

GESCHÄFTS- BERICHT 2024





Inhalt

Vorwort	2
Krankenhausreform: Gerade so über die Ziellinie	3
<i>Berichte aus den Geschäftsbereichen</i>	
Rechtsabteilung	5
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	6
Krankenhauspersonal	7
Politik	8
Finanzierung und Versorgungsplanung	9
Digitalisierung und eHealth	10
Qualität	11
Ambulante und stationäre klinische Versorgung	12
Methodenbewertung, Disease-Management- Programme und Veranlasste Leistungen	13
Arzneimittel und Notfallmedizin	14
Zeitschrift <i>das Krankenhaus</i>	15
Das Präsidium der DKG	16
Die Geschäftsstelle der DKG	18
Fachausschüsse, Kommissionen, Sachverständigengremien	19
Impressum	20

” Vier von fünf Krankenhäusern schrieben rote Zahlen, viele bewegen sich am Rande der Insolvenz.

Das Jahr 2024 war für die Krankenhäuser kein Jahr wie jedes andere. Vier von fünf Krankenhäusern schrieben rote Zahlen. Viele Krankenhäuser bewegten sich am Rande der Insolvenz. Nur die großzügigen Defizitausgleiche der Krankenhausträger konnten ein Kliniksterben bislang unbekanntes Ausmaßes verhindern.

Keine Unterstützung kam hingegen von der Bundesregierung. Minister Lauterbach knüpfte seine unverbindlichen Versprechungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser an das Durchwinken seiner Krankenhausreform durch die Länder im Bundesrat. Die wenigen mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) am Jahresende auf den Weg gebrachten Maßnahmen erwiesen sich erwartungsgemäß jedoch als völlig unzureichend, um die Situation der Krankenhäuser spürbar zu verbessern.

Auch die gesundheitspolitische Debatte war im Berichtsjahr maßgeblich vom Ringen um das KHVVG geprägt. Bis zuletzt blieb der Bund den Ländern die in Aussicht gestellte Auswirkungsanalyse der Reform schuldig. Dies war jedoch nur einer von vielen Gründen, die für die meisten Länder bis zum Schluss gegen die Reform sprachen. Auch die tiefgreifenden Übergriffe des Bundes in die Planungskompetenz der Länder hätten in politisch ruhigeren Zeiten mit Sicherheit dafür gesorgt, dass die Länder das Gesetz in den Vermittlungsausschuss geschickt hätten. Dass es zum Schluss doch noch anders kam, war weniger auf die Inhalte der Reform als vielmehr auf die schwierige politische Konstellation im Bund und in den Ländern im Vorfeld der auf den Februar 2025 vorgezogenen Bundestagswahl zurückzuführen. Dass die nächste Bundesregierung die Reform mit höchster Priorität auf ihre Agenda setzen muss, stand für die Krankenhäuser daher schon am Tag der entscheidenden Abstimmung im Bundesrat fest.

Die gemeinsame Selbstverwaltung stellte ihre Leistungsfähigkeit und ihr Verantwortungsbewusstsein für eine gut funktionierende Patientenversorgung auch im Jahr 2024 unter Beweis. Trotz schwieriger Rahmenbedingungen konnten die Selbstverwaltungspartner erneut sämtliche Vergütungskataloge einschließlich der dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen vereinbaren. Im Mittelpunkt der Beratungen standen darüber hinaus die Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs, die neuen Datenerhebungspflichten zum ärztlichen Personal sowie die Diskussion über den für die neue Planungssystematik zwingend notwendigen Leistungsgruppen-Grouper.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss wechselten sich Licht und Schatten einmal mehr ab. Die im März vorgenommene Verlängerung der Übergangsregelung zur Mindestpersonalausstattung in Psychatrien und die Reduzierung der Sanktionshöhe bei zu wenig Personal trugen der aktuellen Situation am Arbeitsmarkt Rechnung und wurden von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. In die völlig falsche Richtung ging hingegen der Beschluss des G-BA zur Qualitätssicherungsrichtlinie für Früh- und Reifgeborene. Die im Juli des Berichtsjahres beschlossene Überarbeitung der Richtlinie mit zusätzlichen kleinteiligen Qualitätsanforderungen und überzogenen finanziellen Sanktionen ignorierte die hohe Qualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in Deutschland und wurde von den Krankenhäusern als mittelfristige Gefährdung der flächendeckenden Perinatalversorgung eingestuft.

Zum Jahresbeginn 2025 sahen sich fast alle gesetzlichen Krankenkassen gezwungen, ihren Zusatzbeitrag deutlich zu erhöhen. Trotz des damit verbundenen Anstiegs ihrer Einnahmen ist absehbar, dass sich die finanzielle Lage der Kassen kurzfristig nicht wesentlich verbessern wird. Der politische Spielraum für Maßnahmen zur spürbaren Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser wird daher auch 2025 begrenzt sein.

Dies wird die DKG jedoch nicht davon abhalten, einen vollständigen Ausgleich sämtlicher bislang nicht refinanzierter Kostensteigerungen auch von der neuen Bundesregierung einzufordern. Ergänzend dazu wird es darauf ankommen, der neuen Bundesregierung Wege aufzuzeigen, wie sie zukünftig die medizinische Versorgung der Bevölkerung unter den bestehenden schwierigen Rahmenbedingungen sichern kann. Das größte Potenzial bieten in diesem Zusammenhang ein konsequenter Bürokratieabbau und eine Deregulierung. Die Krankenhäuser erwarten daher von der neuen Bundesregierung, dass sie sämtliche Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen darauf überprüft, ob sie für eine gute Patientenversorgung tatsächlich zwingend notwendig sind. Dem bis zur Amtsübernahme der neuen Regierung noch amtierenden Gesundheitsminister Lauterbach hatte die DKG mehrfach konkrete Vorschläge für einen umfassenden Bürokratieabbau vorgelegt. Dass dieser die Umsetzung der Vorschläge ohne sachlich-fachliche Begründung nicht auf den Weg gebracht hat, entsprach leider dem Stil der Gesundheitspolitik während der gesamten Legislaturperiode.

Uns war es aber auch wichtig, den Blick darauf zu weiten, wie unsere Gesundheitsversorgung zukünftig aussehen soll. Mit dem 2024 erschienenen Buch „Krankenhaus der Zukunft“ unterbreiten wir ein Diskussionsangebot, das weit über das übliche Kurieren von Symptomen hinausgeht. Für solche Debatten stehen wir auch im Jahr 2025 immer zur Verfügung. Trotz der existenziellen Krise, die die Krankenhauslandschaft im zurückliegenden Jahr mit voller Wucht erfasst hat, haben die unterschiedlichen Trägergruppen und regional verantwortlichen Mitglieder der DKG solidarisch und vertrauensvoll zusammengearbeitet. Dies war und ist eine zentrale Grundvoraussetzung, um sowohl in der Öffentlichkeit wie auch im politischen Raum als Stimme der Krankenhäuser und als kompetenter und verlässlicher Akteur wahrgenommen zu werden.

Dr. Gerald Gaß
Vorstandsvorsitzender der DKG



Krankenhausreform: Gerade so über die Ziellinie



Was lange währt, wird endlich gut – zumindest auf die Krankenhauspolitik des vergangenen Jahres trifft dieser Spruch nicht zu. 2024 stand, wie schon das Vorjahr, im Zeichen der Krankenhausreform.

Mit Ach und Krach hat Minister Lauterbach nach zähen Auseinandersetzungen mit Ländern und Krankenhäusern sein „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ in der finalen Bundesratsabstimmung Ende November über die Ziellinie gebracht. Zweifellos geholfen hat ihm dabei das Ampel-Aus. Die Aussicht, keine Mehrheit im Bundestag mehr zu haben, dürfte viele Landesvertreter dazu gebracht haben, dem Gesetz in der Länderkammer doch zuzustimmen, statt es in den Vermittlungsausschuss zu überweisen.

