



TRAUEN WIR UNS!

**Fünf Impulse zur
Gesundheitsversorgung
von morgen**



Gesundheitspolitische Positionen des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes

Die medizinische Versorgung von Menschen ist keine Dienstleistung wie jede andere – sie ist ein Recht, das sich aus der Würde des Menschen ableitet. Sie darf nicht zur Handelsware werden, denn Krankheit ist kein steuerbares Ereignis, sondern ein allgemeines Lebensrisiko. Niemand entscheidet, wann und in welchem Ausmaß er oder sie erkrankt. Wer krank ist, braucht Zugang zu bestmöglicher medizinischer Versorgung – unabhängig von Einkommen oder sozialer Herkunft.

Die medizinische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bund, Länder und Kommunen, Krankenkassen, Leistungserbringer und Krankenhausträger, Ärzt:innen, Pflegekräfte und Patientenvertretungen – sie alle müssen gemeinsam handeln.

Der Weg in eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft muss im konstruktiven Miteinander beschritten werden. Die evangelischen Krankenhäuser Deutschlands stehen für diesen Weg – mit fünf Impulsen für die Gesundheitsversorgung von morgen.

Das müssen wir uns trauen:

Trauen, die Gesundheitsversorgung konsequent an der Würde und den Bedürfnissen der Menschen auszurichten.

Trauen, ein solidarisches und gerechtes Gesundheitssystem zu gestalten, das niemanden ausschließt.

Trauen, Veränderungen mutig anzugehen, um Qualität, Effizienz und Menschlichkeit in Einklang zu bringen.

01

So versorgen wir stärker aus der Patient:innen-perspektive

Eine gute medizinische Versorgung verursacht Kosten, eine schlechte tut dies aber auch. Die positiven wirtschaftlichen Effekte einer guten Versorgung werden oft übersehen. Sie erhält die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Menschen, schützt sie vor Pflegebedürftigkeit, fördert Innovation und sichert Arbeitsplätze. Unbestritten unter den Akteuren der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens ist das primäre Ziel, die Lebensqualität der Erkrankten zu verbessern. Nur was diese Lebensqualität einschließt, da gehen die Meinungen auseinander. Wir wissen, dass im deutschen Gesundheitssystem erhebliche Effizienzreserven ruhen. Diese wollen wir heben, indem wir die Versorgung aus der Perspektive der Patient:innen organisieren. Dafür brauchen wir Rahmenbedingungen, die ein harmonisches Miteinander von stationärer und ambulanter Behandlung ermöglichen. Nur so wird die Gesundheitsversorgung effizienter, ohne an Qualität zu verlieren.

Forderungen

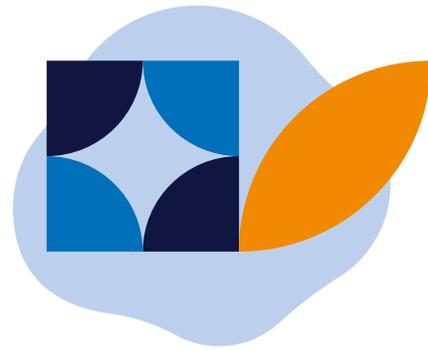


Vorgaben für die sektorenübergreifende Versorger vereinfachen

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sollen sich ausgewählte Krankenhäuser zu sektorenübergreifenden Versorgern entwickeln. Die Vorgaben dafür sind aber zu komplex und müssen gesetzlich angepasst, radikal vereinfacht und reduziert werden. Unsere zentrale Forderung ist, ein garantiertes Gesamtbudget mit den Kostenträgern zu verhandeln. Dies schafft Planungssicherheit für den wirtschaftlichen Betrieb dieser Einrichtungen, unabhängig von den Schwankungen bei den Patient:innenzahlen. Denn die Hauptaufgabe dieser Versorger ist es, die Lücke zwischen der stationären und ambulanten Versorgung zu schließen und so zur Kostenreduktion zu führen. Dringend müssen sie von unnötigen Belastungen befreit werden. Dazu gehören zum Beispiel die Abrechnungsdokumentation und die zeitraubenden Budgetverhandlungen mit Kranken- und Pflegekassen.

Krankenhäuser für ambulante Leistungserbringung öffnen

Insbesondere für dünn besiedelte Regionen mit wenigen niedergelassenen Haus- und Fachärzt:innen sind Krankenhäuser Anker der Gesundheitsversorgung. Deshalb muss es gesetzlich ermöglicht werden, die Sektorengrenzen zu öffnen und Krankenhäusern ambulante Leistungen zu ermöglichen. Nur so wird gemeinwohlorientierte Versorgung in allen Regionen stabilisiert.



