



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Tätigkeitsbericht

für den Zeitraum vom 8. November 2024 – 31. Oktober 2025

vorgelegt zur

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

am 18. November 2025 in Berlin

Stand: 31. Oktober 2025

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

Verbandskennzahlen und Aufgaben des DEKV	3
Die Krankenhauspolitik in 2024/25: Das enttäuschte große Versprechen	3
Gesundheitspolitische Positionen des DEKV für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages	4
Gesundheitspolitische Entwicklungen in 2024/2025: Trotz Ampel-Aus: Krankenhausreform von den Ländern gebilligt und seit 1. Januar 2025 in Kraft	6
Liste ausgewählter Gesetze und Vorhaben in 2024/2025	9
Entwicklungen der Verbandsarbeit	17
DEKV-Vertreter:innen in den Gremien der Selbstverwaltung: DKG, G-BA und IQTIG	26
Geschäftsstelle	28
Risiken.....	28
Planung.....	29

Verbandskennzahlen und Aufgaben des DEKV

In Deutschland wird jeder 10. stationäre Patient in einem der 180 evangelischen Krankenhäuser von den 24.200 Ärzt:innen und 51.100 Pfleger:innen qualifiziert behandelt. Insgesamt werden 5,4 Millionen Patientinnen ambulant und stationär versorgt. Evangelische Krankenhäuser halten 11 Prozent des Marktanteils am gesamten Krankenhausmarkt und sichern damit die Krankenhauskapazitäten in Deutschland in einem relevanten Umfang. Sie beschäftigen mehr als 127.000 Personen und 80 Prozent der Häuser bilden in Gesundheits- und Pflegeberufen aus. Damit bieten sie jungen Menschen und Quereinsteiger:innen eine berufliche Perspektive.

Mit ihrer Wirtschaftsleistung von rund 12 Milliarden Euro Umsatz sind evangelische Krankenhäuser ein bedeutsamer Teil der deutschen Gesundheitswirtschaft. Neben einer wohnortnahmen medizinischen Versorgung stellen sie auch eine spezialisierte, medizinische Fachversorgung sicher. Die evangelischen somatischen Krankenhäuser sind zum Großteil Grund- und Regelversorger aber auch spezialisierte Fachkliniken. Die Gesamtgruppe hat einen durchschnittlichen Casemixindex (CMI) von 1,07 (AOK 2018). Zu drei Viertel sind sie in Ballungs- und Ballungsrandgebieten lokalisiert.

Der prozentual höchste Anteil der Patientenversorgung evangelischer Krankenhäuser bezogen auf die Gesamtpatient:innenzahl im jeweiligen Bundesland findet in Hamburg (17%), NRW (14%) und Sachsen-Anhalt (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 sowie in der Geburtshilfe zu finden.

Schwerpunkte der Arbeit des DEKV sind die politische Interessenvertretung beim Bund (Bundesministerien, Deutscher Bundestag), bei Verbänden und bei Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene sowie die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Überdies wirkt der DEKV bei der Bearbeitung von Selbstverwaltungsaufgaben auf Bundesebene mit. Als Lobbyorganisation ist eines der wesentlichen Ziele, in den fachlichen Austausch mit den verschiedenen Vertreter:innen von Gesundheitspolitik und -wesen zu kommen und zu bleiben.

Die Vielfalt der unterschiedlichen wirtschaftlichen und unternehmerischen Interessen der Mitglieder sind in der politischen Lobbyarbeit in Einklang zu bringen. Vor dem Hintergrund der heterogenen Mitgliederstrukturen der Häuser müssen die Belange der kleineren und mittelgroßen Krankenhäuser vertreten, gleichzeitig aber auch die in vieler Hinsicht anders gerichteten Interessen der großen, fallstarken Krankenhäuser sowie der regionalen und bundesweiten Klinikverbünde in Einklang gebracht werden. Die Synthese der unterschiedlichen Positionen und Erwartungen gelingt vor allem über die Vermittlung der Patient:innenperspektive, der Qualitäts- und Gemeinwohlorientierung und der Bezogenheit auf christliche Werte bzw. das daraus abgeleitete Ethos menschenfreundlicher Zuwendung. Der diakonische Dreiklang von Wirtschaftlichkeit, Professionalität und Ethik ist gemeinsame Basis für das Handeln der evangelischen Krankenhäuser.

Der DEKV setzt sich insbesondere für eine zukunftsorientierte, innovative und gemeinwohldienliche Krankenhauspolitik ein, die Trägervielfalt erhält und Qualitätswettbewerb fördert. Wesentliche Aspekte dafür sind verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung, eine Modernisierung der Gesundheitsberufe und eine konsequente Patientenorientierung in der Versorgung.

Dabei fokussiert der DEKV die vier Cluster:

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

Die Krankenhauspolitik in 2024/25: Das enttäuschte große Versprechen

Diese vier Worte kennzeichnen die Krankenhauspolitik von November 2024 bis Oktober 2025. Sowohl das große Versprechen der Ampel-Regierung, den Krankenhäusern den hohen wirtschaftlichen Druck zu nehmen, als auch das große Versprechen der schwarz-roten Regierung unter Kanzler Merz, den Krankenhäusern die hohen Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 auszugleichen, sind jäh enttäuscht worden. Das politische Versprechen, mehr Planungssicherheit für die Krankenhäuser durch die Reform läuft ins Leere.
Warum?

Erstens: Die Vorhaltefinanzierung und die weitere Konkretisierung der Vorhaltebudgets aus der Krankenhausreform

entpuppen sich immer mehr als eine Schimäre. Durch die Fallbezogenheit des Vorhaltebudgets in Verbindung mit der starren Korridorregelung geraten die Krankenhäuser immer weiter unter wirtschaftlichen Druck. Die wohl gemeinten Zuschläge für die Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung sind nur Symptombehandlung, sie verändern nicht grundlegend die strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser. Daher: Ein Ende des wirtschaftlichen Drucks in den Krankenhäusern ist nicht in Sicht.

Zweitens: Die in den Koalitionsverhandlungen 2025 zugesagten finanziellen Zuflüsse für die Krankenhäuser in Höhe von 4 Mrd. Euro für 12 Monate währte knappe 6 Monate. Im Frühsommer sind mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2025 die Soforttransformationshilfen für Krankenhäuser eingeführt worden. Vorgesehen ist, dass die Krankenhäuser von November 2025 bis Oktober 2026 für jeden Krankenhausabrechnungsfall ein Rechnungsaufschlags i. H. v. 3,25 % vornehmen können. Diese 4 Mrd. Euro sind, durch den vom Bundeskabinett am 15 Oktober 2025 beschlossenen Wegfall der Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 kurzum halbiert worden. Als Sparbeitrag der Krankenhäuser zur Stabilisierung der GKV-Beiträge im Jahr 2026. Unverständlich, nicht sachgerecht und widersprüchlich. Weit entfernt von konsistentem verlässlichem Handeln gesundheitspolitischer Entscheider, das die Krankenhäuser fort dauernd vom Bund und den Ländern einfordern.

Statt Sicherheit und Möglichkeiten, geht es jetzt mehr um Beschränkung und Pragmatismus. Anders ist die Botschaft dieses unerwartet harten und widersprüchlichen Sparbeschlusses der Bundesregierung nicht von den Krankenhäusern zu verstehen. Somit gelingt kein geordneter Wandel der existierenden Krankenhausstrukturen. Und das Vertrauen des Krankenhausmanagements in die Gestaltungsfähigkeit der Politik schwindet.

Gesundheitspolitische Positionen des DEKV für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages

TRAUEN WIR UNS! Fünf Impulse zur Gesundheitsversorgung von morgen

Evangelische Krankenhäuser sind Versorgungsgestalter seit mehr als 150 Jahren. Sie haben seit jeher bewiesen, dass sie in ihre ungewisse Lage hineinwachsen können. Herausforderungen annehmen, nicht weglassen, wenn die medizinische und soziale Versorgung anstrengend und mühsam wird. Deshalb hat der DEKV-Vorstand beherzt entschieden: Die gesundheitspolitischen Positionen des DEKV tragen den Titel „**TRAUEN WIR UNS!**“. Gerade in ungewissen Zeiten mangelt es an Ermutigung und Zuspruch. Die fünf DEKV-Impulse zur Gesundheitsversorgung von morgen wollen auffordern und zugleich Mut zusprechen.

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.

„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.“

Mit diesen Zeilen formulieren die evangelischen Krankenhäuser Ihre Haltung und ihr Zielbild, wie sie versorgen wollen. Um dieses zu erreichen, brauchen wir dringend einander. Die Zeit ist reif, umzuschalten. Die DEKV-Positionen sind eine Einladung an die vielen Mitwirkenden der gesundheitlichen Versorgung, sich zusammen mit den evangelischen Krankenhäusern auf die Reise und in neue Situationen zu begeben. Den Pfad der Transformation und der Qualität beschreiten wir am besten gemeinsam.

So wie der DEKV den Prozess der Erarbeitung und Aktualisierung der gesundheitspolitischen Positionen für die Bundestagswahl 2025 gestaltet hat. In einem mehrstufigen breiten Beteiligungsverfahren sind die Positionen als Teamleistung von den Mitgliedern, dem Vorstand, dem Team der DEKV-Geschäftsstelle und externen Stakeholdern erarbeitet worden.

Gestartet ist der Prozess mit einem Vordenker-Workshop am 14./15.Oktober 2024. Dreizehn DEKV-Vertreter: innen der vier Professionen haben in einem eineinhalbtägigen Workshop die von der Geschäftsstelle aufbereiteten Positionen intensiv beraten. Die Ergebnisse des Workshops wurden von dem Team der Geschäftsstelle in die Positionen eingearbeitet. Am 12. Dezember 2025 fand eine digitale Resonanz-Konferenz mit über zwanzig Teilnehmenden aus den DEKV-Mitgliedshäusern und mit externen Stakeholdern statt. Die Ergebnisse der Beratung flossen in das Papier. Die DEKV-Positionen als Kurz- und Langversion wurden vom Vorstand in seiner Klausur am 26. und 27. Februar 2025 final beraten und beschlossen. Anschließend wurden die Positionen grafisch gestaltet.

Zum Start der Koalitionsverhandlungen von CDU, CSU und SPD am 13. März 2025 hat der DEKV seine gesundheitspolitischen Positionen „**TRAUEN WIR UNS!**“ veröffentlicht. Den Unterhändler: innen für das Kapitel Gesundheit wurden sie übermittelt.

Fünf Impulse zur Gesundheitsversorgung von morgen für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages

1. SO VERSORGEN WIR STÄRKER AUS DER PATIENTENPERSPEKTIVE

Vorgaben für die sektorenübergreifenden Versorger vereinfachen

Die Vorgaben für die sektorenübergreifende Versorgung müssen radikal vereinfacht und reduziert werden. Unsere zentrale Forderung für mehr Planungssicherheit ist, ein garantiertes Gesamtbudget mit den Kostenträgern zu verhandeln.

Krankenhäuser für ambulante Leistungserbringung öffnen

Gerade in dünn besiedelten Regionen mit wenigen niedergelassenen Ärzt:innen sind Krankenhäuser Anker der Gesundheitsversorgung. Deshalb muss es gesetzlich ermöglicht werden, die Sektorengrenzen für die Krankenhäuser zur vor- und nachstationären Behandlung zu öffnen.

Ergebnisqualität den Vorrang geben

Für die Qualitätssicherung muss die Perspektive der Patient:innen stärker einbezogen und auf die Ergebnisqualität fokussiert werden. Die unterschiedlichen Vorgaben zu Strukturen und Prozessen müssen vereinheitlicht und als Mindeststandards ausgestaltet werden.