Lauterbachs Gesetz wird, anders als es sein sperriger Name verspricht, die Krankenhausversorgung nicht verbessern. Zu befürchten ist vielmehr, dass sich die Situation dort verschlechtert, wo sie ohnehin schon angespannt ist, wo Notaufnahmen der Kliniken bereits die weggebrochene niedergelassene Versorgung übernehmen müssen und wo sich die Menschen Gedanken machen, ob sie in einem Notfall schnell genug das nächste Krankenhaus erreichen.

Unnötige Verzögerungen durch unnötige Auseinandersetzungen

Schon vor den Herausforderungen und Verwerfungen der Coronapandemie war klar, dass die deutsche Krankenhauslandschaft reformbedürftig ist und eine solche Krankenhausreform das Großprojekt der Ampel-Gesundheitspolitik werden muss: Sektorengrenzen überwinden, mehr ambulante Behandlungen am Krankenhaus und Modernisierung der Versorgungsstrukturen durch Zentralisierung, Versorgungssicherung in strukturell schwächeren Regionen und Reservekapazitäten für Extremfälle wie weitere Pandemien. All diese Reformen sollten bereits am 1. Januar 2024 greifen, so der ursprüngliche Plan. Auseinandersetzungen zwischen Ländern, Kliniken und dem Bundesgesundheitsminister haben diesen Zeitplan allerdings völlig durcheinandergebracht. Regelmäßig hat Lauterbach Abmachungen und Versprechungen wieder aufgekündigt. So hatten sich Bund und Länder bereits 2023 darauf geeinigt, dass die Leistungsgruppen einmal auf Grundlage des schon in Nordrhein-Westfalen bewährten Modells geplant werden sollen. Der Minister hat diese Einigung wieder aufgekündigt und damit den Prozess mit monatelangen neuen Auseinandersetzungen verzögert.

Blindflug Krankenhausreform

Um die Folgen der Krankenhausreform für die Versorgung einschätzen zu können, hat die DKG das Bundesministerium immer wieder aufgefordert, die Auswirkungen wissenschaftlich im Vorfeld zu simulieren und zu analysieren. Auch zu dieser Auswirkungsanalyse gab es aus dem Ministerium nur Versprechen. DKG und die auf Datenanalysen für Krankenhäuser spezialisierte Vebeto haben schließlich selbst die Initiative ergriffen und die Reform auf ihre Folgen untersucht.

Das Ergebnis: Vor allem Lauterbachs angekündigte „Entökonomisierung“ und sein angeblicher Ausstieg aus den Fallpauschalen fallen aus. Keineswegs befreien seine Vorhaltepauschalen die Krankenhäuser aus der Abhängigkeit von den Fallzahlen, sodass diese Pauschalen auch nicht die stationäre Versorgung in strukturschwächeren Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte sichern können. Lauterbachs Versprechen, dass seine Reform angeschlagene Kliniken rettet, ist damit hinfällig, denn das Gegenteil ist der Fall. Nicht viel besser sieht es bei der Leistungsgruppen-Systematik aus. Zwar ist die Vergabe von Leistungsgruppen aus Sicht der Krankenhäuser grundsätzlich sinnvoll, aber die Verknüpfung mit Mindestvorhaltezahlen birgt Probleme. Beispiele sind die Leistungsgruppen Infektiologie und Notfallmedizin, die die Kliniken mit kaum erfüllbaren Vorgaben konfrontieren. Kleine hoch spezialisierte Kliniken könnten so Leistungsgruppen verlieren, in denen sie nachweislich hervorragende Qualität liefern. Qualität sei das Hauptziel seiner Reform, wurde der Minister nicht müde zu wiederholen, und wer Kritik äußere, äußere sich gleichzeitig gegen dieses Ziel. Die Realität der Reform verfehlt das Qualitätsziel allerdings um Längen.

TransparenzAtlas startet als Rohrkrepierer

Statt die Reform voranzutreiben und sich mit allen Akteuren auf gute Kompromisse zu einigen, hat sich der Minister auf anderen Schauplätzen verkämpft. Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz führte Lauterbach nicht nur durch die Hintertür die bereits im Kompromiss mit den Ländern abgeräumte Level-Idee nach BMG-Vorstellung wieder ein, er machte auch den Weg für seinen TransparenzAtlas frei. Monate vor dem Start dieses Atlas hatte Lauterbach die politische Debatte vor allem dafür genutzt, den Krankenhäusern Intransparenz vorzuwerfen. Sein Verzeichnis sollte diese Intransparenz beenden und den Menschen das für ihre Erkrankung bestmögliche Krankenhaus darstellen. Tatsächlich existieren ähnliche Suchmaschinen schon seit vielen Jahren, seien es Angebote der Krankenkassen, der Bertelsmann Stiftung oder das Deutsche Krankenhausverzeichnis der DKG. Lauterbachs Atlas ist als Desaster gestartet: Zahllose falsche Daten haben nicht nur die Patientinnen und Patienten, die diesen Atlas nutzten, in die Irre geführt, sondern auch den betroffenen Kliniken Schaden zugefügt. Erst nach wochenlanger Kritik hat der Minister seinen Atlas wieder vom Netz genommen. Heute listet eine überarbeitete Version ganze 25 Erkrankungen auf – von Tausenden Behandlungen, die deutsche Krankenhäuser anbieten. Der Atlas, der als Transparenzrevolution angekündigt war, ist zu einem nutzlosen Produkt auf Steuerzahlerkosten geworden. Die geringen Nutzungszahlen bestätigen es. Wie es 2025 mit der Krankenhausreform weitergeht, bleibt offen. Dass die Reform Reformen benötigt, ist aus Sicht der Krankenhäuser unstrittig. Ob eine neue Regierung sich dieses Vorhabens ausreichend annehmen wird, steht noch in den Sternen.

BERICHTE AUS DEN GESCHÄFTSBEREICHEN





ABTEILUNG RECHT

Geschäftsbereich Zentrale Aufgaben

KHVVG-Regelungen mit Bezug zum Medizinischen Dienst sowie zur Rechnungsstellung

Das am 12. Dezember in Kraft getretene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz bündelt in § 275a SGB V die Leistungsgruppen-Prüfung, die OPS-Strukturprüfung sowie die Qualitätsprüfung. Diese Prüfungen sollen künftig einheitlich und aufeinander abgestimmt durchgeführt sowie Nachweise und Erkenntnisse aus den Prüfungen verstärkt wechselseitig verwendet und anerkannt werden.

Daneben wurde die Einzelfallprüfung in Details geändert. Der bislang aufwendig zu berechnende Aufschlagsbetrag nach § 275c Abs. 3 SGB V für Fälle der Rechnungsminderung wurde durch eine Pauschale von 400 Euro ersetzt. Zudem ist ab dem 12. Dezember 2024 für die Zuordnung einer beanstandeten Abrechnung, die zur Minderung des Abrechnungsbetrags führt, zu einem Quartal die jeweilige leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse maßgeblich.

Weiterhin wurde die Befristung der für die Liquiditätssicherung der Krankenhäuser bedeutsamen fünftägigen Zahlungsfrist, jetzt geregelt in § 109 Abs. 5 Satz 5 SGB V, aufgehoben.

Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) und ambulantes Operieren gemäß § 115b SGB V

Durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurde § 115f SGB V neu in das SGB V aufgenommen. Dort ist eine spezielle sektorengleiche Vergütung für bestimmte Leistungen vorgesehen, die unabhängig davon erfolgt, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Die DKG hat in diesem Jahr für diese Leistungserbringung ausführliche Umsetzungshinweise und FAQ erarbeitet.

