beschloss den Positionen für die Stellungnahme zum Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes.
- **Vorstandssitzung 23.04.2024, Berlin**
Der Vorstand hat folgende Beschlüsse gefasst: *Empfehlung an die Mitgliederversammlung 2024 für den Jahresabschluss 2023 und Beauftragung Prüfung des Jahresabschlusses 2024. Schwerpunkte und Positionierungen der DEKV-Stellungnahme zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz zusammen mit der Diakonie Deutschland, DEKV-Profilbausteine Flyer, Verbandsstrategie Ambulantisierung, MdB Mitarbeiterfrühstück „Zeitarbeit im Krankenhaus“ und die Berufung von Herrn Olaf Walter, Geschäftsführer des Evangelischen Krankenhaus Gelsenkirchen und des Verbunds Ruhr als kooptiertes beratendes Mitglied in den DEKV-Vorstand.*
- **Vorstandssitzung 20.06.2024, Berlin**
Der Vorstand beriet und beschloss: Prozess der Erarbeitung Positionen & Forderungen für die Bundestagswahl 2025 ein Parlamentarisches Frühstück zur sektorenübergreifenden Versorgung, Annahme der Konzeption Zentrumsregelung Inklusive Medizin und Auftrag zur Entwicklung eines Konzeptes Inklusive Versorgung in der Regelversorgung konzeptionell. Die Berufung von DEKV-Mitgliedern in Gremien der DKG und des DEKV e.V., Treffen Unternehmenskommunikation, Teilnahme mit einem DEKV-Messestand beim Kirchentag 2025 in Hannover.
- **Vorstandssitzung 4.09.2024, Berlin**
Der Vorstand hat den Wirtschaftsplan 2025 beraten.

3.18. 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 am 7. November 2023 in Berlin und am 19. März 2024 online statt. Nach dem Ausscheiden von Johannes Koschig als Sprecher des Vorstandsreferats ist die Position seit Ende 2021 vakant und wird kommissarisch von der stellvertretenden DEKV-Vorsitzenden wahrgenommen.

Sprecher: N.N.

Mitglieder: Birgit Baier, Pflegedirektorin, Ev. Krankenhaus Paul Gerhardt Stift, Frau Sarah Buder, stv. Pflegedirektorin, Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg, Dr. Claudia Fremder, Vorstand und Geschäftsführerin, DGD-Stiftung Marburg, Dr. Maike Grube, Referentin, Diakonie Deutschland-Evangelischer Bundesverband, Dr. Julia Inthorn, Direktorin, Zentrum für Gesundheitsethik Hannover, Matthias Jenny, Pflegedirektor, Diakoniekrankenhaus Freiburg, Prof. Dr. Michael Karas, Medizinischer Geschäftsführer, Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende, Christina Körner, Oberin/Schulleitung, Johanniter Bildungs-GmbH Bonn, Petra Krause, Pflegedirektorin Evangelisches Klinikum (EvKB) und Krankenhaus Mara, Leitung Gesundheitsschulen von Bodelschwingsche Stiftung Bethel, Katja Rosenthal-Schleicher,

Stellv. Pflegedirektorin, Evangelisches Klinikum Bethel, Heidemarie Rotschopf, Referentin, Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe, Prof. Dr. Susanne Schuster, Studiengangsleiterin Master Advanced Nursing Practice, Evangelische Hochschule Nürnberg, Andrea Trenner, stv. Vorsitzende des DEKV e.V., Nicole Trumpetter, Leitung DIAKOVERE Fachschulzentrum, Thorsten Witt, Pflegedirektor, AGAPLESION Diakonieklinikum Hamburg, Oliver Wittig, Pflegedirektor, Luisenhospital Aachen.

Vorstandsreferat Politik, Recht, Ökonomie

Die Sitzungen im Berichtszeitraum fanden statt am 12. April 2024 digital und am 01. Oktober 2024 digital.

Sprecher: Stefan David, Vorstandsvorsitzender DIAKOVERE gGmbH und DIAKOVERE Stiftung

Mitglieder: 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, 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, Dr. Jan Wolff, Geschäftsführer Krankenhaus Marienstift Braunschweig.

Vorstandsreferat Theologie und Ethik

Die Sitzungen im Berichtszeitraum fanden statt am 22. und 23. Oktober 2024 in Berlin.