2. SO WERDEN PATIENT:INNEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG BESSER VERSORGT

Mobile Behandlungsteams in den Regionen etablieren

Zur Versorgung von Menschen mit Behinderung sollen mobile Behandlungsteams mit Inklusionskompetenz regional etabliert und koordiniert werden. Für Notfälle braucht es besondere Strukturen.

Innovative Leuchttürme bundesweit aufbauen

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen und zugleich Forschung und Lehre in diesem Bereich zu stärken, brauchen wir mindestens ein spezialisiertes Zentrum mit umfassender medizinischer Expertise für Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung pro vier Millionen Bundesbürger:innen.

In leichter Sprache und barrierefrei informieren

Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung müssen im Rahmen ihrer Möglichkeiten verstehen können, was bei einer medizinischen Behandlung passiert und wie sie den Erfolg der Behandlung unterstützen können. Informationen zur Aufklärung müssen entsprechend aufbereitet werden.

3. SO VEREINFACHEN WIR DIE WEITERBEHANDLUNG

Notfallversorgung sektorenübergreifend ausrichten

Für die Notfallversorgung ist eine bundeseinheitliche Regelung erforderlich. Außerdem müssen integrierte Leitstellen und Notfallzentren regional etabliert werden.

Notfallregister bundesweit etablieren

Für die kontinuierliche Messung und Auswertung von bundesweiten Notfalldaten 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 und ambulanten Versorgungsangeboten garantieren. Erforderlich sind dafür standardisierte digitale (Entlass-) Protokolle mit einem Datensatzformat für alle Versorgungsbereiche (One-Size-Fits-All).

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.

4. SO SICHERN WIR GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN IM KRANKENHAUS

Dokumentationspflichten auf ein Minimum reduzieren

Jede Maßnahme zur Dokumentation muss darauf hin überprüft werden, ob sie entbehrlich ist, aus bestehenden Daten abgeleitet werden oder digital automatisiert erfolgen kann. Die maßgeblichen Organisationen der Selbstverwaltung sind gesetzlich zu beauftragen, einen Bürokratiecheck auszuarbeiten und durchzuführen.

Pflegepersonalbedarfsbemessung (PPR 2.0) auf den Prüfstand stellen

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.

Weiterbildung der Gesundheitsberufe vollständig refinanzieren

Die im Krankenhaus anfallenden Vollkosten für die Qualifizierung der pflegerischen und medizinischen Mitarbeiter:innen müssen vollständig übernommen werden. Dafür müssen die tatsächlichen Qualifizierungsbedarfe im Krankenhaus berücksichtigt und das Qualifizierungschancengesetz entsprechend angepasst werden.

Gesundheitsfachberufe aufwerten

Die Gesetzesvorhaben zur Aufwertung der Gesundheitsfachberufe (Pflegefachassistentengesetz, Pflegekompetenzgesetz, Gesetz zur Pflegeexpert:in APN, Reform Therapieberufe) wurden in der letzten Legislaturperiode beraten und vorbereitet. Sie müssen ins Gesetzgebungsverfahren eingebracht und beschlossen werden.

5. SO BLEIBT DIE VERSORGUNG QUALITATIV HOCHWERTIG UND FINANZIERBAR

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

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.

Gesundheitspolitische Entwicklungen in 2024/2025: Trotz Ampel-Aus: Krankenhausreform von den Ländern gebilligt und seit 1. Januar 2025 in Kraft

Die Parlamentarier des 20. Bundestages haben die Krankenhausreform mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVG) am 17. Oktober 2024 beschlossen. Am 22. November 2024 billigten die Länder das Gesetz, nach einem intensiven Ringen miteinander. Die Krankenhausreform ist zum 1. Januar 2025 in Kraft getreten. Mit der Reform werden erstmalig bundeseinheitliche Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien für Krankenhäuser eingeführt. Schrittweise soll die Finanzierung der Krankenhäuser bis Ende 2029 umgestellt werden, um die Vorhaltung von Strukturen und Kapazitäten zu sichern. Auch wird beabsichtigt, den wirtschaftlichen Druck der

Kliniken zu verringern. Eine stärkere Spezialisierung der Kliniken sowie größere Betriebseinheiten sollen zudem befördert werden. Der politisch gewollte Wandel der Krankenhausstrukturen wird mit einem 50-Mrd. Euro Transformationsfonds unterstützt.

Kurzer Winter-Wahlkampf zum 21. Deutschen Bundestag mündet in schwarz-roter Regierung

Reform der Krankenhausreform ist gemeinsames Ziel der schwarz-roten Koalitionäre

Am 6. November 2024 endete die Ampel-Regierung dramatisch. Der Bundesfinanzminister Christian Lindner wurde vom 21. Bundeskanzler Olaf Scholz entlassen. Die Begründung: Es existiere keine Vertrauensbasis mehr. Vorausgegangen war ein erbitterter Streit um die Wirtschafts- und Haushaltspolitik und der nicht zu einende Haushalt 2025. Die drei Koalitionspartner hatten nicht mehr die Kraft, ihre unterschiedlichen politischen Prioritäten und Lösungsstrategien in Einklang zu bringen.

Die vorgezogenen Neuwahlen fanden am 23. Februar 2025 statt. Der Bundestagswahlkampf musste im Winter stattfinden und dauerte nur wenige Wochen. Der Wahlsieger dieser 21. Bundestagswahl waren die Unionsparteien CDU und CSU mit Kanzlerkandidat Friedrich Merz. Sie erhielten 28,5 Prozent der Stimmen und konnten gegenüber der Vorwahl ihr Ergebnis um gut 4 Prozentpunkte steigern. Mit einer Verdoppelung der Stimmen von 10,3 auf 20,8 Prozent folgte an zweiter Stelle die AfD. Drittstärkste Kraft wurde die SPD mit 16,4 Prozent, dem schlechtesten Ergebnis der Parteiengeschichte auf Bundesebene. Sie erlitt einen Stimmeneinbruch von knapp 10 Prozent. Als viertstärkste Kraft ging Bündnis 90/Die Grünen hervor. Sie verloren an Stimmen und landeten bei 11,6 %. Allerdings ist es das zweitbeste Ergebnis bei einer Bundestagswahl in der Parteigeschichte. Die Linke mit ihrer 37-jährigen Spitzenkandidatin Heidi Reichennek baute ihren Stimmenanteil deutlich aus und erreichte 8,8 Prozent der Zweitstimmen. Nicht in den 21. Bundestag schaffte es die FDP. Sie stürzte auf 4,3 % ab und schied zum zweiten Mal in ihrer Geschichte aus dem Parlament aus. An der Fünf-Prozent-Hürde scheiterte das 2024 von ehemaligen Linken-Abgeordneten gegründete Bündnis Sahra Wagenknecht.

21. Bundestag: Mehr als ein Drittel neue Abgeordnete

230 neue Parlamentarier:innen sind in den 21. Deutschen Bundestag eingezogen, der sich am 25. März 2025 konstituierte. Insgesamt zählt der neue Bundestag 630 Mitglieder, wovon 400 bereits im 20. Bundestag saßen. Der Ausschuss für Gesundheit besteht zum überwiegenden Teil aus Parlamentariern, die neu in den Bundestag gewählt worden sind.

Schwarz-roter Koalitionsvertrag 2025: Mehr Ausnahmen für die Länder

In den Koalitionsverhandlungen zwischen CDU, CSU und SPD von Mai 2025 sind den Krankenhäusern kurzfristige finanzielle Hilfen zum Ausgleich der hohen Kostensteigerungen in den Jahren 2022 und 2023 zugesagt worden. An der Krankenhausreform wird festgehalten. Sie soll qualitativ, bedarfsgerecht und praxistauglich weiterentwickelt werden. Insbesondere die Grundversorgung (Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe) wie auch die Notfallversorgung in den ländlichen Räumen sollen durch Ausnahmeregelungen sowie erweiterte Kooperationsmöglichkeiten von den Ländern gesichert werden.

An der Einführung der Vorhaltefinanzierung wird festgehalten. Das Jahr 2027 soll für alle Krankenhäuser erlösneutral sein. Eine Verlängerung der Konvergenzphase von 2 auf 3 Jahre wurde vereinbart. Damit startet die neue Finanzierung der Krankenhäuser ab dem Jahr 2028. Das Land NRW erhält eine Übergangsregelung für seine Krankenhausplanung bis 2030.

Nachfolgende Gesetzesvorhaben, die die Krankenhäuser berühren, sind namentlich im Koalitionsvertrag 2025 genannt: Gesetz zur Notfall- und Rettungsdienstreform, Gesetz zur Pflegekompetenz, Pflegefachassistenz und zur Einführung der „Advanced Practice Nurse“, Reform der Berufegesetze Ergo-/Physio-/Logo- teilkademisch, Bürokratieentlastungsgesetz im Gesundheitswesen (Vertrauenskultur, Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen), bessere Datennutzung durch Registergesetz.

2025: BMG unter neuer Leitung: Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU)

Als neue Bundesministerin für Gesundheit im Kabinett Merz ist die 46-jährige Nina Warken aus Baden-Württemberg am 6. Mai 2025 im Bundestag vereidigt worden. Sie tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Karl Lauterbach an. Die Rechtsanwältin Nina Warken ist seit 2023 direkt gewählte Abgeordnete für den Wahlkreis Odenwald-Tauber. In der letzten Wahlperiode war sie Parlamentarische Geschäftsführerin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. In den Jahren 2023 bis 2025 hatte sie das Amt als Generalsekretärin der CDU Baden-Württemberg inne. Von der

Bundesdelegiertenversammlung ist Nina Warken als neue Bundesvorsitzende der Frauen Union der CDU Ende Mai 2025 gewählt worden.

Krisen-Bewältigung und Navigieren durch Unsicherheiten bleiben an der Tagesordnung

Deutschland hat vielfältige Herausforderungen parallel zu meistern. Dazu zählen die Nachwirkungen der Bewältigung der Covid-Pandemie, die 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 den zunehmenden weltpolitischen Spannungen. Darüber hinaus gab es in den letzten Jahren tiefgreifende Veränderungen der Parteienlandschaft und der Debattenkultur in Deutschland.

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, KHVG, Pflegebefugniserweiterungsgesetz, Notfallreform) der letzten und der ersten sechs Monate der 21. Legislaturperiode haben die Krankenhausbranche auf den Pfad der Transformation und der Qualität geführt. Diese Bundesreformen erfordern in den Ländern eine Aktualisierung der Landeskrankenhausgesetze und -planungen. Die Länder haben eine Schlüsselfunktion inne, da sie die Leistungsgruppen und die Vorhaltezahlen für die Krankenhäuser zuteilen. 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.