Darüber hinaus hat die DKG eine Materialsammlung zum ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V und zur sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V veröffentlicht. Die beiden Regelungsbereiche sind eng miteinander verknüpft, sollen sie doch zur Ambulantisierung von Leistungen beitragen.

DKG-Leitfaden „Aufbewahrungspflichten und -fristen von Dokumenten im Krankenhaus“

Die DKG hat den erstmals 2006 veröffentlichten Leitfaden zu Aufbewahrungspflichten und -fristen aktualisiert. Sämtliche gesetzlichen Grundlagen, Verordnungen und Empfehlungen wurden auf ihre Aktualität überprüft und an die aktuelle Rechtslage angepasst.

Verfügbarkeit von Medizinprodukten und drohendes Ethanolverbot

Unter Maßgabe der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) ist insbesondere die Problematik der nicht mehr verfügbaren Nischenprodukte weiterhin virulent. Deshalb setzt sich die DKG stetig für praktikable Lösungen gegenüber den politisch Verantwortlichen ein und erstellt Hinweise insbesondere zu haftungsrechtlichen Fragen. Flankierend hat sich die DKG für die gleich gelagerte Problematik der In-vitro-Diagnostika-Verordnung (IVDR) starkgemacht. Zudem hat sie Gespräche mit dem BMG über EU-Bestrebungen geführt, die Verarbeitung von per- und polyfluorierten Alkylsubstanzen (PFAS) in Medizinprodukten zu verbieten.

Bei diesen PFAS handelt es sich um sogenannte Ewigkeitschemikalien, die sich in der Umwelt dauerhaft anreichern. Da sie in vielen Medizinprodukten enthalten sind, wird ein Verbot im Hinblick auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung äußerst kritisch gesehen.

In diesem Kontext war auch das aktuelle Verfahren der Europäischen Chemikalienagentur (ECHA) zur Risikoeinstufung von Ethanol zu betrachten. Ethanol dient im Krankenhaus als Hände- und Oberflächendesinfektionsmittel und gilt als unverzichtbar. Aktuell werden die Gefahreneigenschaften von Ethanol auf EU-Ebene bewertet, wobei die Einstufung als kanzerogene, mutagene und reproduktionstoxische Substanz droht, die auf eine essenzielle Einschränkung der Anwendung von Ethanol hinauslaufen dürfte. Da Patientenbehandlungen und Mitarbeiterschutz durch fehlenden Infektionsschutz massiv gefährdet würden, hat die DKG die Verantwortlichen auf nationaler sowie europäischer Ebene dringend gebeten, Ethanol als Wirkstoff für Desinfektionsmittel zu erhalten.

Elektronische Patientenakte „für alle“

Da die elektronische Patientenakte (ePA) nicht die Verbreitung gefunden hat, die der Gesetzgeber sich gewünscht hatte, hat er sie zum 15. Januar 2025 nahezu gänzlich neu geregelt. Diese mit dem Digital-Gesetz (DigiG) vom 22. März 2024 eingeführten Neuerungen bedingen einen hohen Informationsbedarf bei den DKG-Mitgliedern sowie Anpassungen der Formulare zur Information der Patienten, weshalb die DKG umfassende Umsetzungshinweise und ein neues Musterformular erarbeitet hat.

Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a SGB V

Die Vertragspartner DKG, KBV und GKV-Spitzenverband haben zwei Änderungsvereinbarungen geschlossen. Mit der 11. Änderungsvereinbarung wurden die von der DKG und dem GKV-Spitzenverband überarbeiteten bundeseinheitlichen Vordrucke zur Beantragung einer Anschlussrehabilitation dem Rahmenvertrag Entlassmanagement als Anlagen mit Wirkung zum 1. März 2024 unter Anwendung einer Übergangsfrist hinzugefügt. Ferner wurden Entlassungen aus tagesstationärer Krankenhausbehandlung in den Rahmenvertrag aufgenommen. Mit der 12. Änderungsvereinbarung, die zum 1. Juli 2024 in Kraft trat, wurde der Geltungsbereich des Rahmenvertrags um Entlassungen aus Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V erweitert und die Voraussetzungen für die Ausstellung eines Medikationsplans an die rechtlichen Vorgaben angepasst.

Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Unfallversicherten

DKG und Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung haben in ihrer Rahmenvereinbarung die Abrechnung von Leistungen nach § 115f SGB V geregelt sowie die Rahmenvereinbarung auch für die Abrechnung von Leistungen nach §§ 15 und 16 SEG bei ehemaligen Bundeswehrsoldaten geöffnet.

Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz

Die von der DKG zur Unterstützung der Umsetzung des Lieferkettensorgfaltspflichtengesetzes (LkSG) eingerichtete Arbeitsgruppe (AG „LkSG“) hat wichtige Umsetzungsfragen beraten. Darüber hinaus tauscht sich die DKG mit anderen Verbänden (BVMed, BPI, FAGRO und Pro Generika) über mögliche branchenübergreifende Unterstützungsangebote für Mitgliedsunternehmen zur Umsetzung des LkSG aus. Die Gespräche und die Unterstützung der Krankenhäuser bei der Umsetzung des LkSG werden im kommenden Jahr fortgeführt.

Wahlleistungsfähigkeit von Leistungen nach § 115f SGB V

Die DKG und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben in einer „Gemeinsamen Rechtsauffassung“ klargestellt, dass auch Krankenhausleistungen nach § 115f SGB V wahlleistungsfähig sind.



Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Zwei Jahre lang hat die Krankenhausreform die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der DKG dominiert. Wie kommuniziert man Kritik an Vorschlägen für ein hochkomplexes Gesetz, dessen Auswirkungen nur mit wissenschaftlichen Methoden abschätzbar sind und dessen Schwachstellen in den Details sitzen? Noch dazu: Wie kommuniziert man unter einem Gesundheitsminister, der professionell mithilfe eines gewaltigen Budgets die sozialen Medien bedient, komplexe Zusammenhänge vereinfacht und Dinge verspricht und ankündigt, ohne sie hinterher zu halten? Die Krankenhausreform krankt an vielen Stellen im Detail: eine Vorhaltefinanzierung, die Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen gerade nicht aus dem Hamsterrad der Fallzahlen befreit und die Versorgung sichert, eine Leistungsgruppen-Planung, die im schlimmsten Fall Krankenhäuser dazu verleitet, nicht notwendige Behandlungen durchzuführen, und ein massiver Aufbau von Bürokratie. Dennoch behauptet der Minister standfest: Die Reform sichert die flächendeckende Versorgung, schützt Kliniken vor der Pleite und steigert die Qualität.

Polarisierung und Polemik

Kritik bügelt Minister Lauterbach gern pauschal ab und nutzt dabei die in der Coronazeit entstandene starke gesellschaftliche Polarisierung in gesundheitspolitischen Fragen. Ein Beispiel aus den sozialen Medien: Am Abend des 7. März postete Karl Lauterbach auf all seinen Kanälen Bilder von Protestplakat-Entwürfen der DKG, die die Folgen seiner Politik thematisierten. Wohl wissend, dass in Berlin mit dem 8. März ein Feiertag und danach ein Wochenende mit begrenzter Möglichkeit zum Widerspruch folgen, schrieb der Minister auf Instagram und Co:

„Mit dieser persönlichen unseriösen Hetzkampagne will der KrankenhausCheflobbyist @die_deutschen_krankenhaeuser bald die Patienten verunsichern. Damit argumentiert man nicht differenzierter als die AfD.“ (Rechtschreibung im Original)

Die geposteten Bilder zeigten noch unabgestimmte Entwürfe von Plakaten, die den Krankenhäusern ermöglichen sollten, ihren Protest auszudrücken.