Sprecher: Christoph Radbruch, Vorsitzender DEKV

Mitglieder: Michael Brems, Koordinierungsstelle für Krankenhauseelsorge Nordkirche, Dr. Holger Böckel, AGAPLESION gAG, Philipp Katzmann, Theologischer Direktor der EVKB und MARA, Bielefeld, Martin Kruse, Johanniter GmbH, Oberkirchenrat Dr. Steffen Merle, Leiter des Referats Sozial- und Gesellschaftspolitik im Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland, Dr. med. Rainer Prönneke, Marienstift Braunschweig gGmbH, 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.

3.19. 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	Christoph Radbruch Melanie Kanzler	DEKV DEKV
FA Personalwesen u. Krankenhausorganisation	Jonas Sewing Dr. Johannes Egerer	Geschäftsführer, Diakonissen-Stiftung-Krankenhaus Speyer DEKV

Gremium	Besetzung 2022-2024	Einrichtung
Fachausschuss Krankenhausfinanzierung	Stefan David Melanie Kanzler	DIAKOVERE DEKV
FA f. Daten-Information u. -Kommunik.	N.N.	
Fachausschuss Recht und Verträge	N.N. Fachreferent Kay Brandenburg	DEKV
Fachausschuss Medizin	Dr. med. Martin Groß Dr. Bettina Beinhauer Dr. med. Rainer Prönneke (<i>ständ. Gast</i>)	Evangelisches Krankenhaus Oldenburg AGAPLESION gAG Krankenhaus des Marienstifts, Braunschweig
Kommission KH-Psychiatrie	Anke Berger-Schmidt Dietmar Volk	Klinik Hohe Mark, Oberursel Evangelische Stiftung Tannenhof
Kommission Leistungsentgelte	Olaf Walter Geschäftsführer Bernd Rühle	Ev. Verbund Augusta Ruhr, Herne Diakonie-Klinikum Stuttgart
Kommission Qualitätssicherung	Prof. Dr. Michael Karaus Dr. Bettina Beinhauer	Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende AGAPLESION gAG
Kommission Hygiene	Martin Dethlefsen	Ev.-luth. Diakonissenanstalt Flensburg
Ständiger Ausschuss BG-Nebenkostentarif	Bernd Rühle	Diakonie-Klinikum Stuttgart
Satzungskommission	Christoph Radbruch Jörg Kruttschnitt	DEKV EWDE, Diakonie Deutschland
Bundesschiedsstelle	Melanie Kanzler	DEKV

Gemeinsamer Bundesausschuss

Unterausschuss	Themen	DEKV -Vertreter
Bedarfsplanung	Festlegung v. Kriterien und Anforderungen für Versorgungsbereiche und -arten, Sicherstellungszuschläge, Notfallversorgung und Zentren	Melanie Kanzler, DEKV

Unterausschuss	Themen	DEKV -Vertreter
Veranlasste Leistungen	Arbeits-/Regelungsbereiche: Krankentransport und Krankenhauseinweisung Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Arbeitsunfähigkeit Chroniker Häusliche Krankenpflege Heilmittel Hilfsmittel Rehabilitation Soziotherapie	Dr. Johannes Egerer, DEKV
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung ASV	Definition genereller Anforderungen, die für alle ASV-Angebote gelten und Erarbeitung schrittweiser erkrankungsspezifischer Anforderungen. Indikationen: Tuberkulose und atypische Mykobakteriose, Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, Marfan-Syndrom, Pulmonale Hypertonie, Gynäkologische Tumoren, Mukoviszidose, Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene, Rheumatologische Erkrankungen Kinder/Jugendliche, Urologische Tumoren, Morbus Wilson Seltene Lebererkrankungen, Hauttumoren, Hämophilie, Lungen- und Thoraxumoren, Sarkoidose, Kopf- oder Halstumoren, Neuromuskuläre Erkrankungen, Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Knochen- und Weichteiltumoren, Multiple Sklerose, Tumoren des Auges, Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	Kay Brandenburg, DEKV
Arzneimittel	AMNOG Verfahren Frühe Nutzenbewertung v. Arzneimitteln nach § 35a SGB V Seit 01/2018 müssen Arzneimittel mit ausschließlich stationärem Anwendungsbereich Nutzenbewertung nach § 35a SGB V durchlaufen (Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V gilt nun auch für den stationären Versorgungsbereich als Höchstpreis gemäß Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz (AMVSG))	Melanie Kanzler, DEKV

4. 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	60%

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. In der Teamkommunikation wird eine Open Door Policy gelebt, d.h. jederzeit sind alle Teammitglieder ansprechbar. Zudem finden regelmäßige Abstimmungsgespräche zwischen der Verbandsdirektorin und dem Vorsitzenden sowie in Finanzfragen mit dem Schatzmeister statt.