Liste ausgewählter Gesetze und Vorhaben in 2024/2025

Titel	20. LP	21. LP	Status
Struktur und Finanzierung			
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG)	BT: 17.10.24 BR: 23.11.24	--	In Kraft seit 12.12.24
Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG)	--	Kabinett: 08.10.25	Im Parl. Verfahren
Gesetz zur Reform der Notfallversorgung	Kabinett: 17.07.24	--	Beendet aufgrund Neuwahl
Haushaltsbegleitgesetz 2025	--	BT: 18.09.25 BR: 26.09.25	In Kraft seit 01.01.25
Kompetenzen und Qualifikationen			
Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) (vormals Pflegekompetenzgesetz)	Kabinett: 09.09.25		Im Parl. Verfahren
Gesetz über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenzausbildung	BT: 09.10.25 BR: 17.10.25		Verkündung bevorstehend

BT: Bundestag; BR: Bundesrat

Sonderthema: Gesetzliche Personalbemessung und -vorgaben im Krankenhaus

Instrument	Status	Gesetzesgrundlage
Pflegepersonal		
Pflegepersonaluntergrenzen & PpUG-V	Es besteht eine sanktionierte Erfassungs- und Einhaltungspflicht in 20 pflegesensitiven Bereichen	§ 137i SGB V (Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten 24.07.17)
PPBV und PPR 2.0	Verpflichtende Erfassung in allen Krankenhäusern, sanktionierte Meldeverpflichtung seit dem 1. Quartal 2025 zum 14. Mai 2025, noch keine verpflichtende Erfüllungsquoten, Bes. Einrichtungen sind ausgenommen	§ 137k SGB V (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz KHPfLEG 28.12.22)
	Weiterentwicklungsprozess im Auftrag von DKG und GKV-SV – Qualifikationsmix, Standardisierung, Digitale Erfassung, Personalbemessung Notaufnahme	§ 137l SGB V (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz KHPfLEG 28.12.22)
Pflegepersonalquotient	Jährliche Veröffentlichung durch InEK zum 31.10., gesetzliche Risikoadjustierung des Pflegeaufwands durch Pflegelastkatalog noch nicht umgesetzt,	§ 137j SGB V (Pflegepersonal-

	Rechtsverordnung zur verpflichtenden Erfüllung eines Mindestquotient ausstehend	Stärkungsgesetz PpSG 11.12.18)
Ärztinnen und Ärzte		
ÄPS-BÄK (Ärztliches Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer)	Derzeit läuft eine gesetzlich verpflichtende Evaluation, Rechtsverordnung zur Anwendung ausstehend	§ 137m SGB V (KVVVG 12.12.25)
Weitere Gesundheitsberufe im Krankenhaus		
Kommission von DKG, GKV-SV und PKV zur Erarbeitung von Empfehlungen zur Personalbemessung weiterer Berufsgruppen	Konzeption und Geschäftsordnung geeint und durch BMG genehmigt, Aufnahme der Arbeit bezüglich Prüfung einer Bemessung bei Hebammen, Physiotherapie und Ergotherapie steht bevor	§ 137n SGB V (KVVVG 12.12.2025)

Krankenhausreform: KVVVG wird durch KHAG weiterentwickelt

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) will die Krankenhausreform auf der gesetzlichen Grundlage des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG) mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) weiterentwickeln. Der Bundesrat hatte am 22. November 2024 das Gesetz (KVVVG) gebilligt. Die Reform ist damit zum 12. Dezember 2024 in Kraft getreten. Die Reform soll die klinische Versorgung in Deutschland verbessern und die Kosten senken. Dafür sollen Krankenhäuser sich unter anderem spezialisieren und nicht mehr alle Behandlungen anbieten. Länder und Krankenhausvertretungen hatten das Gesetz immer wieder kritisiert. Das KVVVG vom ehemaligen Gesundheitsminister Professor Lauterbach wird von Ländern, Verbänden und Krankenhäusern als zu zentralistisch, zu bürokratisch und zu realitätsfern gewertet.

Am 8. Oktober 2025 hat das Bundeskabinett den Gesetzesentwurf zum KHAG im Kabinett beschlossen.



Zur praxisnahen Weiterentwicklung und besseren Umsetzbarkeit der, mit dem KVVVG insbesondere im SGB V, im KHG und im KHEntgG vorgenommenen Änderungen, sind nun weitere Anpassungen der gesetzlichen Regelungen vorgesehen.

Unter anderem sind Anpassungen bei der Finanzierung des Transformationsfonds, Ausnahmen für die Zuweisung von Leistungsgruppen und Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern vorgesehen. Auch wurde die Anzahl der Leistungsgruppen von 65 auf 61 reduziert und es wurden Anpassungen bei den Qualitätskriterien sowie deren Maßgaben zur Erfüllung

geplant. Es entfallen die Leistungsgruppen: Infektiologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin sowie Notfallmedizin. Auch wurden Zwischenfristen insbesondere zur Einführung der Vorhaltevergütung und im Hinblick auf die Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu den Leistungsgruppen angepasst. Im Detail sind die ausgewählten nachfolgenden Anpassungen vorgesehen:

Die Einführung der Vorhaltefinanzierung wird um ein Jahr verschoben, inhaltlich jedoch nicht verändert. Entsprechend werden verschiedene Fristen angepasst. Die Konvergenzphase ist nun für die Jahre 2028 und 2029 vorgesehen; ab 2030 entfaltet die Regelung ihre volle finanzielle Wirksamkeit. Krankenhäuser können ihr individuelles Vorhaltebudget

frühestens Ende Februar 2026 erfahren – vorausgesetzt, das jeweilige Land hat dem InEK bis Ende 2025 die zugewiesenen Leistungsgruppen (LG) gemeldet. Die Veröffentlichung der Mindestvorhaltezahlen – deren Erfüllung Voraussetzung für die Abrechnung der Vorhaltevergütung ist erfolgt ein Jahr später als ursprünglich geplant, also am 12. Dezember 2026.

Die Länder erhalten drei Monate mehr Zeit, um den Medizinischen Dienst (MD) mit der Überprüfung der Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen zu beauftragen (neuer Stichtag: 31. Dezember 2025). Der MD muss die Prüfungen bis zum 31. Juli 2026 abschließen. Die Anzahl der Leistungsgruppen sowie die Qualitätskriterien werden in einer neuen Anlage 1 zu § 135e SGB V angepasst. Unter anderem entfällt die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUG) als Qualitätskriterium.

Die Wochenarbeitszeit für Fachärzte (Vollzeitäquivalent) wird von 40 auf 38,5 Stunden reduziert. Belegärzte können künftig bei vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag in bis zu drei Leistungsgruppen angerechnet werden. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erhalten die Länder mehr Gestaltungsspielraum. Die Definition des Begriffs „Fachkrankenhaus“ wird geändert. Die bisherige Vorgabe, dass 80 Prozent der Fälle in höchstens vier Leistungsgruppen zu erbringen sind, entfällt. Kooperationen zwischen am Standort vorzuhaltenden verwandten Leistungsgruppen sowie bei der sachlichen Ausstattung sind nun uneingeschränkt zulässig, sofern ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorliegt.

Die 15 Prozentgrenze bei onkochirurgischen Leistungen kann vom G-BA zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgung nach unten angepasst werden. Das Bezugsjahr für die Leistungsmengen wird von 2023 auf 2025 verschoben. Die Regelung zur 2.000-Meter-Luftlinien-Distanz für Flächenstandorte bleibt unverändert. Die Insolvenzrisikoprüfung für Krankenhäuser für Mittel aus dem Transformationsfonds soll ersatzlos entfallen. Zudem ist die Antragstellung der Länder an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nicht mehr an bundesgesetzliche Fristen gebunden. Der GKV-Anteil wird künftig aus dem Sondervermögen Infrastruktur finanziert auch ist eine Reduktion der Kofinanzierung der Länder vorgesehen.

Entgegen früheren Annahmen wird der Bundesklinikatlas nicht abgeschafft; entsprechende bürokratische Regelungen bleiben somit bestehen.

KHVG: Leistungsgruppen- Ausschuss

Die evangelischen Krankenhäuser werden im beratenden Arbeitsgremium des Leistungsgruppenausschusses (AG-LGA) der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) durch Kay Brandenburg, Referent für Politik, Recht und Ökonomie, vertreten. Im Zuge der Berufung in den Ausschuss wurde am 7. Februar 2025 eine schriftliche Abfrage zu möglichen Anpassungsbedarfen bei den Leistungsgruppen (LG) an alle Mitgliedshäuser des DEKV verschickt. Die Rückmeldungen wurden der AG schriftlich übermittelt und mündlich in den Sitzungen nachgehalten.

In über 10 bisherigen Sitzungen und weiter noch stattfinden Sitzungen wurden u. a. die nachfolgenden Themen bearbeitet und DEKV-Änderungshinweise aus der Mitgliedschaft adressiert. Zunächst wurde ein Abgleich der Leistungsgruppen gemäß Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz mit den bestehenden Leistungsgruppenregelungen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Im Anschluss wurde mit der Anpassung gemäß den Rückmeldungen aller Teilnehmer der AG-LGA begonnen. Dabei wurden die einzelnen Leistungsgruppen separat durchgegangen und diskutiert.

Da die AG-LGA bestimmte Punkte anders bewertet als die evangelischen Krankenhäuser, werden zentrale Anliegen in den Sitzungen mündlich eingebbracht. Viele Rückmeldungen aus der Mitgliedschaft wurden inhaltlich aufgegriffen. Dabei wurde jedoch deutlich gemacht, dass sich die DKG im Ausschuss nicht in allen Punkten aktiv für Änderungen einsetzen wird. Welche Änderungen bei den Anforderungen mit den Kostenträgern vereinbart werden können, ist derzeit offen. Der DEKV hat sich jedoch – entsprechend den Rückmeldungen aus der Mitgliedschaft – für notwendige Anpassungen in mehreren Leistungsgruppen eingesetzt.

Ein zentrales Anliegen betraf die Ausnahmen für Belegkrankenhäuser von bestimmten Strukturanforderungen. Hervorzuheben sind das Engagement des DEKV für eine Anpassung der Regelung zu Vollzeitäquivalenten (VZÄ) sowie – in Kooperation mit der Deutschen Diabetesgesellschaft – für Änderungen in der Leistungsgruppe 2 „Endokrinologie und Diabetes“. Notwendige gesetzliche Änderungen oder Änderungen in Rechtsverordnung zu diesen Themen, sind primär

auf den DEKV zurückzuführen. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Änderungshinweise und Anpassungsvorschläge leicht eingebracht werden können, wenn diese mit entsprechenden sachlichen Argumenten hinterlegt sind.

KHVVG: Besondere Einrichtungen für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) können künftig Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen spezialisieren, als „Besondere Einrichtungen“ von der DRG-Finanzierung ausgenommen werden. Als Besondere Einrichtungen gelten Krankenhäuser, deren Leistungen aufgrund ihrer speziellen Versorgungsstruktur oder Patientenzusammensetzung nicht sachgerecht über die DRG-Systematik vergütet werden können. Dazu zählen bisher beispielsweise Epilepsiezentren oder Zentren für Brandverletzte. Die Anerkennung und Vergütung solcher Einrichtungen regelt die Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE), die von GKV-Spitzenverband, PKV und DKG gemeinsam festgelegt wird.

Für die neue Einrichtungskategorie mussten in der VBE 2025 zwei Punkte definiert werden:

Wer zur Patientengruppe „Menschen mit Behinderung“ zählt, und welcher Anteil dieser Patientinnen und Patienten im Krankenhaus behandelt werden muss, um als Besondere Einrichtung anerkannt zu werden. Die Selbstverwaltungspartner einigten sich auf eine Liste relevanter ICD-10-Diagnosen, darunter Intelligenzminderung, Autismus-Spektrum-Störungen, psychische Störungen infolge einer Hirnschädigung oder Funktionsstörung sowie Persönlichkeitsstörungen. Zusätzlich zählen Menschen mit Pflegegrad 4 oder 5 unter 50 Jahren dazu. Ein Krankenhaus kann als Besondere Einrichtung anerkannt werden, wenn mindestens 30 % seiner Patientinnen und Patienten eine dieser Haupt- oder Nebendiagnosen aufweisen.

Der DEKV brachte hierbei seine fachliche Expertise aus dem Netzwerk seiner Mitgliedseinrichtungen in die Arbeit der DKG-Geschäftsstelle ein und unterstützte damit die Verhandlungen der Kriterien.