Ergebnisqualität den Vorrang geben

Was wirklich zählt für Patient:innen, ist das Ergebnis der Behandlung, also ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden. Deshalb muss in die gesetzlich verpflichtenden Qualitätsindikatoren die Perspektive der Patient:innen stärker einbezogen werden. Der Qualitätsstandard der medizinisch-pflegerischen Behandlung muss das Behandlungsergebnis sein. Mit diesem Fokuswechsel von Struktur- und Prozessvorgaben hin zur Ergebnisqualität entsteht Raum, die Versorgung innovativ und ressourcenschonend zu gestalten.

Auf die Ergebnisqualität zu fokussieren bedeutet, die Perspektive der Patient:innen stärker einzubeziehen. Patient-Reported Outcome Measures (PROM) und Patient-Reported Experience Measures (PREM) sind wichtige Erhebungsinstrumente im Gesundheitswesen, um die Wirksamkeit von Behandlungen aus der Sicht der Patient:innen zu bewerten.

Das heißt nicht, ausschließlich die Ergebnisqualität in den Blick zu nehmen. Die unterschiedlichen Vorgaben zu Strukturen und Prozessen wie beispielweise in den Leistungsgruppen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) müssen vereinheitlicht und als begründete Mindeststandards ausgestaltet werden.

Die Harmonisierung steigert die Effizienz, die Mindeststandards die Patient:innensicherheit. Die maßgeblichen Organisationen der Selbstverwaltung auf Bundesebene sollen gesetzlich den Auftrag erhalten, entsprechende Instrumente zu entwickeln und in die Messung der Ergebnisqualität einzuarbeiten. Den Selbstverwaltungspartnern vor Ort muss in Ausnahmefällen eine Anpassung an regionale Gegebenheiten ermöglicht werden.



02 So werden Patient:innen mit geistiger Behinderung besser versorgt

Menschen mit geistiger oder zerebraler Behinderung haben eine bis zu 20 Prozent geringere Lebenserwartung, weil sie nicht angemessen versorgt werden. In Deutschland sind es rund 1,8 Millionen Menschen. Dies wäre in vielen Fällen vermeidbar. Dazu müsste das Krankenhauspersonal über das spezialisierte medizinische Wissen und die umfassende Erfahrung verfügen würde, mit diesen Patient:innengruppen besser zu kommunizieren, ihre medizinischen Symptome zu deuten und sie pflegerisch zu betreuen. Dort, wo die Expertise vorhanden ist, stellt der höhere Zeit- und Personalaufwand eine erhebliche Herausforderung in der qualifizierten Versorgung von Menschen mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen dar. Wir dürfen diese vulnerable Patient:innengruppe und ihre Angehörigen nicht allein lassen. Die Versorgung von Menschen mit Behinderung muss solidarisch getragen werden. Dafür müssen Anreize geschaffen und Strukturen aufgebaut werden, die die Versorgung von Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung tragen können. Das Ziel: Die Versorgungslücken aufdecken und dauerhaft schließen.



Forderungen

Mobile Behandlungsteams in den Regionen etablieren

Damit die Versorgung von Menschen mit Behinderung, insbesondere von Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung, in den Krankenhäusern vor Ort gelingt, sollen mobile Behandlungsteams mit Inklusionskompetenz regional etabliert und koordiniert werden. Diese Teams können bei Bedarf von behandelnden Krankenhäusern angefordert werden. Dafür sind gesetzliche Regelungen bei elektiven Eingriffen erforderlich. Für Notfälle braucht es besondere Strukturen. Die Selbstverwaltungspartner müssen verpflichtet werden, entsprechende Angebote auszuarbeiten und Anreize zu schaffen. Die maßgeblichen Organisationen der Pflege und der Patient:innen- und Behindertenvertretung sind dabei einzubeziehen.