„Wer nicht für mich ist, ist AfD“ – so ließe sich platt diese Kommunikationsstrategie beschreiben, die auf inhaltliche Auseinandersetzung verzichtet. Es ist die Folge der Coronapandemie, in der die heftigen Debatten oft auf den Widerspruch „Wissenschaft vs. Verschwörungstheorie“ reduziert wurden. Der Minister spielt auf dieser Klaviatur bis heute.

Dazu passt, dass er die DKG und die anderen Verbände der Selbstverwaltung pauschal als „Lobbygruppen“ diffamiert und so ihre inhaltlichen Einwände von Anfang an diskreditiert, ohne auf diese überhaupt eingehen zu müssen. Fachgespräche zwischen Minister und Verbänden finden praktisch nicht mehr statt, Verbändeanhörungen sind kaum mehr als Alibiveranstaltungen, in denen sich zig Verbände wenige Minuten Redezeit teilen müssen. Dass der Minister auf die Expertise aus der Selbstverwaltung verzichtet, ist einer der Hauptgründe, dass sich die Reform so sehr verzögert hat.

Social Media dominiert das Geschehen

Wie andere Verbände haben auch wir unsere Kommunikation über die sozialen Medien intensiviert. Minister Lauterbach setzt wie wenige andere auf diese Kanäle. Beeindruckende 337.000 Accounts folgen ihm bei Instagram, 120.000 bei Facebook, mehr als eine Million bei X. Und als einer der wenigen Politiker betreibt Lauterbach einen TikTok-Account mit 56.000 Followern und 240.000 Likes. Hinzu kommen jede Menge Troll-Accounts vor allem aus dem Umfeld der Coronaleugner, die mit ihren Hasskommentaren dem Minister zu zusätzlicher Reichweite verhelfen. Nur auf den LinkedIn-Account, mit dem er vor allem in seriöse fachliche Debatten einsteigen müsste, hat der Minister bislang verzichtet. 7,1 Millionen Euro hat das Bundesgesundheitsministerium 2024 für Werbe- und PR-Agenturen ausgegeben, wie eine Anfrage aus dem Bundestag ergab.

Wir haben 2024 reagiert: einerseits mit einer Plakataktion, die auf die Folgen der aktuellen Gesundheitspolitik in den Krankenhäusern aufmerksam machte. Vor allem aber mit verstärkten Postings, die nicht eingehaltene Ankündigungen und Versprechen des Ministers thematisierten. Unter #wirnehmensiebeimwort hat die DKG Videos von Lauterbachs Rede beim Krankenhausgipfel verbreitet, in denen er wie so oft Gesetze und Verordnungen angekündigt hatte, die dann aber nie kamen. Zahlreiche Krankenhäuser haben sich an dieser Aktion beteiligt, sodass wir gemeinsam einige Aufmerksamkeit erzeugen konnten. Mit „Reform, aber richtig“ haben wir der Öffentlichkeit über Social Media vermittelt, dass wir keineswegs, wie es der Minister gern darstellt, gegen eine Krankenhausreform sind, im Gegenteil. Dass dieses Narrativ von den reformunwilligen Krankenhäusern verfängt, haben uns Presseanfragen gezeigt: „Warum ist die DKG gegen Verbesserungen in der Krankenhausversorgung?“ Immer wieder haben wir unsere Kritikpunkte und Alternativen kommuniziert, dass wir eine Krankenhausreform benötigen und auch wollen, aber eben nicht diese. Nichts hat 2024 unsere Pressemitteilungen, Pressekonferenzen und andere Aktivitäten so geprägt wie diese Botschaft.

Dass nur gehört wird, wer laut ist, haben wir nach dem Amtsantritt des Ministers schnell gelernt. Regelmäßige Gespräche, wie mit seinen Amtsvorgängern, gab es praktisch nicht mehr. In der Öffentlichkeit begründete Lauterbach dies damit, dass es sich bei den Verbänden der Selbstverwaltung um „Lobbygruppen“ handele – dabei erfüllen wir unsere gesetzlich zugetragenen Aufgaben und tragen Verantwortung für die Krankenhausversorgung in Deutschland. Im Ergebnis krankt Lauterbachs Reform nicht nur an mangelnder Expertise und hat sich immens verzögert, auch die Auseinandersetzung hat sich völlig unnötig verschärft. Offen ist, ob sich diese Kommunikationskultur unter einer neuen Bundesregierung ändern wird.



KRANKENHAUS- PERSONAL Geschäftsbereich I

Die Arbeit der Abteilung Krankenhauspersonal war auch 2024 gewohnt vielfältig und herausfordernd. Dabei stand die Zielsetzung, die Interessen der Krankenhäuser zu vertreten, zur Sicherstellung einer guten Patientenversorgung durch qualifiziertes Fachpersonal und entsprechende Regelungen, wie gewohnt im Vordergrund. Das Berichtsjahr war insbesondere durch das Verhandlungsgeschehen auf Selbstverwaltungsebene geprägt. Zudem wurden drei Positionspapiere zu den Themen Bürokratieabbau und Fachkräftesicherung entwickelt und verabschiedet.

Einführung der PPR 2.0

Die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) ist am 1. Juli in Kraft getreten, sodass die PPR 2.0 zum 1. Oktober in den Krankenhäusern eingeführt wurde. Die DKG hat den Einführungsprozess zusammen mit dem Deutschen Pflegerat und ver.di begleitet und gemeinsam entsprechende FAQ erarbeitet. Zudem hat die DKG im Berichtsjahr Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband über die gesetzlich vorgesehene Sanktionsvereinbarung zu Mitteilungspflichten der Krankenhäuser gemäß PPBV geführt. Die Sanktionsvereinbarung war bis zum 31. Dezember 2024 zu schließen. Die Verhandlungen waren bis dahin nicht abgeschlossen.

Die DKG war zudem in die Weiterentwicklung der PPR 2.0 gemäß § 137I SGB V aktiv involviert. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene hatte eigentlich bis zum 31. Dezember 2024 entsprechende Ergebnisse dem BMG vorzulegen. Aufgrund unvorhersehbarer Entwicklungen musste der Auftrag im Herbst 2024 erneut ausgeschrieben werden, sodass mit einer Fertigstellung des Projekts im Laufe des Jahres 2025 zu rechnen ist.

Neuverhandlung der PpUG-Sanktionsvereinbarung

Die DKG hat im Juni die Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktionsvereinbarung gegenüber dem GKV-Spitzenverband gekündigt. Hintergrund hierfür waren unangemessene Forderungen der Krankenkassen – teilweise in Millionenhöhe – gegen einzelne Krankenhäuser aufgrund geringfügiger Meldeversäumnisse der Kliniken im Rahmen der Budgetverhandlungen. In sieben Verhandlungsrunden mit dem GKV-Spitzenverband konnte schließlich eine sachgerechte Lösung gefunden werden, die reine Fristversäumnisse der Krankenhäuser bei den PpUG-Meldungen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und an die Kassen vor Ort angemessen sanktioniert. Die Maximalsanktionierung soll zukünftig nur noch dann greifen, wenn Krankenhäuser ihren Meldeverpflichtungen gar nicht nachkommen.

Attraktivität der Pflegeberufe und Position zur Fachkräftesicherung

Das Präsidium hat im November das Positionspapier zum Thema „Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe“ verabschiedet. Damit kann das Papier bald veröffentlicht werden.