Eine weitere Neuerung des KHVVG betrifft den Anerkennungszeitraum: Der Status als Besondere Einrichtung gilt künftig unbefristet und muss nicht mehr jährlich erneuert werden. Das schafft mehr Planungssicherheit für die betroffenen Krankenhäuser.

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

Hybrid-DRG: Mindestens eine Millionen Hybrid-DRG-Fälle sollen im Jahr 2026 nach dem KHVVG erbracht werden, im Jahr 2028 1,5 Millionen Fälle und zwei Millionen Fälle für 2030.

Den dazugehörigen Leistungskatalog dieser sektorengleichen Vergütung entwickeln die Selbstverwaltungspartner, GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) jährlich, jeweils bis zum 31. März für das kommende Jahr. 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 SGB V § 115f.

Es wird 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. Hintergrund ist, dass 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, im Hybrid-DRG-System pauschal und damit zum Teil unter EBM-Niveau bezahlt würden.

AOP-Katalog: Im Bereich des ambulanten Operierens gemäß § 115b SGB V verhandeln die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-SV, KBV und DKG) einen neuen AOP-Vertrag sowie AOP-Katalog nebst einheitlicher Vergütung für Vertragsärzt:innen und Krankenhäuser. 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. Da es für eine solche Einschränkung keine Anhaltspunkte im Gesetz gibt, überlegt die DKG, ob dieser Bezug zum stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses aus dem AOP-Vertrag gestrichen werden sollte.

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 für eine Streichung des Bezugs zum stationären Versorgungsauftrag einzusetzen, um so einen möglichst großen Freiraum für Krankenhäuser beim ambulanten Operieren zu erreichen.

Notfallreform – Halt auf halber Strecke durch Ampel-Aus

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 Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz) in der 20. Legislaturperiode festschreiben. Auch die Einrichtung von integrierten Notfallzentren (INZ), die eine Zusammenarbeit von Notaufnahme und kassenärztlicher Notdienstpraxis vorsehen, sollte geregelt werden. Weitere Vorhaben waren: Die Nummern 112 und 116 117 zu verknüpfen, telemedizinische Angebote auszuweiten und die Versorgung auf dem Land zu stärken. Eine Formulierungshilfe der Regierungsfraktionen zum Rettungsdienst mit geänderter Finanzierung und bundeseinheitlichen Qualitätskriterien wurde am 15. Oktober 2024 in das parlamentarische Verfahren eingebbracht. 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.

Haushaltsbegleitgesetz 2025: Soforttransformationshilfen

Das Haushaltsbegleitgesetz ist am 2. Oktober 2025 veröffentlicht worden. Im Gesetz ist der Krankenhausrechnungszuschlag in Höhe von 3,25 % für den Zeitraum vom 01. November 2025 bis zum 31. Oktober 2026 geregelt. Für den Fall, dass die für den Zuschlag eingeplanten Mittel in Höhe von 4 Mrd. Euro über den Zuschlag nicht vollständig verausgabt werden, sollen die verbleibenden Mittel in den Krankenhaustransformationsfonds überführt werden. Der Zuschlag ist ausschließlich auf Abrechnungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen anwendbar. Ursprünglich war vorgesehen, dass alle Krankenhäuser ab November 2025 für ein Jahr einen monatlichen Rechnungsaufschlag von 3,45 Prozent abrechnen dürfen. Diese Regelung der sogenannten Soforttransformationskosten wurde im parlamentarischen Verfahren angepasst und auch wurden andere Vorschläge zur Auszahlung der 4 Milliarden Euro in Betracht gezogen.

Gesetz zur Errichtung eines Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität: Transformationsfonds

Das 500 Milliarden Euro-Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität ist vom Bundestag und vom Bundesrat im September 2025 beschlossen worden. Geregelt ist es im Gesetz zur Errichtung eines Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIKG). Das Gesetz tritt rückwirkend zum 1. Januar 2025 in Kraft.

Der Bund stellt den Ländern Mittel in Höhe von bis zu 100 Milliarden Euro aus dem Sondervermögen zur Finanzierung von Investitionen in die Infrastruktur der Länder und ihrer Kommunen bereit. Die Mittel sind für investive Zwecke auch für die Krankenhäuser, zu verwenden. Die Entscheidung über die investive Verwendung der Mittel in den vorgesehenen Infrastrukturbereichen obliegen im Wesentlichen den Ländern. Die rechtliche Grundlage ist am 17. Oktober 2025 mit dem Gesetz zur Finanzierung von Infrastrukturinvestitionen von Ländern und Kommunen mit der Verabschiedung im Bundesrat geschaffen worden. Die Verteilung der gesamten Mittel auf die Länder erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel. Die Länder regeln die Verfahren für die Verteilung der Mittel unter den Kommunen. Hierbei sollen die Bedürfnisse finanzschwacher Kommunen respektive von strukturschwachen Regionen besonders berücksichtigt werden.

G-BA-Beschlüsse Notfallstufen-Regelung

Der G-BA Beschluss zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern von 2018, zuletzt in 2020 geändert, wird seit 2024 aktualisiert. Beraten werden u.a. die personellen Anforderungen, 30-Minuten-Regelung Facharztpräsenz am Patienten, telemedizinische Anforderungen. Ende Oktober 2024 und im Sommer 2025 haben Anhörungen mit den medizinischen Fachverbänden stattgefunden. Die Evaluation der Notfallstufen-Regelung haben das IQTIG Ende 2024 und das IQWIG Ende September 2025 vorgelegt. Ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 02.04.2025 hat den G-BA verpflichtet eine Stufe bzw. Kriterien der Nicht-Teilnahme zu definieren. Zudem hat das BSG beschieden, dass der G-BA keine Aussagen zur Vergütung aus den Notfallstufen treffen darf. Die Entscheidung zum Notfallstufenbeschluss im G-BA Plenum für den 16. Oktober 2025 wurde kurzfristig von der Tagesordnung genommen. Die Beratungen im Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA halten bis Oktober 2025 an.

Gesetz zur Befugniserweiterung- und Entbürokratisierung in der Pflege

Unter dem neuen Namen Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege greift die Bundesregierung den Gesetzentwurf zum Pflegekompetenzgesetz der Ampelkoalition aus dem Jahr 2024 wieder auf.

Das Gesetz soll Pflegefachpersonen ermöglichen, bestimmte bisher ärztlich verantwortete Leistungen, eigenverantwortlich zu übernehmen. Vorgesehen sind zunächst heilkundliche Tätigkeiten in den Bereichen Diabetes, Wundmanagement und Demenz. Zusätzliche Bereiche können folgen. Dafür ist ein Entwicklungsprozess für die Jahre 2026 bis 2031 im Gesetz verankert. Dieser Prozess soll die pflegerischen Aufgabenbereiche einschließlich heilkundlicher Tätigkeiten sektorenübergreifend beschreiben (Scope of practice, § 8 Abs. 3c SGB XI).

An die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ergeht der Auftrag, die leistungsrechtlichen Aspekte der eigenverantwortlichen Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch die Pflege in ihrem jeweiligen Bereich (im Krankenhaus und im KV-Bereich) zu regeln. DKG und GKV-Spitzenverband sollen bis zum 31. Juli 2028 für die Krankenhäuser einen Katalog von bisher ärztlichen Leistungen entwickeln, welche von Pflegefachpersonen übernommen werden können und wie dabei die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten gestaltet werden soll (§ 112a SGB V). Grundlage dafür ist der entsprechende Katalog aus dem ambulanten Bereich, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der GKV-Spitzenverband sowie die Interessenvertretung der ambulanten und stationären Pflege bis zum 31. Juli 2027 erarbeiten.

Für das Krankenhausmanagement kann dieses Gesetz einen Kulturwandel bedeuten. Aufgaben und Verantwortlichkeiten müssen neu geordnet werden, Prozesse angepasst und die notwendigen Kompetenzen für die neuen Aufgabenbereiche müssen strategisch weiterentwickelt werden.

Der DEKV hatte in seiner Stellungnahme vom 14. Juli 2025 zum Referentenentwurf kritisiert, dass die Regelungen für Krankenhäuser den Vorgaben aus dem ambulanten Bereich untergeordnet sind und die Interessensvertretung der Krankenhäuser an deren Ausarbeitung nicht beteiligt werden sollte. Durch die abgestimmte Intervention und das Zusammenwirken von DEKV und DKG konnte erreicht werden, dass die DKG nun ein Stellungnahmehorecht erhält und an den Sitzungen regelhaft teilnimmt, in denen der Katalog des ambulanten Bereichs verhandelt wird.

Der Gesetzentwurf passierte am 9. September 2025 das Bundeskabinett. Die Verabschiedung im Deutschen Bundestag wird voraussichtlich am 6. November erfolgen. Mit dem Bundesratsdurchgang des nicht zustimmungspflichtigen Gesetzes voraussichtlich am 19. Dezember 2025 würde das Gesetz noch in diesem Jahr in Kraft treten.

Gesetz zur Einführung der Pflegefachassistentz

Am 10. Oktober 2025 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentzausbildung (Pflegefachassistentenzgesetz) verabschiedet; der Bundesrat stimmte am 17. Oktober zu.

Mit dem Gesetz wird ein einheitliches Berufsprofil für die Pflegefachassistentz geschaffen, das die bislang landesrechtlich geregelten Pflegehilfe- und Pflegeassistentzausbildungen ablöst. Ziel ist eine bundesweit einheitliche, attraktive und qualitativ hochwertige Ausbildung, die zugleich die pflegerische Versorgung stärkt. Die neue generalistische Ausbildung dauert in der Regel 18 Monate und kann bei beruflicher Vorerfahrung oder teilweise absolviert er Pflegefachausbildung verkürzt werden. Voraussetzung ist ein Hauptschulabschluss; in begründeten Fällen ist auch eine Zulassung ohne Schulabschluss möglich. Die Ausbildung ermöglicht anschließend eine verkürzte Qualifizierung zur Pflegefachperson. Die Auszubildenden erhalten eine angemessene Vergütung, die Finanzierung erfolgt analog zum Pflegeberufegesetz über das bestehende Umlageverfahren.

Der DEKV brachte sich gemeinsam mit der Diakonie Deutschland und dem Deutschen Evangelischen Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) mit einer Stellungnahme zum Referentenentwurf und zur Anhörung im Gesundheitsausschuss am 6. Oktober 2025 ein. Darin forderten die Verbände unter anderem, dass Pflegeschulen, die bereits nach dem Pflegeberufegesetz ausbilden, automatisch zur Ausbildung der Pflegefachassistentz berechtigt sind und kein zusätzliches Zulassungsverfahren durchlaufen müssen. Zudem setzten sie sich für eine regelmäßige Refinanzierung von Personal für Schulsozialarbeit an den Ausbildungsstätten ein.

Eine bundeseinheitliche, generalistische Pflegefachassistentzausbildung ist eine langjährige Forderung des DEKV und der Diakonie Deutschland.

Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument und PPR 2.0

Zum 14. Mai 2025 mussten die Krankenhäuser in Deutschland erstmals Daten zur Pflegepersonalbemessung PPR 2.0 für das erste Quartal 2025 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermitteln. Die Pflegepersonalbemessung wurde im Juli 2024 eingeführt. Sie verpflichtet die Krankenhäuser, auf Stationsebene sowohl den Ist-Personalbestand als auch den Soll-Personalbedarf zu erfassen. Die Daten sind als monatliche Durchschnittswerte zu dokumentieren und quartalsweise an das InEK zu melden. Zusätzlich müssen die Krankenhäuser jährlich zum 30. Juni, erstmals im Jahr 2026, eine Jahresmeldung abgeben. Zwar besteht derzeit keine Verpflichtung zur Einhaltung einer bestimmten Soll-Besetzung, die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V gelten jedoch weiterhin. Besondere Einrichtungen nach § 17 Absatz 1 Satz 10 KHG sind von der PPBV ausgenommen.