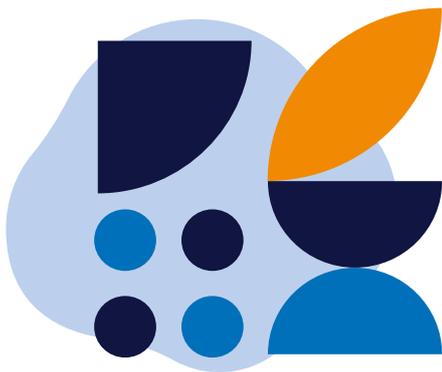
Innovative Leuchttürme bundesweit aufbauen

Medizinische Fortschritte und innovative Behandlungskonzepte benötigen Strukturen, die eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen und zugleich Forschung und Lehre in diesem Bereich stärken. Wir fordern die gesetzliche Etablierung von mindestens einem spezialisierten Zentrum mit umfassender medizinischer Expertise für Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung pro vier Millionen Bundesbürger:innen. Diese Zentren sollen vorrangig als Kompetenzzentren fungieren, um die Regelversorger zu beraten, sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke zu etablieren sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich zu fördern. Dadurch tragen sie dazu bei, dass auch bei allgemeinen somatischen Erkrankungen und nach Unfällen eine bedarfsgerechte, barrierefreie und qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt wird. Die Selbstverwaltungspartner sollten mit der Festlegung verbindlicher Qualitätskriterien und wirksamer Anreize beauftragt werden.



In leichter Sprache und barrierefrei informieren

Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung müssen im Rahmen ihrer Möglichkeiten verstehen, was bei einer medizinischen Behandlung passiert und wie sie durch entsprechendes Verhalten den Erfolg der Behandlung unterstützen können. Dafür müssen die Informationen zur Aufklärung so aufbereitet werden, dass diese Patient:innengruppe sie verstehen kann. Wir fordern daher die konsequente Umsetzung des Ziels 6.4 im Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen vom November 2024. Dort heißt es: „Gesundheitsinformationen werden in geeigneten, barrierefreien und mehrsprachigen Formaten einer Vielzahl unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen zur Verfügung gestellt.“ Dies muss unter anderem durch einen gesetzlichen Auftrag an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur wissenschaftlich begleiteten Umsetzung von Patient:inneninformationen in leichter Sprache erfolgen.



03 So vereinfachen wir die Weiterbehandlung

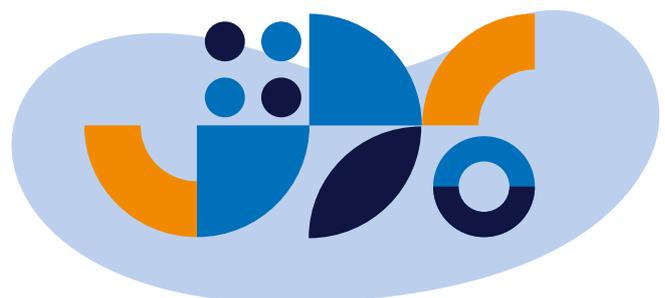
Die Grenzen zwischen den Sektoren der Gesundheitsversorgung sind für die Patient:innen kaum verständlich. Sie scheitern zunehmend an diesen sozialleistungsrechtlichen Grenzen und es entstehen Versorgungsbrüche. Daher ist es unerlässlich, Notfallversorgung, stationäre psychische und somatische Versorgung inklusive Entlassmanagement an den Bedürfnissen der Patient:innen auszurichten. Besonders während einer stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Therapie muss eine Weiterbehandlung bei akutem somatischen Behandlungsbedarf möglich sein.

In einem funktionierenden und an den Patient:innen ausgerichteten System wählen die Patient:innen automatisch den für sie optimalen Versorgungsweg. Im Ergebnis werden Notaufnahmen in Krankenhäusern auch bei Bagatellen erste Anlaufstelle. Gleichzeitig dürfen heute Krankenhäuser regelhaft keine ambulante Nachsorge durchführen, selbst wenn eine ambulante Versorgung sonst nicht gesichert ist. Das Ergebnis dieser Fehlsteuerungen: Ärzt:innen und Pflegekräfte müssen zur Sicherstellung der Notfallversorgung immer mehr arbeiten.

Forderungen

Notfallversorgung sektorenübergreifend ausrichten

Für die Notfallversorgung ist eine bundeseinheitliche Regelung erforderlich. Ärztliche Bereitschaftsdienste, Klinikambulanzen und Krankenhausnotaufnahmen sollen sie sektorenübergreifend entwickeln. Außerdem müssen integrierte Leitstellen und Notfallzentren regional etabliert werden.



Notfallregister bundesweit etablieren

Die Notfallreform muss als lernendes System ausgestaltet werden. Wenn bundeseinheitliche Notfalldaten – ambulante und stationäre – kontinuierlich erhoben und ausgewertet werden, wird die Steuerung effizienter und die Qualität der Notfallversorgung besser. Dafür sind Notfallregister mit bundeseinheitlichen Kriterien in den Ländern erforderlich, deren Aufbau und Betrieb über die Regelfinanzierung getragen werden sollte.