Mit dem Umzug in die neuen Geschäftsstellenräumlichkeiten in Berlin-Mitte ist die Digitalisierung vorangetrieben worden. So sind die Daten vom ehemaligen Server seit Mitte November 2023 in der Cloud.

4.1. Lobbyregister

Das Lobbyregister ermöglicht, Strukturen und Inhalte der Einflussnahme durch Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter auf die politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse nachzuvollziehen. Diese sollen transparent werden. Ziel ist, öffentlich erkennbar ist, wer, in wessen Interesse, mit welchem Budget und mit welchen Argumenten gegenüber dem Deutschen Bundestag oder gegenüber der Bundesregierung Einfluss auf politische Entscheidungen nehmen. Das Lobbyregister will durch die Gewährleistung von Transparenz dazu beitragen, das Vertrauen in die Verlässlichkeit und Glaubwürdigkeit von Parlament und Regierung zu stärken.

Interessenvertreter/-innen haben in ihren Registereinträgen deshalb umfangreiche Angaben zu ihrer Organisation respektive Person zu veröffentlichen. Die Inhalte der Interessenvertretung werden zudem in einem gesonderten Bereich des Lobbyregisters durchsuchbar dargestellt. Im Lobbyregister müssen sich Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter registrieren, die Kontakt zum Deutschen Bundestag oder zur Bundesregierung aufnehmen, um unmittelbar oder mittelbar Einfluss auf deren Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse zu nehmen, oder dies in Auftrag geben.

Am 1. März 2024 ist das Gesetz zur Änderung des Lobbyregistergesetzes vom 15. Januar 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 10) in Kraft getreten. Die gesetzlich vorgesehene Übergangszeit, innerhalb derer alle bestehenden Registereinträge von den Interessenvertreterinnen und Interessenvertretern an die neue Gesetzeslage anzupassen waren (Migration), endete zum 30. Juni 2024.

Der DEKV als Interessenvertretung der evangelischen Krankenhäuser ist im Lobbyregister eingetragen.

5. 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.

6. Planung

Der DEKV hat Mitte Oktober 2024 mit einer interdisziplinären Vordenkergruppe aus der Mitgliedschaft den Prozess zur Entwicklung der Bundestagspositionen 2025 gestartet. Aufgrund der vorgezogenen Bundestagswahlen am 23. Februar 2025 und eines Kurzwahlkampfes müssen diese Positionen beschleunigt entwickelt und abgestimmt werden.

Der DEKV plant die Themen Sicherheit und Verlässlichkeit zu fokussieren. 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 sollte ein Weg für den Verband verfolgt werden, der den eigenen Handlungsrahmen Schritt um Schritt erweitert.

Das Jahr 2025 wird dominiert sein von der vorgezogenen Wahl zum 21. Deutschen Bundestages am 23. Februar 2025, den Koalitionsverhandlungen und der Regierungsbildung sowie von den neuen personellen Zusammensetzungen der Fraktionen und den Ausschüssen im Deutschen Bundestag. Diese Ereignisse werden die politische Netzwerk und Lobbyarbeit des DEKV bestimmen. Dazu gehören die intensive Begleitung der Koalitionsverhandlungen und ersten gesundheitspolitische Vorhaben mit Stellungnahmen, Pressemitteilungen, Briefen und Gesprächsformaten. Zudem muss das DEKV-Team sich themenbezogene Zugängen zu den neuen Bundestagsabgeordneten, den zuständigen Fraktionsvertreter: innen und den Vertretenden der Fachexpert: innen in den Bundesministerien und -institutionen erarbeiten. Die Reformvorhaben der Krankenhausstruktur- und -finanzierung sowie der Pflegepolitik der 21. Bundesregierung wird intensiv von der DEKV-Geschäftsstelle montoriert. Im Zusammenspiel mit der DKG, Diakonie

Deutschland und anderen strategischen Partnern werden die versorgungspolitischen Reformvorhaben proaktiv begleitet.

Zur internen und externen Darstellung der Strukturqualität evangelischer Mitgliedshäuser erfolgen sukzessive vielfältige Analysen und Verknüpfungen der Qualitätsberichtsdaten. Die DEKV-Informationsmaterialien und Info-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.

Im Jahr 2026 begeht der Verband sein 100-jähriges Verbandsjubiläum. Zur inhaltlichen Vorbereitung der Jubiläumfeier wird eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern des Vorstandes und der Vorstandsreferaten gegründet.