Sanktionsvereinbarung zur Pflegepersonalbemessung

Zur Sicherstellung der fristgerechten Datenübermittlung waren Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband verpflichtet eine Sanktionsvereinbarung zu beschließen und legten diese am 10. Februar 2025 vor. Sie sieht vor, dass eine fehlende oder verspätete Quartalsmeldung mit 20.000 Euro, eine fehlende Jahresmeldung mit 100.000 Euro geahndet wird. Die Sanktionen werden schrittweise eingeführt: im Jahr 2025 in Höhe von 33 Prozent, 2026 in Höhe von 67 Prozent und ab 2027 in voller Höhe.

Der DEKV unterstützte die DKG bei den Verhandlungen fachlich durch Entsendung eines Praxisvertreters aus der DEKV-Mitgliedschaft.

Prüfauftrag Qualifikationsmix in PPR 2.0

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom 28. Dezember 2022 wurden DKG und GKV-Spitzenverband beauftragt, die PPR 2.0 im Zeitraum vom 30. September 2023 bis zum 31. Dezember 2024 wissenschaftlich weiterzuentwickeln. Ziel ist es, die Pflegepersonalbemessung fachlich und technisch zu überprüfen und zukunftsfähig zu gestalten. Der Auftrag umfasst die Prüfung eines geeigneten Qualifikationsmixes, die Analyse bestehender Pflegeklassifikationssysteme zur Entwicklung einer standardisierten Pflegedokumentation, eine dreimonatige Praxiserprobung, die Implementierung der weiterentwickelten PPR 2.0 unter Berücksichtigung bestehender Krankenhausinformationssysteme (KIS) sowie eine Literaturrecherche zur Pflegepersonalbemessung in Notaufnahmen.

Aufgrund eines Wechsels des Auftragnehmers im November 2024 verzögerte sich die Umsetzung. Seit September 2025 liegt den Auftraggebern der Abschlussbericht vor, der sich derzeit in der finalen Abstimmung befindet. Auf Grundlage der Ergebnisse soll anschließend der Auftrag für eine Praxiserprobung in den Krankenhäusern ausgeschrieben werden.

Der DEKV steht weiterhin kritisch zur Personalbedarfsbemessung PPR 2.0.

Personalbemessung für Ärzt:innen und weitere Berufe im Krankenhaus

Im Juli 2025 lief die im KHVVG gesetzlich vorgesehene Praxiserprobung der Personalbemessung für Ärzte der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) an. Auf Grundlage der Ergebnisse der Erprobung kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) per Rechtsverordnung unter Zustimmung des Bundesrates die konkreten Vorgaben für die Umsetzung in der Praxis festlegen. Eine Frist für die Rechtsverordnung ist nicht gesetzlich vorgegeben. Im Gesetz gibt es auch keinen direkten Sanktionsmechanismus bei Unterschreitung möglicher Personalvorgaben für den ärztlichen Dienst.

Jedoch könnten sich im Fall einer Integration dieses Instruments in die Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen mittelbar gravierende Auswirkungen ergeben.

Die Erprobung erfolgte ab Juli 2025 in 10 Krankenhäusern und von 25. August bis 3. Oktober 2025 innerhalb einer größeren Stichprobe. Der Abschlussbericht zur Erprobung ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Die ÄPS-BÄK ermittelt die benötigte Zahl an Ärztinnen und Ärzten für jedes Fachgebiet mit unmittelbarer Patientenversorgung. Für jeden Fachbereich wurde ein eigener Aufgabenkatalog mit zugehörigem Zeitbedarf entwickelt. Die Aufgaben umfassen direkte und indirekte Patientenversorgung sowie weitere ärztliche Aufgaben und Pflichten, etwa Fort- und Weiterbildung. Den einzelnen Aufgaben sind Zeitwerte zugeordnet, die krankenhausindividuell innerhalb eines definierten Rahmens angepasst werden können.

Ein Qualifikationsmix ist nicht vorgesehen; berücksichtigt werden ausschließlich Fachärztinnen und -ärzte, Oberärztinnen und -ärzte, Chefärztinnen und -ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf, etwa Menschen mit Behinderungen, ist in der Bemessung abgebildet.

Kommission zur Erarbeitung von Empfehlungen zur Personalbemessung weiterer Berufsgruppen

Künftig soll auch für weitere Berufsgruppen in der direkten Patientenversorgung im Krankenhaus geprüft werden, ob und wie eine Personalbedarfsbemessung umgesetzt werden kann. Das KHVVG hat die Partner der Selbstverwaltung gesetzlich beauftragt, hierfür eine Kommission einzurichten, die entsprechende Empfehlungen erarbeiten soll.

Das vom GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) entwickelte Konzept zur Organisation und Arbeitsweise sowie die Geschäftsordnung der Kommission wurden im September 2025 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt.

In den kommenden drei Jahren wird sie sich auf drei Gesundheitsberufe konzentrieren: Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen sowie Hebammen. In einem ersten Schritt soll geprüft werden, ob und in welchem Umfang für diese Berufsgruppen eine Personalbemessung erforderlich ist. Dabei wird auch der bürokratische Aufwand berücksichtigt, der mit einer möglichen Umsetzung verbunden wäre.

Die Kommission wird sich aus je einer Vertretung von DKG, GKV-Spitzenverband und PKV sowie aus drei praktischen Vertreterinnen oder Vertretern der jeweiligen Berufsgruppen und zwei wissenschaftlichen Fachpersonen zusammensetzen. Alle Empfehlungen sollen im Konsens der Mitglieder beschlossen werden. Derzeit läuft die Auswahl der Fach- und Berufsgruppenvertreterinnen und -vertreter, damit die Kommission ihre Arbeit zeitnah aufnehmen kann. Der DEKV war beratend in der vorbereitenden, internen DKG-Arbeitsgruppe mit einer Vertreterin beteiligt.

Evaluation Krankenhausbegleitrichtlinie: Krankengeld für begleitende Angehörige von Menschen mit Behinderung

Seit November 2022 haben berufstätige Angehörige von Menschen mit Behinderung unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, eine bezahlte Freistellung zu erhalten, wenn sie als Vertrauensperson bei einem Krankenhausaufenthalt begleiten. Ähnlich werden die Lohnkosten von Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe durch den Kostenträger des SGB IX erstattet (§ 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX). Die Regelung wurde 2021 mit dem Tierarzneimittelgesetz eingeführt. Der G-BA war beauftragt, zu § 44b SGB V die Details zu regeln. Dazu brachte der DEKV

einen Regelungsvorschlag ein, der Grundlage für die Krankenhausbegleitrichtlinie wurde. Eine umfangreiche Evaluation erfolgt derzeit bis Ende 2025 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und des Bundesministeriums für Gesundheit. Der DEKV und seine Mitglieder unterstützten den Evaluationsprozess mit Praxisexpertise und der Vermittlung von Interviewpartnern für Fokusgruppen.

Entwicklungen der Verbandsarbeit

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 als Mitglied und der Verbandsdirektorin als stellvertretendem Mitglied 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, die Vorstandreferate, die DEKV-Expertengruppen, die thematischen Spotlights 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 zivilgesellschaftliche Gruppe evangelischer Christen im Kuratorium des IQTIG. Im April 2025 wurde sie als Kuratoriumsvorsitzende wiedergewählt.

Darüber hinaus wurde das gesundheitspolitische Netzwerk des DEKV mit Politik, Selbstverwaltung, Medien, Verbänden, Wissenschaft, Gewerkschaften und Diakonie weiterentwickelt und verstetigt. Der Vorsitzende und die Verbandsdirektorin 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.

Profilmanagement: Netzwerklandschaft und Themenprofilierung

Krankenhausversorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung

Die Versorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung stellt eine große Herausforderung für Krankenhäuser dar. Es geht dabei um Menschen, deren Kommunikationsfähigkeit so eingeschränkt ist, dass sie über Schmerzen und Symptome schwer oder gar nicht Auskunft geben können oder die aufgrund eines eingeschränkten Verständnisses für die Versorgungsprozesse und die ungewohnte Umgebung im Krankenhaus eine geringe oder fehlende Mitwirkung bis hin zur Abwehr von Versorgungshandlungen zeigen. Für die Organisation Krankenhaus bedeutet dies einen erheblich erhöhten Zeit- und Ressourcenaufwand und die damit verbundene Refinanzierungsfrage. Die Patientengruppe umfasst schätzungsweise 850.000 bis 1.900.000 Menschen. Sie sind definiert durch eine intellektuelle Beeinträchtigung, Autismusspektrumstörungen oder eine Kombination schwerer körperlicher Behinderungen. In Deutschland gibt es derzeit nur wenige Krankenhäuser, die sich auf die Versorgung dieser Patientengruppe spezialisiert hat. Die meisten befinden sich in evangelischer Trägerschaft.

DEKV-Konzeption: Zentren Medizin für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung

Die DEKV-Positionen zur 21. Legislaturperiode fordern die Einrichtung von einem Zentrum Medizin für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung pro 4 Millionen Einwohner. Die Konzeption zu diesen Zentren entwickelte der DEKV gemeinsam mit Praxisexpertinnen und -experten aus seinen Mitgliedseinrichtungen im Jahr 2024. Die Konzeption orientiert sich an der Zentrumsregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 136c Absatz 5 SGB V. Ziel ist es, Zentren mit besonderer Expertise zu schaffen, die die Versorgung dieser Patientengruppe gezielt verbessern, indem sie insbesondere die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Forschung fördern. Ein Zentrum nach der G-BA-Regelung muss klare Struktur- und Prozesskriterien erfüllen. Auf dieser Grundlage kann es mit den Kostenträgern Zuschläge für Aufgaben wie die Vernetzung und Unterstützung anderer Leistungserbringer vereinbaren.

DEKV-Konzeption: Stationäre Versorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung

Von Mai bis Juli 2025 führte der DEKV die Arbeiten an seiner Konzeption zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung fort. Aufbauend auf der bereits entwickelten Konzeption zu den Zentren Medizin für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung lag der Schwerpunkt nun auf der stationären, somatischen Regelversorgung.

Die neue DEKV-Konzeption konkretisiert die in den DEKV-Positionen zur 21. Legislaturperiode formulierte Forderung nach Mobilen Behandlungsteams. Diese interdisziplinären Teams sollen regional etabliert werden, um Krankenhäuser bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung sowohl telemedizinisch als auch vor Ort zu unterstützen. Eine Anbindung kann an spezialisierte Versorger, MZEBs, koordinierende Krankenhäuser oder den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) erfolgen. In ihrer Organisationsstruktur orientieren sich die Teams an den externen palliativmedizinischen Teams, die über ein Zusatzentgelt refinanziert werden (OPS 8-98h.1). Darüber hinaus schlägt der DEKV eine Weiterentwicklung des unbewerteten Zusatzentgelts „Behandlung von Schwerstbehinderten“ (ZE20xx-36) und die Etablierung von „Beauftragten für Inklusion in der patientennahen Versorgung in Krankenhäusern“ vor und fordert ein Förderprogramm für die Fortbildung bei Ärztinnen und Ärzten.