Standardisiertes Entlassmanagement entwickeln

Das Entlassmanagement muss eine nahtlose Übergabe zwischen stationären, ambulanten oder anderen Versorgungsangeboten garantieren. Mit einem Datensatzformat für alle Versorgungsbereiche (One-Size-Fits-All) bleibt der Aufwand gering. Alle Anwender:innen profitieren von einer solchen Lösung. Erforderlich sind dafür standardisierte digitale (Entlass-) Protokolle.

Grenzen zwischen Psychiatrie, Psychosomatik und Somatik aufheben

Begonnene stationäre psychische Therapien müssen bei akuter somatischer Behandlungsnotwendigkeit fortgeführt werden können. Die Finanzierung muss über ein Zusatzentgelt erfolgen.



04 So sichern wir gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

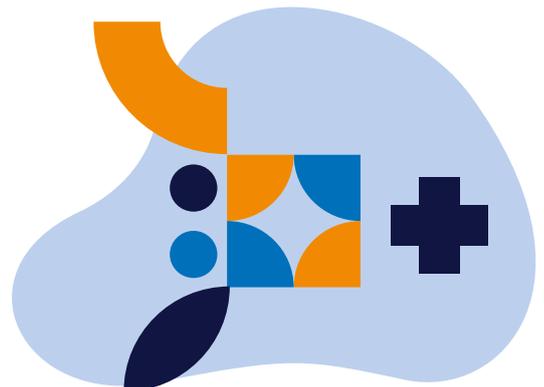
Gesetzliche Regulierung, Dokumentationspflichten und Qualitätsvorgaben sind oft gut gemeint, stehen diesen Zielen aber immer mehr entgegen. Die Folge: Es bleibt kaum Raum für eine zugewandte Patient:innenbehandlung, die Entwicklung und Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle sowie für Aus-, Fort- und Weiterbildung und ein erfüllendes Arbeitsumfeld.

Forderungen

Dokumentationspflichten auf ein Minimum reduzieren

Ärzt:innen und Pflegekräfte wenden durchschnittlich drei Stunden täglich für Dokumentation und Berichtswesen auf. Diese Zeit steht nicht für die Versorgung von Patient:innen zur Verfügung und die Attraktivität der Tätigkeit im Krankenhaus wird durch diese hohe Bürokratielast erheblich reduziert.

Das sind gute Gründe, die Dokumentationspflichten zu reduzieren. Dadurch bleibt mehr Zeit am Bett als im Büro. Jede Maßnahme zur Dokumentation muss darauf hin überprüft werden, ob sie entbehrlich ist, aus bestehenden Daten abgeleitet werden oder digital automatisiert erfolgen kann. Die Ausarbeitung und Durchführung eines Bürokratie-Checks ist für die Gesamtheit ambulanter, teil- und vollstationärer Leistungen im Krankenhaus gesetzlich bei den maßgeblichen Organisationen der Selbstverwaltung zu beauftragen.



Gesundheitsfachberufe aufwerten

Der sich verschärfende Fachkräftemangel in den Krankenhäusern ist bekannt. Um die Personallücke zu schließen oder wenigstens zu verkleinern, braucht es moderne, nach Qualifikationen gestaffelte Ausbildungen sowie bessere Chancen, in der Patient:innenversorgung mehr Verantwortung zu übernehmen. Wenn für Pflege und Therapieberufe mehr Möglichkeiten zum autonomen Handeln unabhängig von Arzt oder Ärztin bestehen, erhöht das die Arbeitszufriedenheit und die Berufsgruppen können sich gegenseitig besser unterstützen – die Versorgung wird dadurch effizienter.

Die entsprechenden Gesetzesvorhaben zur Aufwertung der Gesundheitsfachberufe (Pflegefachassistenzgesetz, Pflegekompetenzgesetz, Gesetz zur Pflegeexpert:in APN, Reform Therapieberufe) wurden in der letzten Legislaturperiode beraten und vorbereitet. Sie müssen so schnell wie möglich in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht und beschlossen werden.