Es soll gezielt auch die Politik ansprechen. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf Aus- und Weiterbildung, Pflegeprofession im Krankenhaus, Pflegequalität, Organisation und Führung sowie Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Bereits im September hat das Präsidium ein umfassendes Positionspapier zum Thema Fachkräftesicherung verabschiedet. Es thematisiert sämtliche Gesundheitsberufe im Krankenhaus und wurde anlässlich des Personalkongresses der Krankenhäuser im November veröffentlicht. Es ist auf der Website der DKG abrufbar.

Bürokratieabbau

Mit einer geschäftsbereichsübergreifenden Projektgruppe unter der Federführung der Abteilung hat sich die DKG auch in diesem Jahr dafür eingesetzt, unnötige Bürokratie abzubauen und die Misstrauenskultur gegenüber den Krankenhäusern zu bekämpfen. Bei einer Verbändeabfrage im April konnte die DKG dem BMG dazu in direkter Korrespondenz 74 Vorschläge übermitteln. Für das im August veröffentlichte Positionspapier mit dem Titel „Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten“ wurden diese noch einmal verfeinert. Insgesamt hat die DKG fast 80 Seiten mit konkreten Ansätzen zur Entlastung der Krankenhäuser zusammengetragen.

Operationstechnische und Anästhesietechnische AssistentInnen

Die DKG hat im Berichtszeitraum eine nennenswerte Anzahl an Anerkennungsverfahren (dies impliziert entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen) von Bewerberinnen und Bewerbern mit ausländischen Bildungsabschlüssen aus EU-Ländern und vor allem aus Drittstaaten bearbeitet. Somit konnten auch 2024 zahlreiche adäquat qualifizierte Fachkräfte ihre Arbeit in den Krankenhäusern aufnehmen.

BMG-Beirat „Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus“

Im Berichtszeitraum ist die Internetplattform www.pflegekrankenhaus.de unter Federführung der DKG weiterentwickelt worden. Sie wird auch im Jahr 2025 von der DKG als eigenes Projekt fortgeführt und lanciert.

Förderprogramm „Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“

Im Jahr 2024 wurden 1.760 Vollzeitstellen in Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Förderprogramms zur Verfügung gestellt. Insgesamt befanden sich 2.839 Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Allgemeinmedizin in 753 teilnehmenden Weiterbildungsstätten. Davon absolvierten 2.141 die Weiterbildung in Vollzeit und 698 waren in Teilzeit tätig. Etwa 1.150 Teilnehmende wurden im Förderprogramm neu registriert. Die Registrierstelle der DKG hat 2024 1.671 Anträge und 1.693 Nachweise bearbeitet. Zusammen mit den Änderungen hat sie im Laufe des Jahres mehr als 4.500 Weiterbildungsmaßnahmen bearbeitet. Das Gesamtvolumen der ausgezahlten Fördergelder betrug 22.742.934,71 Euro.

Politik Geschäftsbereich I

Im Mittelpunkt der politischen Arbeit der DKG stand 2024 die aktive Begleitung des Gesetzgebungsverfahrens zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG). Nachdem die Krankenhauskommission der Bundesregierung ihre Vorschläge für die Krankenhausreform bereits im Dezember 2022 vorgelegt hatte und sich das BMG mit den Regierungsfractionen und den Ländern im Juli 2023 auf ein Eckpunktepapier zur Reform hatte verständigen können, legte das BMG im April 2024 endlich den bereits lange erwarteten und ursprünglich schon für 2023 angekündigten Referentenentwurf des KHVVVG vor. In ihrer Stellungnahme zu dem Entwurf begrüßte die DKG die grundlegenden Ziele der Reform. Bei den einzelnen im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen sah die DKG jedoch umfassenden Nachbesserungsbedarf. Auf strikte Ablehnung der Krankenhäuser stießen insbesondere die Erweiterung der nordrhein-westfälischen Leistungsgruppen-Systematik um fünf zusätzliche Leistungsgruppen und die Verschärfung der in den einzelnen Leistungsgruppen hinterlegten Strukturvorgaben. Äußerst kritisch bewertete die DKG auch die im Referentenentwurf angelegte Vorhaltefinanzierung, da sie in der vorgesehenen Form nicht geeignet war, auch nur eines der mit ihr angestrebten Ziele, wie etwa die wirtschaftliche Sicherung vergleichsweise kleiner Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen, zu erreichen. Als Grundvoraussetzung für das Inkrafttreten der Reform benannte die DKG zudem schon zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Referentenentwurfs eine umfassende Analyse der voraussichtlichen Auswirkungen der Reform auf die zukünftigen Strukturen der medizinischen Versorgung, insbesondere der Krankenhausversorgung.

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren bis hin zur finalen Beschlussfassung des KHVVVG im Deutschen Bundestag am 17. Oktober 2024 erfuhr die DKG nicht nur von ihren Mitgliedsverbänden und den ihnen angeschlossenen Krankenhäusern große Zustimmung. Auch zahlreiche Fachexperten der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesministerien und selbst Fachleute des BMG bestätigten die von ihr geäußerte Kritik am Gesetzentwurf zur Krankenhausreform. Dass sich Minister Lauterbach und die maßgeblichen Gesundheitspolitiker der Regierungsfractionen strikt weigerten, die berechtigten Kritikpunkte der DKG und ihrer Mitgliedsverbände aufzugreifen und entsprechende Nachbesserungen am Gesetzentwurf vorzunehmen, war leider geradezu bezeichnend für die fehlende Bereitschaft des Ministers und der Regierungsfractionen, die Fachexpertise der Krankenhäuser und ihrer Vertreter im Rahmen ihrer Reformvorhaben einzubeziehen und zu berücksichtigen.

Neben der DKG äußerten im Berichtsjahr auch die übrigen Selbstverwaltungspartner der Bundesebene wiederholt ihr Unverständnis für die fehlende Dialogbereitschaft insbesondere des Ministers und der gesundheitspolitischen Sprecher der Regierungsfractionen. Angesichts dessen und der immensen Herausforderungen, vor denen die medizinische Versorgung in den kommenden Jahren stehen wird, bewertete die DKG den im November verkündeten Bruch der Regierungskoalition und die Entscheidung des Bundespräsidenten, die Bundestagswahl auf den 23. Februar 2025 vorzuziehen, folgerichtig als begrüßenswerte Chance für einen grundlegenden Neubeginn.

Der Bruch der Regierungskoalition von SPD, Grünen und FDP und die vorgezogene Bundestagswahl führten dazu, dass die zahlreichen von Minister Lauterbach angekündigten Gesetzgebungsverfahren bis zum Ende der Legislaturperiode nicht abgeschlossen oder gar nicht erst begonnen werden konnten. Das selbst verschuldete Versäumnis des Ministers, die auch aus Sicht der Krankenhäuser zwingend notwendigen Reformvorhaben rechtzeitig auf den Weg zu bringen, bringt die nächste Bundesregierung in enormen Zugzwang. Neben den erforderlichen Nachbesserungen an der Krankenhausreform und der Etablierung kurzfristig wirksamer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser wird die neue Bundesregierung vor allem Entwürfe für das längst überfällige Gesetz zur bürokratischen Entlastung der Krankenhäuser und für die ebenso dringend erwartete Reform der Notfallversorgung zeitnah vorlegen müssen. Angesichts des sich zuspitzenden Fachkräftemangels wird die nächste Bundesregierung zudem Vorhaben, wie das bereits angedachte Gesetz zur Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachkräften, weit oben auf die Reformagenda setzen müssen.

Die entsprechenden Handlungsbedarfe und Lösungsvorschläge formulierte die Geschäftsstelle gemeinsam mit dem Präsidium bereits im Dezember des Berichtsjahres in einem 10-Punkte-Papier der DKG zur Bundestagswahl (veröffentlicht am 14. Januar 2025) und einem 100-Tage-Sofortprogramm (geplante Veröffentlichung im März 2025). Damit unterstreicht die DKG den dringend benötigten Kurswechsel in der Gesundheitspolitik zur Sicherstellung und zeitgemäßen Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung sowie ihre Dialogbereitschaft als engagierter und konstruktiver Gesprächspartner für Politik und Verwaltung.