Die Konzeption entstand mit fachlicher Unterstützung durch Praxisexpert:innen aus den evangelischen Krankenhäusern, Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin, Krankenhaus Mara, Bielefeld, Krankenhaus Marienstift, Braunschweig, Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe, und Ev. Krankenhaus Alsterdorf, Hamburg. Die Konzeption wurde einer breiteren Fachöffentlichkeit im Rahmen einer digitalen Konferenz vorgestellt. Die 23 Teilnehmenden kamen aus evangelischen Krankenhäusern, von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Ev. Fachverband für Teilhabe (BeB), Bethel regional, der Evangelischen Hochschule Berlin, vom Bayerischen Hausärzteverband und vom Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln.

Hebammeleiteter Kreißsaal und G-BA Regelungsvorhaben

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG) wurde auch eine Förderung für den Hebammenkreißsaal eingeführt. An Krankenhäuser, die einen Hebammenkreißsaal anbieten, sollen jährlich 20 Millionen Euro der insgesamt 120 Millionen Euro umfassenden Fördermittel für die Geburtshilfe aus § 39 KHG verteilt werden. Voraussetzung ist die Einhaltung von Qualitätsanforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis 30. Juni 2025 entwickeln sollte. Ein Hebammenkreißsaal ist ein ergänzendes Versorgungskonzept innerhalb der stationären Geburtshilfe, das Schwangeren mit niedrigem Geburtsrisiko eine Geburt unter eigenverantwortlicher Betreuung einer erfahrenen Hebamme ermöglicht. Ärztliche Unterstützung erfolgt nur bei medizinischer Notwendigkeit. Aktuell betreiben vierzehn der sechzig evangelischen Krankenhäuser mit Geburtshilfe einen Hebammenkreißsaal oder dieser befindet sich im Aufbau.

Der DEKV entwickelte gemeinsam mit Fachleuten aus der Geburtshilfe mehrerer Mitgliedseinrichtungen einen eigenen Entwurf für eine Qualitätssicherungsrichtlinie. Der Hebammenkreißsaal ist nach Sicht des DEKV eine Möglichkeit, die stationäre Geburtshilfe als attraktiven Arbeitsort weiterzuentwickeln. Das Konzept des DEKV legt besonderen Wert auf die Evaluation der Ergebnisqualität, einschließlich der individuellen Geburtserfahrung, etwa durch Patient Reported Experience Measures (PREM) und Patient Reported Outcome Measures (PROM). Zudem wird ein praxistauglicher Vorschlag zum Betreuungsumfang durch die Hebammen während der Geburt unterbreitet. Der Entwurf des DEKV wurde in die internen Beratungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und in die G-BA Beratungen eingebracht. Ziel des G-BA ist eine Verabschiedung der Qualitätsrichtlinie zum Hebammenkreißsaal noch im Jahr 2025.

An der Entwicklung beteiligt waren Mitarbeitende des Agaplesion Diakonieklinikums Hamburg, des Agaplesion Diakonieklinikums Rotenburg, des Christlichen Krankenhauses Quakenbrück, des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses Speyer, des Evangelischen Diakoniekrankenhauses Freiburg, der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB), des Evangelischen Klinikums Bethel in Bielefeld sowie des Martin-Luther-Krankenhauses der Johannesstift Diakonie in Berlin.

Gemeinsames Impulspapier Sektorenübergreifende Versorger mit AOK-BV, DEKV, Sana, Asklepios, Thüringen-Kliniken

In einer großen Allianz haben die Asklepios Kliniken, die Sana Kliniken, die Thüringen-Kliniken, der AOK-Bundesverband, sowie der Deutsche Evangelische Krankenhausverband in einem gemeinsamen Impulspapier Nachbesserungen bei den gesetzlichen Regelungen für die sogenannten „Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ gefordert. Als neuer Kliniktyp sollen sie an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung im Zuge der

Krankenhausreform eingeführt werden. Der Fokus dieser Häuser sollte stärker auf der ambulanten Versorgung mit Übernachtungsmöglichkeit, statt auf der stationären Behandlung liegen, ist die Forderung in dem gemeinsamen Papier. Die Allianz 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 die Politik zu tragen.

Das Impulspapier sowie die Pressemitteilung vom 22. September 2025 wurden breit in der öffentlichen Presse sowie in der Fachpresse aufgenommen. Auch wurde das gemeinsame Impulspapier von der Fach- und Leitungsebene im BMG gewürdigt.

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 dem IQWiG, den Verbänden der Ärzteschaft, Sozialverbänden und Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbänden vollzogen worden. Neben klassischen Instrumenten der Öffentlichkeitsarbeit, wie Pressemitteilungen, sind neue DEKV-eigene Formate durchgeführt worden.

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 Pflegende, Mediziner:innen und weitere Gesundheitsfachberufe bei der Vermittlung von Informationen und der Aufklärung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen 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-mal heruntergeladen worden. Es ist eine Publikation zum gemeinsamen Projekt „Verstehen und verstanden werden“ von den Projektbeteiligten in der Zeitschrift Heilberufe 05.2024 veröffentlicht worden. Das IQWiG bereitet aktuell das Modul Medikamententraining/Compliance mit den Projektpartnern MARA und DEKV vor. Seit dem Jahr 2024 ist die Kooperation vom DEKV, Mara und dem IQWiG in eine andere Form überführt worden. Der Stiftungsrat des IQWiG hat im Jahr 2024 zwei weitere VK für zwei Jahre dem IQWiG genehmigt, um die Vorhaben Gesundheitsinformationen zu bearbeiten.

Zwei bilaterale Projekte mit Häusern aus der evangelischen Familie sind mit dem IQWiG im Jahr 2025 vertraglich vereinbart worden:

- 1. GI in leichter Sprache im stationären Sektor:** MARA und IQWiG zu drei Themen u.a. zur Arzneimitteleinnahme/Compliance, Orientierung im Krankenhaus.
- 2. Erprobung der GI in leichter Sprache im ambulanten Sektor:** MZEB Uniklinik Magdeburg vormals Pfeiffersche Stiftungen

Teilprojekt IQWiG und Diakoniekrankenhaus, Stuttgart: „Schilddrüsenknoten“

Das IQWiG hat in den Jahren 2021 bis 2024 Gesundheitsinformationen zum Themenbereich „Schilddrüsenknoten“, samt Entscheidungshilfe und Postkarten entwickelt. Aus dem Diakonieklinikum Stuttgart waren zwei Ärzt:innen als Gutachter bei der Erstellung der Materialien eingebunden. Die Evaluation durch Diakonieklinikum Stuttgart und IQWiG steht noch aus.

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 das Format „DEKV-Info“ erfolgt.

Im Berichtszeitraum vom 08. November 2024 bis zum 17. Oktober 2025 hat der DEKV **16** Pressemitteilungen mit den oben genannten Titeln versendet. In dem genannten Zeitraum erschienen zusätzlich noch 2 Veröffentlichungen zu Pressemitteilungen aus April und November 2024 (Versandtermine: 12.04.2024 und 06.11.2024).

Die Pressemitteilungen und weitere PR-Aktivitäten wurden insgesamt **851** Mal aufgegriffen (736 Online, 52 Print; 63 Social Media). Erreicht wurden damit **1.081.763** Kontakte über Print und die Onlineveröffentlichungen haben **ca. 126,4** Mio. Pagevisits.

Liste der DEKV-Pressemitteilungen im Zeitraum 08.11.2024 bis 17.10.2025:

22.11.2024	Krankenhausreform: DEKV fordert Nachbesserungen für tragfähige Strukturen und nachhaltige Versorgung
24.01.2025	Ambulant-stationäre Operationssäle und Barrierefreiheit fördern
21.02.2025	Hebammenkreißsaal braucht Ergebnisqualität
13.03.2025	Positionen 21. Legislaturperiode des deutschen Bundestages
02.04.2025	Boys'Day: Mehr Jungs entscheiden sich für eine Pflegeausbildung
03.04.2025	Versorgungsgerechtigkeit für Menschen mit Behinderung: Impuls setzen mit Zentren für Inklusive Medizin
07.04.2025	Melanie Kanzler als Vorsitzende des IQTIG-Kuratoriums wiedergewählt
09.04.2025	Statement zum Koalitionsvertrag: Krankenhausreform wird fortgesetzt – DEKV sieht Chancen für Korrekturen
02.05.2025	Zuwendung gegen Einsamkeit im Krankenhaus: Evangelischer Krankenhausverband auf dem Kirchentag 2025 in Hannover
02.07.2025	DEKV begrüßt Kabinettsbeschluss zum Länder- und -Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz (LuKIFG)
06.08.2025	Ohne echte Fallunabhängigkeit bleibt die Krankenhausreform Stückwerk: DEKV kritisiert unzureichende Anpassungen im aktuellen Referentenentwurf
21.08.2025	Reform mit Augenmaß: DEKV plädiert für realistische Strukturen und klare Fristen
10.09.2025	Im Blick evangelischer Krankenhäuser: Diagnose Einsamkeit
22.09.2025	Klinikträger, DEKV und AOK fordern Weiterentwicklung der gesetzlichen Vorgaben für Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen
08.10.2025	DEKV fordert echte Entkopplung der Krankenhausfinanzierung von Fallzahlen
14.10.2025	Ungesundes Sparen: Chance auf Entbürokratisierung vertan: Sparvorschläge des BMG verkomplizieren Patient: innenversorgung im Krankenhaus

Wortbeiträge Christoph Radbruch im Zeitraum 08.11.2024 bis 17.10.2025

14.11.2024	bibliomedmanager.de <i>Handlungsfähig bleiben in turbulenten Zeiten</i>
14.03.2025	bibliomedmanager.de <i>Echte Reform oder bloße Flickschusterei?</i>
26.03.2025	bibliomedmanager.de <i>Level-1i-Krankenhäuser: Trotz Bedarf noch viele Knackpunkte</i>
02.05.2025	f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus <i>Sektorenübergreifende Versorgung: Klein, aber systemrelevant</i>
03.07.2025	bibliomedmanager.de <i>Bitte die sektorenübergreifende Versorgung nicht vergessen!</i>
15.10.2025	aok.de <i>Warum ein konfessioneller Klinikverband auf SÜV setzt: „Ein notwendiger Schulterschluss“</i>

DEKV eigene Plattformen und Veranstaltungsformate mit Partnern

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

Parlamentarischer Abend und DEKV-Mitgliederversammlung 2024

Vertreter der Medizin, Krankenhäuser, Kassen und Politik sind sich einig: Notfallreform schnell wieder aufgreifen

Innerhalb von drei Monaten könnten die wesentlichen Inhalte einer Notfallreform von einer neuen Bundesregierung im nächsten Jahr auf den Weg gebracht werden, so die Empfehlung von Dr. Herbert Wollmann (SPD), Mitglied im Gesundheitsausschuss und Berichterstatter für das NotfallGesetz beim Parlamentarischen Abend „Notfallversorgung von morgen“ des DEKV am 26. November 2024. Der Abend fand eine gute Resonanz mit gut 80 Anmeldungen.

Das NotfallGesetz sollte am 15. November 2024 nach 2./3. Lesung im Bundestag verabschiedet werden und zum Juli 2025 in Kraft treten. Ziel der Ampelregierung war, das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) durch das NotfallGesetz zu begleiten und komplementär zu ergänzen. Durch das Scheitern der Ampelregierung wird das Gesetz jedoch nicht mehr im Bundestag aufgerufen.

Reform des Rettungsdienstes

Die Reform des Rettungsdienstes, besonders die Eingliederung des Rettungsdienstes in das SGB V, ist ein wesentlicher Faktor für eine gelingende Notfallversorgung. Ein Änderungsantrag der Regierungsfraktionen hatte dazu eine Regelung in das Gesetzesverfahren eingebracht. Diese wären durch intensive Beratungen mit den Ländern und den Verbänden durchaus umsetzbar gewesen. Auch die noch bestehenden Differenzen zu den aufsuchenden Diensten, zu denen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden sollten, könnten beigelegt werden, so Wollmann.