Weiterbildung der Gesundheitsberufe vollständig refinanzieren

Die medizinische Behandlung und die Pflege im Krankenhaus entwickeln sich stetig weiter, neue Aufgabenfelder entstehen und alte verschwinden. Außerdem setzen die personellen Qualitätsvorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und die medizinischen Leistungsgruppen nach dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ab 2025 Mitarbeiter:innen mit spezifischen Qualifikationen voraus. Als Beispiel sei der Bedarf an Pflegekräften mit einer Fachweiterbildung „Notfallpflege in der Notaufnahme“ genannt.

Für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des notwendigen Personals müssen die Krankenhäuser organisatorisch und finanziell ausgestattet werden. Wir fordern daher eine Übernahme der im Krankenhaus anfallenden Vollkosten für die Qualifizierung der pflegerischen und medizinischen Mitarbeiter:innen. Dafür müssen die tatsächlichen Qualifizierungsbedarfe im Krankenhaus berücksichtigt und das Qualifizierungschancengesetz entsprechend angepasst werden. Dies bedeutet beispielsweise, dass die pflegerischen Fachweiterbildungen (z. B. zur Notfallpflege oder Praxisanleitung) regelhaft förderfähig werden.

Pflegepersonalbemessung PPR 2.0 auf den Prüfstand stellen

Die Pflegepersonalbedarfsbemessung auf Basis der PPR 2.0 wurde 2024 zusätzlich zu den Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt. Das Ziel ist es, die Qualität der pflegerischen Versorgung, gute Arbeitsbedingungen und den erforderlichen Personaleinsatz am Patient:innenbett zu gewährleisten. Der klinische Praxiseinsatz des Instruments zeigt aber einen unangemessen hohen Dokumentations- und Schulungsaufwand. Trotz dieses Aufwandes bleibt die Unsicherheit, wie verlässlich und vergleichbar die erfassten Daten sind und ob das Instrument langfristig brauchbare Erkenntnisse liefert.

Ob die Personalbedarfsbemessung in ihrer jetzigen Fassung das gesteckte Ziel erreichen kann oder ob sie die Pflege mehr belastet, als dass sie hilft, ist offen. Gleiches gilt für die Frage, ob eine Weiterentwicklung zu einer echten Verbesserung führt. Deshalb gehört die Pflegepersonalbedarfsbemessung im Krankenhaus auf den Prüfstand. Mit einer Evaluation nach drei Jahren Einsatz soll Ende 2028 geprüft werden, ob die pflegerische Versorgung und die Arbeitsbedingungen durch die Personalbedarfsbemessung spürbar verbessert werden konnten. Ansonsten ist die Anwendung der Pflegepersonalbedarfsbemessung auf PPR 2.0-Basis auszusetzen.



05

So bleibt die Versorgung qualitativ hochwertig und finanzierbar

Krankenhäuser in Deutschland stehen vor erheblichen Finanzierungs- und Strukturproblemen. Durch die unzureichende Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten fehlen den Kliniken jährlich Milliardenbeträge. Allein im vergangenen Jahr belief sich das Defizit auf rund sechs Milliarden Euro. Die angedachte Krankenhausreform wird diese Lücke nach jetzigem Stand nicht schließen, da sie qualitative und wirtschaftliche Strukturen zu wenig berücksichtigt und im Wettbewerb um Qualität sogar bremsend wirken kann. Zusätzliche Anstrengungen der Krankenhäuser werden finanziell kaum honoriert, während starre Reformvorgaben Budgets nach wie vor unsachgerecht verteilen. Gleichzeitig führen regionale Querfinanzierungen und Defizitausgleiche dazu, dass ineffiziente Strukturen verfestigt werden können.

Hinzu kommt der Spagat zwischen Versorgungsauftrag mit hohen Qualitätsanforderungen einerseits und wirtschaftlichem Handeln andererseits: Als Unternehmen, die im Wettbewerb stehen, müssen Krankenhäuser sorgsam mit den Beitragsgeldern umgehen. Zugleich sind sie durch ihre medizinischen Leistungen aber elementarer Bestandteil der Daseinsvorsorge, auf die jede Bürgerin und jeder Bürger Anspruch hat. Gerade Investitionen in Digitalisierung, moderne Medizintechnik und attraktive Arbeitsbedingungen erfordern finanzielle Mittel, die ohne eine solide Finanzierung nicht aufzubringen sind.

Grundsätzlich können Wettbewerb und Markt für Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen sorgen. Allerdings ist medizinische Versorgung kein klassisches Handelsgut. Die Diagnosis Related Groups (DRG) sind geeignet, Transparenz herzustellen und haben zu Kostenbewusstsein geführt. Die bestehenden Fehlanreize sind durch Veränderungen des Systems zu beheben.