FINANZIERUNG UND VERSORGUNGS- PLANUNG

GESCHÄFTSBEREICH II



Weiterentwicklung des DRG-Katalogs 2025

Für den aG-DRG-Katalog 2025 standen umfangreiche Änderungen an. Im Fokus standen die Neudefinition der über die Pflegebudgets finanzierten Personalkosten mit Rückgliederung der sonstigen Berufe in das aG-DRG-System und der Ausgliederung der Hebammen aus dem aG-DRG-System sowie die Berücksichtigung der zukünftigen Hybrid-DRG-Fälle.

Auf Basis der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer zum Pflegebudget für 2022 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den Vertragsparteien auf der Bundesebene die Analysen zur Ermittlung des Normierungsbetrags übermittelt. Dabei fielen sowohl bei den ausgliedernden Hebammen als auch bei den wieder einzugliedernden Pflegekräften Aspekte auf, die zusätzliche Verhandlungen erforderten. Die Vertragspartner stellten durch gezielte Korrekturen sicher, dass das Pflegebudget und das aG-DRG-System sachgerecht an die gesetzlichen Vorgaben angepasst wurden.

Ein weiterer zentraler Normierungsaspekt war die Ausgliederung der Hybrid-DRG-Fälle ab 2025. Mit dem GKV-Spitzenverband konnte eine Einigung über die Fortführung des Normierungsbetrags für die Hybrid-DRGs im aG-DRG-Katalog 2024 in Höhe von 54 Millionen Euro erzielt werden. Für den aG-DRG-Katalog 2025 wurde dieser auf 35 Millionen Euro festgelegt, da nur etwa die Hälfte des Fallvolumens des Vorjahres hinzukam.

Darüber hinaus stand die Begrenzung der Katalogeffekte (Abweichung der Fallvergütung durch die jährliche Kalkulation) im Vordergrund. Für die Katalogjahre 2023 und 2024 wurden diese Fallkostenveränderungen aufgrund der coronabedingten Fallzahlveränderungen gedämpft, weil sich bei DRGs mit stark abweichenden Fallzahlen erhebliche kalkulatorische Effekte auf die Relativgewichte ergeben hätten (z. B. Relativgewichtserhöhung bei relativem Fallzahlrückgang). Da der Abstand zwischen dem „Vor-Corona-Jahr“ 2019 und dem aktuellen Datenjahr 2023 zu groß war, konnte die Dämpfung in dieser Form nicht mehr fortgeführt werden. Stattdessen einigten sich DKG, GKV-Spitzenverband und PKV auf einen normativen Ansatz, der eine 15-prozentige Erlösreduktion bei „Ein-Belegungstag-DRGs“ mit erlösneutraler Umverteilung im System vorsieht. Zusammen mit der Fortführung der gezielten Absenkung einzelner DRGs (zum Beispiel I10 und I47) konnte der Katalogeffekt etwas abgemildert werden.

Am 26. September 2024 einigten sich die Vertragsparteien auf die Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser mit einer finanzwirksamen Erhöhung des Erlösvolumens um 500 Millionen Euro durch die Neudefinition des Pflegepersonals und der Hybrid-DRGs.

Hybrid-DRGs

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) von 2022 wurde durch § 115f SGB V die neue Vergütungsform der Hybrid-DRG eingeführt.

Im Dezember 2023 legte das BMG per Rechtsverordnung die spezielle sektorengleiche Vergütung und die Auswahl von Leistungen, auf die diese Vergütung ab dem 1. Januar 2024 angewendet werden sollte, fest und übergab die weitere Umsetzung der Hybrid-DRGs an die Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband, KBV und DKG).

Zum Jahresanfang 2024 mussten in kürzester Zeit Vereinbarungen zur Abrechnung der Leistungen mit dem GKV-Spitzenverband und der PKV getroffen werden. Die Übermittlung der Hybrid-DRG-Abrechnungen wurde im Rahmen des Datenaustauschs gemäß § 301 SGB V zum 1. April 2024 grundsätzlich möglich, sodass die ab dem 1. Januar 2024 erbrachten Leistungen rückwirkend abgerechnet werden konnten.

Zum 1. April 2024 haben sich GKV-Spitzenverband, KBV und DKG auf eine Hybrid-DRG-Vereinbarung verständigt. Darin wurde als Grundlage für die Beauftragung der Institute das Nähere zur Leistungsauswahl (Anlage 1 mit OPS-Kodes) sowie zur Kalkulation der Hybrid-DRG-Fallpauschalen für das Jahr 2025 (Anlage 2 mit Berechnungsschema) geregelt. Diese Vereinbarung beinhaltet weiterhin die Grundsätze aus dem Vorjahr wie die Beschränkung auf Ein-Belegungstag-Fälle und die Verfahrensweise der Ermittlung der Hybrid-DRGs. Die Kalkulation für das Jahr 2025 umfasste sowohl eine Aktualisierung bereits bestehender Hybrid-DRGs als auch die erstmalige Kalkulation neuer Hybrid-DRGs.

Beide Anlagen mussten unterjährig angepasst werden. Mit Blick auf die Kalkulation wurden ergänzende Festlegungen erforderlich. Bei der Kalkulation für das Jahr 2025 wurden die Kostensteigerungen bis einschließlich 2025 für die stationären Kostendaten und ambulanten Fallwerte berücksichtigt. Zur Bestimmung des Ambulantisierungsgrads wurden die jeweils aktuell verfügbaren Daten herangezogen. Zudem erfolgte eine Anpassung der Leistungsauswahl. Die Vergütung der bereits 2024 bestehenden Hybrid-DRGs hat für 2025 eine Steigerung um 2 bis 13 Prozent erfahren.

Die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2025 zwischen GKV-Spitzenverband, KBV und DKG geschlossen, um die zum 31. Dezember 2024 auslaufende Hybrid-DRG-Verordnung abzulösen.

Erstmals wurde eine pauschale Vergütung für die optionale postoperative Nachbehandlung in Form einer um 30 Euro erhöhten Fallpauschale implementiert. Das Krankenhaus ist nicht zur Leistungserbringung verpflichtet. Zudem wurde eine Sonderregelung für die Berücksichtigung des Zusatzentgelts für selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt bei den Hybrid-DRGs H41M und H41N umgesetzt.

Die Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung für das Jahr 2025 wurde bilateral zwischen GKV-Spitzenverband bzw. PKV und DKG geschlossen.

Im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurden im § 115f SGB V umfangreiche Anpassungen vorgenommen, welche erneut eine Vielzahl gesetzlicher Aufträge an die Vertragsparteien und die Institute umfassen.



Digitalisierung & eHealth

Geschäftsbereich III

Der Geschäftsbereich III – Digitalisierung und eHealth – begleitete im Berichtszeitraum federführend die Gesetzgebungsverfahren zum Digital-Gesetz, dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz und dem Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz. Weiterhin leistete der Geschäftsbereich strategisch-technische und prozessuale Beratung im Vorfeld zahlreicher Digitalisierungsvorhaben in den Krankenhäusern, wie beispielsweise der elektronischen Patientenakte (ePA), des Implantateregisters und des Antrags auf Anschlussrehabilitation.

Telematikinfrastruktur/ePA für alle

GB III hat im Berichtszeitraum Hinweise für die Umsetzung der ePA in den Krankenhäusern unter Einbeziehung einer Experten-Arbeitsgruppe erarbeitet und diese Umsetzungshinweise in regelmäßigen Austauschrunden mit BMG, gematik, bvitg und IT-Experten aus Krankenhäusern diskutiert. Die Umsetzungshinweise umfassen auch rechtliche Hinweise und Musterformulare, welche in Zusammenarbeit mit GB-Z/Recht erstellt wurden.