Notfallversorgung braucht konsequente Patient:innensteuerung

Martin Pin, Chefarzt der Notaufnahme des ev. Krankenhauses Florence Nightingale und Präsident der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) hoffte bis zuletzt, „dass das Notfallgesetz noch beschlossen wird“. Die Notfallversorgung ist dann erfolgreich, wenn eine konsequente Patient:innensteuerung – im Idealfall vor dem Krankenhaus – erfolgt. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Kräfte aller Akteure gebündelt werden. Weitere Punkte sind für Martin Pin eine umfassende Datenerhebung sowie „mehr Zeit und Mittel“ für die Versorgung von vulnerablen Patient:innen.

Herausforderung für die kommende Bundesregierung

Das Thema Notfallversorgung sah auch Kerstin Bockhorst, Leiterin des Referats Versorgungsstrukturen beim GKV-Spitzenverband, in der kommenden Legislatur „ganz vorne“. Sie sieht einen Handlungsbedarf auch kreisübergreifende Leitstellen zu ermöglichen. Die Notfall- und Akutstrukturen zu reformieren, sei eine „Dekadenherausforderung“, so Christoph Radbruch, Vorsitzender des DEKV. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine künftige Reform sei es, Notfallstrukturen zu 100 Prozent über eine Vorhaltefinanzierung abzusichern. „Die Anforderungen der G-BA Richtlinie Notfallstufen, die zurzeit beraten werden, müssen mit den Anforderungen der Leistungsgruppe Notfallmedizin aus dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in Einklang gebracht werden“, fordert Radbruch.

Gesundheitsministerium arbeitet an den Rechtsverordnungen

Michael Weller, Abteilungsleiter Krankenhausversorgung im Bundesgesundheitsministerium sagte beim DEKV-Forum 2025, dass das Ministerium „intensiv an der Rechtsverordnung zum Transformationsfonds arbeitet“. Die Krankenhäuser sollten sich darauf vorbereiten, bis Mitte 2025 die Förderanträge und die Konzepte für Transformationsmittel in den Ländern einreichen zu können, so Weller.

Digitale DEKV-Spotlights

Der DEKV hat im Berichtszeitraum acht digitale DEKV-Spotlights für die Mitglieder durchgeführt. Ziel dieses Formates ist, die gesetzlichen Vorhaben komprimiert vorzustellen und die Praxisperspektive für DEKV-Stellungnahmen aufzunehmen. Bei den Mitgliedern finden die Spotlights eine hohe Resonanz. Die Teilnehmerzahlen variieren je nach Thema zwischen 20 und 60 Teilnehmenden.

- 18. November 2024: **Spotlight KHVVG**
- 21. November 2024: **Spotlight Pflegebudget**
- 21. Januar 2025: **Spotlight Rechtsverordnung Transformationsfonds**
- 10. Februar 2025: **Spotlight Qualitätssicherungsrichtlinie Hebammenkreißsaal**
- 31. März 2025: **Spotlight Pflegepersonalbedarfsbemessung (PPBV und PPR 2.0)**
- 7. Mai 2025: **Spotlight Koalitionsvertrag 2025**
- 8. Juli 2025: **Spotlight Pflegekompetenzgesetz**
- 7. August 2025: **Spotlight KHAG**

Zweites Hoffest der Mietergemeinschaft in der Reinhardstr. 34 & 36 am 16. Juni 2025

Die Mietergemeinschaft in der Reinhardtstraße 34 und 36 hat anlässlich des Internationalen Tages der Nachbarschaft ein 2. Hoffest im Juni 2025 gefeiert. An dem Abend ist ein weiteres Kennenlernen und fachliches Vernetzen der Geschäftsstellenteams von MB, GVG, DÄB und DEKV gelungen.

DEKV auf etablierten Plattformen

DKG-Präsidium

Im Berichtszeitraum haben der Vorsitzende und die Verbandsdirektorin an 4 regulären DKG-Präsidiumssitzungen im November 2024, März, Juli und September 2025, 2 Mitgliederversammlungen im März und Juli 2025 in Präsenz sowie 8 digitalen (oft ad hoc) Sondersitzungen teilgenommen. Der Vorsitzende, die Verbandsdirektorin sowie die beiden Fachreferenten haben am DKG-Sommerempfang am 7. Juli 2025 teilgenommen.

DRG-Forum 2025

Am 20. März 2025 hat der Vorsitzende an der Session „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen | Mysterium Level II“ mit einem Vortrag „Potenzial sektorübergreifender Versorger“ teilgenommen

Hauptstadt Kongress 2025

Am 26. Juni 2025 hat der Vorsitzende an einer Podiumsdiskussion zum Thema „Notfallversorgung: Neue Strukturen braucht das Land!“ teilgenommen.

Katholischer Krankenhausverband (kkvd)

Mit dem kkvd findet ein regelmäßiger Austausch zwischen den Vorsitzenden und den Geschäftsführungen am Rande der DKG-Präsidiumssitzungen statt.

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. Januar, 21. Mai, 1. April, 28. Okt. 2025
- Treffen der Geschäftsführungen beim Sozialpolitischen Forum DD: Kein Termin in 2025
- Fachverbandskonferenzen Diakonie Deutschland der Vorstände und Geschäftsführungen: 8./9. April und 2. September 2025

Die Verbandsdirektorin und der Vorsitzende haben sich aktiv bei den Tagungen Strategische Ziele der Diakonie Deutschland 2026+ eingebracht. Die Präsenztagung fand am 21. März 2025 in Magdeburg statt.

Der Vorsitzende nahm an den Sitzungen und Gremien der Diakonie Deutschland teil.

Ausschuss für Diakonie: Die Sitzungen haben im Februar, Juni und September 2025 in Präsenz stattgefunden.

Die **Konferenz der Diakonie und Entwicklung** fand am 15. & 16. Oktober 2025 in Stuttgart statt.

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

Für den DEKV nimmt Dr. Johannes Egerer am Lenkungsausschuss des Zentrums Gesundheit, Rehabilitation und Pflege (GRP) der Diakonie Deutschland teil. Der Lenkungsausschuss berät derzeit eine Neuausrichtung seiner Arbeit.

Diakonie Resonanzkreis Pflege

Der Resonanzkreis Pflege befasst sich mit aktuellen Themen zur Pflege, Pflegeversicherung und zum Pflegeberuf. Er diskutiert Strategien für die politische Arbeit der Diakonie Deutschland in diesen Themenfeldern. Der DEKV nimmt an den anlassbezogen geplanten Terminen teil.

Forum Gesundheitsziele der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG e.V.) - Arbeitsgruppe Einsamkeit

Der Aktionsplan der Bundesregierung Einsamkeit ist bei den gesundheitlichen Themen ausbaufähig. Im September 2024 startete dazu eine adhoc-Arbeitsgruppe unter Federführung des GVG und Beteiligung des DEKV. Das Ergebnis war ein Papier des Forums Gesundheitsziele der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG e.V.) mit dem Titel „Einsamkeit begegnen: Gesundheitsziele und gesellschaftliche Herausforderungen“, das im September 2025 veröffentlicht wurde. Es beleuchtet bestehende Gesundheitsziele und analysiert, wie Maßnahmen zur Reduzierung von Einsamkeit in der Versorgung Älterer, von Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen mit Depressionen verankert werden können. Es leitet praxisnahe Ansätze ab, um Einsamkeit als Gesundheitsrisiko gezielt entgegenzutreten.

DEKV-Präsenz beim Evangelischen Kirchentag 30. April bis 3. Mai 2025 in Hannover

Vom 1. bis 3. Mai 2025 präsentierte sich der DEKV auf dem Evangelischen Kirchentag in Hannover auf dem Markt der Möglichkeiten. Der Informationsstand stellte die DEKV-Mitgliedseinrichtungen und den Verband mit ihrer Arbeit vor. In zahlreichen Gesprächen mit Besucherinnen und Besuchern wurde deutlich, was es bedeutet, in einem diakonischen Krankenhaus versorgt zu werden – und welchen besonderen Herausforderungen sich diese Häuser stellen.

Zudem führte der DEKV zwei Besucherumfragen durch: Die Frage „Was ist Zuwendung im Krankenhaus?“ knüpfte an eine Erhebung vom Kirchentag 2019 an. Die zweite Umfrage widmete sich dem Thema „Was ist Einsamkeit im Krankenhaus?“. Ein Highlight war der Besuch der Bundesfamilienministerin Lisa Paus, die mit ihrem Ministerium das Thema Einsamkeit und Gesundheit bearbeitet.

Fünfter Kongress der medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung am 4. September 2025 in Leipzig

Der Fachkongress wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (BAG-MZEB) und der Deutschen Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (DGMGB) am 4. und 5. September in Leipzig veranstaltet. Ein Fachreferent des DEKV vertrat den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband und führte vielfache Gespräche mit den Akteuren aus der Versorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung.

Vortrag im Rahmen des Hebammenstudiums der RWTH Aachen

Am 27. Mai 2025 war ein Fachreferent an der RWTH Aachen zu Besuch. Er war eingeladen die Verbandsarbeit des DEKV im Hebammenstudium vorzustellen und den rund 30 Studierenden näher zu bringen, wie Gesetzgebung und Meinungsbildungsprozesse in Deutschland erfolgen. Im Rahmen der Vorlesung nahmen die Studierenden an zwei Umfrage des DEKV teil: „Was ist Zuwendung in der Geburtshilfe?“ und „Was ist Einsamkeit in der Geburtshilfe?“

Vortrag am Evangelischen Krankenhaus Bethel und Krankenhaus Mara

Am 13. Januar 2025 war ein Fachreferent des DEKV im Evangelischen Krankenhaus Bethel und Krankenhaus Mara eingeladen, rund 30 leitenden Pflegekräften die Arbeit des DEKV vorzustellen und mit ihnen über aktuelle pflege- und gesundheitspolitische Themen zu diskutieren.

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 viermal Mal getagt.

- **Vorstandssitzung am 26.11.2024, Berlin**

Der Vorstand hat letzte Abstimmung zur MGV 2024 und zum DEKV-Forum 2025 vorgenommen

- **Vorstandsklausur am 26./27.02.2025, Berlin**

Der Vorstand beriet und beschloss: *Wahlergebnis der Bundestagswahl 2025, Gesundheitspolitische Positionen des DEKV für den 21. Deutschen Bundestag Es fand ein Lunchgespräch zum Thema: „Kreative Versorgungsstrategien trotz Ressourcenknappheit“ mit Johannes Wolff, Referatsleiter Krankenhausvergütung, GKV-SV statt.*

- **Vorstandssitzung, am 05.06.2025, Berlin**

Der Vorstand beriet und beschloss: *Empfehlung an die Mitgliederversammlung 2025 für den Jahresabschluss 2024 und Beauftragung Prüfung des Jahresabschlusses 2025. Beauftragung eines Rechtsgutachten Subsidiarität und Krankenhäuser, Positionen zum KHAG und Auswirkungen der Krankenhausreform in den Ländern, G-BA Beschluss Notfallstufen, DEKV-Policy Paper Versorgung von Menschen mit Behinderungen Maßnahmen zum Jubiläumsjahr 100 Jahre DEKV im Jahr 2026, Berufungen in Gremien der DKG und des DEKV e.V.*

- **Vorstandssitzung 27.08.2025, Berlin**

Der Vorstand hat folgende Beschlüsse gefasst: *Empfehlung an die Mitgliederversammlung 2025 für den Jahresabschluss 2024, die Beauftragung Prüfung des Jahresabschlusses 2025, den Wirtschaftsplan 2026, Diskussion zur gesundheitspolitischen Lage und Notfallversorgung mit Prof. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, Diskussion der Ergebnisse des Rechtsgutachtens zum Aspekt der Trägervielfalt und Subsidiarität mit Prof. Dr. Rainer Schlegel, BSG - Präsident a.D.*

DEKV-Vorstandsreferate

Die Vorstandsreferate tagen zwei Mal jährlich. Ihre Mitglieder sind vom Vorstand berufen.