Laut Bundesrechnungshof beträgt die jährliche Investitionslücke rund vier Milliarden Euro. Da die Länder ihren Verpflichtungen nicht ausreichend nachkommen, müssen viele Kliniken Investitionen aus den laufenden Betriebsmitteln bestreiten. Dadurch fehlen in anderen Bereichen dringend benötigte Mittel, was eine Abwärtsspirale in Gang setzt: Dort, wo Investitionen nicht finanziert werden können, ist es kaum möglich, Effizienzreserven zu erschließen und zugleich die Qualität zu halten.

Um diesem Teufelskreis zu entkommen, braucht es tragfähige Reformen, die die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und den hohen Stellenwert der Daseinsvorsorge anerkennen. Nur so lässt sich ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem gestalten, das langfristig für alle Menschen erreichbar bleibt, ohne dabei auf den Rücken der Kliniken und ihrer Beschäftigten ausgetragen zu werden.



Forderungen

Gezielter Ressourceneinsatz

Bei der Finanzierung von bedarfsnotwendigen Kliniken, insbesondere in ländlichen Bereichen, oder bei Fachabteilungen mit hohen fixen Kosten (z.B. Notfallaufnahme, Stroke Unit) kommt das jetzige leistungsorientierte Finanzierungssystem der DRGs an seine Grenzen. Dies ist immer dann der Fall, wenn die Fallzahlen nicht ausreichen, um die politisch gesetzten Qualitäts- und Strukturvorgaben zu finanzieren. Ein gezielter Ressourceneinsatz lässt sich durch kostendeckende Zuschläge sicherstellen. Diese dürfen ausschließlich bedarfsnotwendige Krankenhäuser und Fachabteilungen finanzieren.



Bedarfsplanung bundeseinheitlich standardisieren

Standardisierte und bundeseinheitliche Kriterien für die Bedarfsplanung stellen sicher, dass alle Menschen, unabhängig von Wohnort, Alter oder Erkrankungen, Zugang zu den notwendigen medizinischen Leistungen haben und Kliniken über die erforderliche Ausstattung verfügen. Die Behandlung vulnerabler Patient:innengruppen, zum Beispiel Menschen mit Behinderung oder ältere multimorbide Patient:innen, stellt besondere Anforderungen an die Beschäftigten, die Prozesse und die Strukturen.

Um die medizinische Versorgung den Bedürfnissen der Bevölkerung anpassen zu können, müssen die Versorgungsbedarfe realistisch ermittelt werden. Dafür muss der Gesetzgeber den Auftrag erteilen, zeitnah ein wissenschaftliches Instrument zu entwickeln, das die Versorgungsbedarfe morbiditätsorientiert und kleinräumig ermittelt. Die Ermittlung der Versorgungsbedarfe ermöglicht zudem den Zugang für alle Bevölkerungsgruppen zur Versorgung und die gezielte Förderung von Präventionsmaßnahmen.

Eine bundeseinheitliche und standardisierte Bedarfsplanung kann dabei helfen, Strukturen, Richtlinien und Schulungen im Klinikalltag zu etablieren, die die Kliniken und das medizinische Personal bestmöglich vorbereiten. Ziel ist eine Versorgung, die für alle gerecht und tragfähig ist.

Das sind wir

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. (DEKV)

Unter unserem Dach versammeln wir rund 200 evangelische Krankenhäuser mit mehr als 120.000 Beschäftigten und mehr als 10 Mrd. € Umsatz. Sie versorgen jährlich mehr als 2 Mio. Patientinnen und Patienten stationär und mehr als 3,5 Mio. ambulant. Rund 300 Expertinnen und Experten engagieren sich ehrenamtlich bei uns. Sie machen den DEKV zu einem Thinktank der medizinischen, pflegerischen und sozialen Gesundheitsversorgung. Mit einem interdisziplinären Geschäftsstellenteam in der Vernetzung mit der Diakonie Deutschland, der DKG und der EKD organisieren und bündeln wir dieses Knowhow. Gemeinsam arbeiten wir daran, dass Behandlungsqualität, Versorgungsinnovation, Zuwendung und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus erlebbar sind.

Weitere Informationen über uns unter www.dekv.de

Kontakt

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.

Reinhardtstraße 34, 10117 Berlin

+49 (0) 30 20051419-0

office@dekv.de

www.dekv.de

Herausgeber

Christoph Radbruch, Vorsitzender DEKV

Melanie Kanzler, Verbandsdirektorin DEKV

März 2025