Zudem hat GB III eine Fortschreibung der Vereinbarung zur Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten der Telematikinfrastruktur (TI) mit dem GKV-Spitzenverband verhandelt. Mit der neuen Vereinbarung wird die Berechnung des TI-Zuschlags bei den Budgetverhandlungen vor Ort wesentlich vereinfacht und die Berücksichtigung der relativ hohen Erstausstattungsfinanzierung für die Zukunft festgeschrieben.

Künstliche Intelligenz und Gesundheitsdatenraum

GB III begleitete die europäischen Normengebungsverfahren für Regelungen zur künstlichen Intelligenz und zum europäischen Gesundheitsdatenraum. Hierzu wurde eine Expertengruppe eingerichtet und die Erstellung eines umfassenden Berichts über den aktuellen Umsetzungsstand und die Perspektiven Künstlicher Intelligenz (KI) in deutschen Krankenhäusern vorbereitet. Dieser Bericht soll als Grundlage für die Entwicklung eines KI-Leitfadens für Krankenhäuser der Deutschen Krankenhausgesellschaft dienen und wird 2025 erstellt.

Datenaustauschverfahren

GB III stellte die Weichen für die Einführung eines zukunftsfähigen Datenaustauschverfahrens zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen unter Verwendung der TI. Als erste Anwendung hierfür wurde zum 1. November 2024 die Übermittlung des Antrags auf Anschlussrehabilitation eingeführt. Die Geschäftsstelle hat zudem notwendige Anpassungen der Datenübermittlungsverfahren zu Abrechnungszwecken an die gesetzlichen Anforderungen vorgenommen. Ein gesteigerter Anpassungsbedarf und immer knappere Umsetzungshorizonte sind aufgrund der weiter steigenden Komplexität der Verfahren und möglichen Wechselwirkungen stets risikobehaftet. Dennoch konnten auch im Jahr 2024 größere technische Umsetzungsprobleme bei den Datenübermittlungsverfahren erfolgreich vermieden werden.

Krankenhausentlassbrief

GB III standardisiert gemeinsam mit der zum Zweck der Entwicklung medizinischer Informationsobjekte von der KBV gegründeten mio42 GmbH den Krankenhausentlassbrief, für den ein Projektupdate veröffentlicht wurde. Der digitale Krankenhausentlassbrief wird ein zentrales Element des Entlassmanagements werden und stellt die Versorgungskontinuität und Information des Patienten über die ePA sicher.

Register

GB III begleitete die Umsetzung des Organspende- und des Implantateregisters. Handhabbare Verfahren für Krankenhäuser waren zentraler Gegenstand des Austauschs mit dem BMG, dem BfArM und den Kostenträgern. Erneute Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen für den Start des Regelbetriebs des Implantateregisters stellten alle Beteiligten jedoch erneut vor besondere Herausforderungen, die den Geschäftsbereich auch über den Jahreswechsel hinaus weiter beschäftigen werden.

IT-Sicherheit und physische Resilienz

GB III begleitete die Gesetzgebungsverfahren zum NIS2-Umsetzungsgesetz und dem KRITIS-Dachgesetz aktiv. Die hierzu in Abstimmung mit Experten aus den Krankenhäusern erarbeiteten Stellungnahmen hat GB III in den entsprechenden Anhörungen eingebracht und dabei bereits entscheidende Anpassungen hinsichtlich der für Krankenhäuser maßgeblichen Zuständigkeiten der Länder erreichen können. Es wurde eine AG „Resilienz“ eingerichtet und die Vorbereitungen für die Erstellung eines branchenspezifischen Resilienzstandards getroffen.

Auch wenn durch das vorzeitige Ende der Regierungskoalition beide Gesetze zunächst nicht wie geplant in dieser Legislaturperiode in Kraft treten, wurden die notwendigen Vorarbeiten für die erwartete Umsetzung der zugrunde liegenden EU-Richtlinien geleistet.

In Zusammenarbeit mit der TU Brandenburg wurden Vorkehrungen im Hinblick auf Systeme zur Angriffserkennung identifiziert. GB III arbeitet die Ergebnisse in die kommenden Fortschreibungen des B3S ein.

Elektronische Vorgangsübermittlung

Die Verhandlungen über die Weiterentwicklung der Vereinbarung zur elektronischen Vorgangsübermittlung (eVV) zwischen DKG und GKV-Spitzenverband wurden im Berichtsjahr fortgeführt, konnten wegen grundsätzlich abweichender Positionen jedoch bisher nicht abgeschlossen werden. Die Verhandlungen werden von Arbeitsgruppen der zuständigen Fachausschüsse „Dateninformation und -kommunikation“ sowie „Recht und Verträge“ begleitet und wurden auch vor dem Hintergrund der Digitalgesetzgebung des BMG geführt.

ISiK – Informationstechnische Systeme in Krankenhäusern

GB III begleitet aktiv die Fortschreibung der ISiK-Module ab Stufe 4 und die Definitionen der bestätigungsrelevanten Systeme durch das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG).

QUALITÄT DER VERSORGUNG & PSYCHIATRIE

Geschäftsbereich IV

Die DKG arbeitet im Auftrag des Gesetzgebers für die Weiterentwicklung der Qualität der Patientenversorgung in den Krankenhäusern und für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in Deutschland. Aufgabengebiete wie Patientensicherheit, Qualitätsmanagement, datengestützte Qualitätssicherung, Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Mindestmengen, Qualitätsverträge, Qualitätskontrollen, Qualitätstransparenz, internationale Themen der Versorgungsqualität, Zweitmeinungsverfahren, Transplantationsmedizin und Organspende, Psychiatrie und Psychosomatik, Hygiene, Katastrophenschutz, Klimaschutz und Nachhaltigkeit, Krebsregister, Gesundheitskompetenz sowie Kinderschutz in Krankenhäusern werden in zahlreichen Gremien der DKG, des G-BA, des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), der Bundesärztekammer sowie in Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner bearbeitet.

Psychiatrische und psychosomatische Versorgung

Nach wie vor behindern die starren Mindestvorgaben der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) des G-BA eine bedarfsgerechte Patientenversorgung. Die DKG hat sich auch 2024 für einen flexiblen, qualitativ hochwertigen Personaleinsatz sowie verhältnismäßige Sanktionen im Rahmen der PPP-RL eingesetzt. Im Ergebnis wurden die Sanktionen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben um weitere zwei Jahre ausgesetzt. Mit einem neuen Positionspapier zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hat die DKG außerdem maßgeblich am politischen Prozess mitgewirkt. Kernforderungen sind, die Modellvorhaben nach § 64b SGB V als Optionsmodell in die Regelversorgung zu überführen, regionale und von Krankenhäusern koordinierte Versorgungsnetzwerke zu etablieren sowie die Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen.

Qualitätstransparenz für Bürgerinnen und Bürger

Auch im Jahr 2024 war die Transparenz der Qualität der Krankenhausversorgung ein zentrales Thema für die DKG. Der Fehlstart des Bundes-Klinik-Atlas hat die Komplexität einer sachlich korrekten Qualitätsberichterstattung verdeutlicht. Die DKG entwickelt kontinuierlich mit den Beteiligten im G-BA die seit vielen Jahren bestehende, umfangreiche Qualitätsberichterstattung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser weiter. 2024 wurden erstmals Kapitel zur Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt sowie zur Personalausstattung in der psychiatrischen Versorgung in den Qualitätsberichten veröffentlicht. Die Inhalte werden in den Portalen der Krankenkassen und im Deutschen Krankenhaus Verzeichnis (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) veröffentlicht.