Vorstandsreferat Pflege, Medizin und Qualität

Die Sitzungen im Berichtszeitraum fanden am 5. November 2024, 25. März 2025 in Berlin und 21. Oktober 2025 als Online-Sitzung statt. Die Position des Sprechers des Vorstandsreferats ist seit Ende 2021 vakant und wird kommissarisch von der stellvertretenden DEKV-Vorsitzenden wahrgenommen.

Die Sitzung am 5. November 2024 hatte als Themen die aktuellen Entwicklungen zum KHVVG und die Gesetzgebungsprozesse zur Pflegefachassistenz, zur Pflegekompetenz und zum APN-Gesetz. Im März 2025 wurden die Ergebnisse der Bundestagswahl und die Erfahrungen mit der Praxisanwendung der PPR 2.0 diskutiert. Themen der 2. Sitzung 2025 waren aktuelle Entwicklung beim Pflegebudgets in Verbindung mit der Pflegepersonalsituation in den Krankenhäusern.

Sprecher: N.N.

Mitglieder: Birgit Baier, Pflegedirektorin, Ev. Krankenhaus Paul Gerhardt Stift, Frau Sarah Buder, stv. Pflegedirektorin, Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg, Hannah Dollberg, Referentin, Diakonie Rheinland/Westfalen/Lippe (seit September 2025), 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 (bis Juli 2025), Matthias Jenny, Pflegedirektor, Diakoniekrankenhaus Freiburg, Prof. Dr. Michael Karaus, Medizinischer Geschäftsführer, Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende (bis Juli 2025), Christina Körner, Oberin/Schulleitung, Johanniter Bildungs-GmbH Bonn, Petra Krause, Pflegedirektorin Evangelisches Klinikum (EvKB) und

Krankenhaus Mara, Leitung Gesundheitsschulen von Bodelschwinghsche Stiftung Bethel, Katja Rosenthal-Schleicher, stv. Pflegedirektorin, Evangelisches Klinikum Bethel, 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.

Vorstandreferat Politik, Recht, Ökonomie

Die Sitzung im Berichtszeitraum fand am 21. Februar 2025 digital statt. Am 28. Oktober 2025 hat das Vorstandreferat bei Diakovere, Hannover in Präsenz getagt.

Thematische Schwerpunkte der Sitzungen waren:

21. Februar 2025:

- Umsetzungsprozesse, Rechtsverordnungen, Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV)
- Entwicklung DEKV-Positionen Bundestagswahl 2025
- Refinanzierung der klinischen Geburtshilfe in Krankenhäusern durch das Krankenhausentgeltsystem

28. Oktober 2025:

- Update zum Gesetzgebungsprozess, Höhe des Vorhaltebudgets in den Bundesländern, Mindestvorhaltezahlen
- Aussetzung Meistbegünstigungsklausel
- Finanzierung der klinischen Geburtshilfe in Krankenhäusern: Fokus Versicherungsprämie

Sprecher: Stefan David, Vorstandsvorsitzender DIAKOVERE gGmbH und DIAKOVERE Stiftung

Mitglieder: Detlef Albrecht, Verband Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg, Tim Allendorfer, AGAPLESION gAG, Matthias Becker, Geschäftsführer Johanniter GmbH, 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, Epilepsiezentrums 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.

Vorstandreferat Theologie und Ethik

Die Sitzungen im Berichtszeitraum fanden am 15. Mai sowie am 8. und 9. Oktober 2025 in Berlin statt.

Thematische Schwerpunkte der Sitzungen waren:

15. Mai 2025:

- Ergebnisse und Bewertungen Bundestagswahl: Koalitionsvertrag 2025 und neue politische Akteure für Gesundheit und Pflege sowie die Gesundheitspolitischen Positionen des DEKV: TRAuen WIR UNS!
- Vorstellung und Beratung des DEKV-Projekts Inklusive Versorgung
- Vorbereitung der EKD auf eine neue Gesetzesinitiative zur Organspende in der 21. Legislatur des Bundestages

8. und 9. Oktober 2025

- Beratung mit Vertreterinnen der Evangelischen Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. Fachverband für Psychologische Beratung und Supervision (EKFuL) zur Versorgungssituation von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch und Einschränkung von Schwangerschaftsabbrüchen nach konfessionellen Klinikzusammenschlüssen, Fall Lippstadt und Position der evangelischen Kirche
- Endredaktion des DEKV-Positionspapiers Evangelisches Profil

Sprecher: Christoph Radbruch, Vorsitzender DEKV

Mitglieder: Michael Brems, Koordinierungsstelle für Krankenhausseelsorge 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.

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 die 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 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 2024-2026	Einrichtung
Präsidium	Christoph Radbruch (Mitglied) Melanie Kanzler (stellvertretendes Mitglied)	Diakonie Deutschland Diakonie Deutschland
FA Personalwesen u. Krankenhausorganisation	Jonas Sewing Dr. Johannes Egerer	Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer DEKV
Fachausschuss Krankenhausfinanzierung	Stefan David Melanie Kanzler	DIAKOVERE gGmbH DEKV
FA f. Daten-Informa- tion u. -Kommunik.	N.N.	
Fachausschuss Recht und Verträge	Kay Brandenburg	DEKV
Fachausschuss Medizin	Dr. med. Martin Groß Dr. Bettina Beinhauer	Evangelisches Krankenhaus Oldenburg AGAPLESION gAG
Kommission KH- Psychiatrie	Anke Berger-Schmidt Dietmar Volk	DGD Klinik Hohe Mark gGmbH Evangelische Stiftung Tannenhof, Klinik für Psychiatrie Psychotherapie, Suchtmedizin, Psychosomatik, Neurologie
Kommission Leistungsentgelte	Olaf Walter Bernd Rühle	Evangelischer Verbund Augusta Ruhr Diakonie-Klinikum Stuttgart Diakonissenkrankenhaus und Paulinenhilfe gGmbH

Gremium	Besetzung 2024-2026	Einrichtung
Kommission Qualitätssicherung	Dr. Bettina Beinhauer	AGAPLESION gAG
Kommission Hygiene	Martin Dethlefsen	DIAKO Krankenhaus gGmbH
Ständiger Ausschuss BG-Nebenkostentarif	Bernd Rühle	Diakonie-Klinikum Stuttgart Diakonissenkrankenhaus und Paulinenhilfe gGmbH
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
Veranlasste Leistungen	Arbeits-/Regelungsbereiche: Krankentransport und Krankenhauseinweisung Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Arbeitsunfähigkeit Chroniker Häusliche Krankenpflege Außerklinische Intensivpflege 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 Thoraxtumoren, 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

Unterausschuss	Themen	DEKV -Vertreter
Arzneimittel	<p>AMNOG Verfahren Frühe Nutzenbewertung v. Arzneimitteln nach § 35a SGB V</p> <p>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))</p>	Melanie Kanzler, DEKV

Geschäftsstelle

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

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

Verbandsdirektorin	100%
Referent Politik/Recht/Ökonomie	100%
Referent Medizin/Pflege/Qualität	100%
Office Managerin	100% (aktuell vakant)

Die Zusammenarbeit der Geschäftsstelle mit dem Vorstand wird durch die in der Regel monatlichen Dienstbesprechung des Vorsitzenden, mit dem Team 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.

Die ehemalige Office-Managerin ist zum 31. März 2025 aus dem DEKV ausgeschieden. Die neue Office-Managerin ist zum 21. April 2025 gekündigt worden. Aktuell ist die Position Office-Management daher vakant. Das Stellenbesetzungsverfahren wird fortgeführt.

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, dass 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 31. März 2025 wurde der erste Bericht der registerführenden Stelle über die Führung des Lobbyregisters gemäß § 9 Absatz 1 Lobbyregistergesetz als Bundestagsdrucksache 20/15100 veröffentlicht.

Der DEKV als Interessenvertretung der evangelischen Krankenhäuser ist im Lobbyregister eingetragen. Die Aktualisierung erfolgt jährlich sowie auch unterjährig nach Bedarf entsprechend der gesetzlichen Vorgaben.

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.

Planung

Der Dezember 2025 ist bestimmt durch die parlamentarischen Beratungen zum KHAG. Am 17. Dezember findet die Anhörung im Gesundheitsausschuss statt. Das Team der Geschäftsstelle wird sich insbesondere für Änderungen bei der Vorhaltefinanzierung und den SÜV-Regelungen einsetzen.

Im Jahr 2026 feiert der Deutsche Evangelische Krankenhausverband sein 100-jähriges Bestehen. Der Verband wurde 1926 in Berlin gegründet und blickt somit auf eine lange und traditionsreiche Geschichte zurück. Dieses Jubiläum soll bewusst nicht im Zeichen eines historischen Rückblicks stehen, sondern genutzt werden, um den heutigen und zukünftigen Mehrwert evangelischer Krankenhäuser für das deutsche Gesundheitswesen sichtbar zu machen.

Ziel ist es, die öffentliche Wahrnehmung des DEKV zu stärken, das Profil evangelischer Krankenhäuser zu schärfen und das breite gesellschaftliche Engagement der DEKV-Mitgliedseinrichtungen herauszustellen. Es wird eine Jubiläumsveranstaltung als zentrale Festveranstaltung im Rahmen der regulären Mitgliederversammlung im November/Dezember 2026 in Berlin stattfinden. Diese Feier soll Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Gesundheitswesen, Kirche und Gesellschaft zusammenbringen. Zur Veranstaltung soll ein eigens produzierter Imagefilm vorgestellt werden, der die heutige Leistungsfähigkeit, das kirchliche Profil und das gesellschaftliche Engagement evangelischer Krankenhäuser veranschaulicht.

Der Film soll im Anschluss über die Website, Social Media und bei Veranstaltungen der Mitgliedseinrichtungen verbreitet werden. Ergänzend ist eine Kampagne „100 Gesichter“ vorgesehen. Im Rahmen dieser Aktion sollen 100 Menschen mit Bezug zu evangelischen Krankenhäusern ein persönliches Statement abgeben. Vorgesehen ist eine vielfältige Auswahl ehemaliger Mitarbeitender, die heute führende Rollen im Gesundheitswesen innehaben, aktive Mitarbeitende aus verschiedenen Berufsgruppen, Patient:innen mit prägenden Erfahrungen sowie prominente Unterstützer:innen aus Kirche, Politik oder Kultur. Diese Stimmen sollen emotional ansprechen und die Vielfalt, Tiefe und gesellschaftliche Bedeutung der evangelischen Krankenhausarbeit sichtbar machen. Die Inhalte der Kampagne werden als Beiträge für Social Media, Website und Printprodukte aufbereitet.

Als weiteres Element ist angedacht einen kreativen Workshop durchzuführen. Gemeinsam mit dem Studiengang Kommunikationsdesign der Universität Potsdam sowie Studierenden der Evangelischen Hochschule Berlin soll ein Projekt ins Leben gerufen werden, in dem eine moderne, visuell ansprechende Darstellung zentraler Kennzahlen evangelischer Krankenhäuser erarbeitet wird. Ziel ist es, wichtige Kennzahlen evangelischer Versorgung in verständliche und wirkungsvolle grafische Formate zu bringen.