Klimaschutz und Nachhaltigkeit

Die DKG setzt sich seit Veröffentlichung ihrer Positionen zum Klimaschutz im Krankenhaus insbesondere für die Schaffung eines Krankenhaus-Klimaschutzfonds ein. Dieser soll Kliniken in ihrem Vorhaben unterstützen, die notwendigen Maßnahmen zur Bewältigung der schädlichen Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit der Bevölkerung umzusetzen, damit sie ihren Beitrag zur Treibhausgasneutralität leisten können.

Zusammen mit anderen Verbänden des Gesundheitswesens und dem BMG engagiert sich die DKG im „Klimapakt Gesundheit“ für ein klimaneutrales Gesundheitswesen. Der Fokus des geplanten Arbeitsprogramms liegt neben der Erfassung des Status quo auf der Emissionsvermeidung durch Stärkung der Ressourceneffizienz.

Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung


Krankenhäuser sind verpflichtet – zusätzlich zu interner Qualitätssicherung (QS) – an der externen datengestützten QS teilzunehmen. Falls Ergebnisse auffällig sind, wird im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens möglichen Ursachen nachgegangen und bei Bedarf qualitätsfördernde Maßnahmen eingeleitet. Über die Jahre ist der Umfang der externen QS gewachsen. Damit stieg auch der Aufwand für die Krankenhäuser. Die DKG hat sich daher für mehr Effizienz eingesetzt, sodass der G-BA 2022 beschlossen hat, die datengestützte QS mit dem Ziel der Optimierung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses weiterzuentwickeln. Im Jahr 2024 sind die ersten auf diesen Beschluss zurückgehenden Weiterentwicklungen in Kraft getreten. Die Änderungen führen dazu, dass Krankenhäuser weniger dokumentieren müssen und mehr Zeit für die Patientenversorgung bleibt. Die DKG setzt sich auch für weitere Anpassungen ein: Ein derzeit noch unterentwickelter Bestandteil der externen QS ist das oben erwähnte Stellungnahmeverfahren.

Evidenzbasierung von Strukturqualitätsanforderungen

Grundlage aller Entscheidungen des G-BA soll der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse sein. Für die Entwicklung von Strukturqualitätsrichtlinien besteht jedoch bisher keine entsprechende Regelung innerhalb der Verfahrensordnung des G-BA. Aus diesem Grund hat die DKG einen Vorschlag für Entscheidungsverfahren auf Grundlage von evidenzbasierten medizinischen Erkenntnissen in den G-BA eingebracht und gemeinsam mit KBV und KZBV weiterentwickelt. Trotz kontroverser Beratungen mit dem GKV-Spitzenverband arbeitet die DKG weiter darauf hin, dass der G-BA entsprechende Verfahrensfestlegungen beschließt und sich zu transparenten, evidenzbasierten Entscheidungen im Bereich der Strukturqualitätsrichtlinien verpflichtet.

HOPE-Austauschprogramm

Die European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) führt jedes Jahr ein Austauschprogramm für Krankenhausmitarbeiter/-innen mit Managementaufgaben durch. 2024 nahmen insgesamt über 120 Personen aus 19 europäischen Ländern teil. Die DKG ist Mitglied bei HOPE und übernimmt die Koordination für Deutschland. Unter dem Motto „Keeping our health workforce“ wurde die Bindung von Mitarbeitern an die Einrichtungen untersucht und die gewonnenen Erfahrungen auf der Abschlussveranstaltung AGORA in Brüssel vorgestellt.



AMBULANTE UND STATIONÄRE KLINISCHE VERSORGUNG

Geschäftsbereich V

Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen (ICD, OPS)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entwickelt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Klassifikationen jährlich weiter. Dabei wird es vom Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) beraten. Dort stellt der Geschäftsbereich V zwei Mitglieder. Des Weiteren vertritt der Geschäftsbereich in den Arbeitsgruppen des KKG die Interessen der Krankenhäuser bei der Pflege und Weiterentwicklung der amtlichen Klassifikationen im Gesundheitswesen. Die abschließende Entscheidung obliegt jedoch allein dem BfArM bzw. dem BMG. Gegenstand der diesjährigen Beratungen waren 43 Änderungsvorschläge für die ICD-10-GM und 185 Änderungsvorschläge zum OPS. Dazu waren umfangreiche Recherchen und Vorarbeiten erforderlich.

Schlichtung von Kodier- und Abrechnungsfragen

Mit dem Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes am 1. Januar 2020 wurde auf der Grundlage von § 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) der „Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen“ implementiert. Die Entscheidungen sind mit einer Frist von acht Wochen nach der Einleitung des Schlichtungsverfahrens herbeizuführen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses zu den genannten Kodierfragen werden vier Kalenderwochen nach der Entscheidung auf der Internetseite des Schlichtungsausschusses veröffentlicht und gelten als Kodierregeln. Daher werden sie in den Deutschen Kodierrichtlinien themenbezogen zitiert oder in den eigens geschaffenen Anhang C aufgenommen. Im Berichtsjahr wurden drei Anträge eingereicht, von denen einer nachträglich zurückgenommen wurde. Über die verbliebenen Anträge wurde in zwei Verhandlungen ausführlich beraten. Dabei waren die Kodierung eines patientenindividuell angefertigten Beckenteilersatzes sowie die Kodierung einer Bakteriämie bei gleichzeitigem Vorliegen eines Infektfokus Gegenstand der diesjährigen Entscheidungen.

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Der Geschäftsbereich V vertritt die DKG in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Thema ASV und ist auch in weiteren Gremien der Selbstverwaltung zu der ASV vertreten. In diesem Berichtsjahr wurden im G-BA eine Anlage zur Behandlung von Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung sowie eine Anlage zur Behandlung vor und nach allogener Stammzelltransplantation und von lebenden Spendern erarbeitet.

Damit wurden zwei weitere komplexe Indikationsbereiche in die ASV überführt, die zuvor in der Richtlinie über die Ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK-RL) in einer Konkretisierung zusammengefasst waren.

Aufgrund unterschiedlicher Anforderungen an die Behandlung der Patientinnen und Patienten hatte der G-BA entschieden, zwei eigene Anlagen für diese Indikationsbereiche in der ASV zu erstellen. Insbesondere im Bereich der langfristigen Versorgung von Patientinnen und Patienten nach Stammzelltransplantation wurde in der Vergangenheit auf Hürden in der Versorgung hingewiesen, zu deren Abbau die neuen Regelungen beitragen sollen. Zudem wurde dieses Jahr eine weiter reichende Umstellung zur Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen, der langjährige und sehr kontroverse Beratungen vorausgegangen waren.

Innovationsfonds

Auf Grundlage des § 92a SGB V fördert der G-BA neue Versorgungsformen (NVF) und Versorgungsforschung (VSF), inklusive Vorhaben zur Evaluation von Richtlinien des G-BA sowie zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht. Der Innovationsausschuss (IA) nach § 92b SGB V beschließt auf Grundlage der Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation zudem Empfehlungen zur Überführung der NVF in die Regelversorgung und kann dies auch für Vorhaben der VSF tun. Im Berichtsjahr wurden sieben Förderbekanntmachungen veröffentlicht, ca. 400 Anträge bewertet und über alle Förderbereiche hinweg 99 Vorhaben bzw. Skizzen zur Förderung ausgewählt. Dies beinhaltete auch erstmals Förderentscheidungen zu NVF mit kurzer Laufzeit, nachdem diese Fördermöglichkeit mit dem Digital-Gesetz (DigiG) eingeführt worden war. Auch wurden im Berichtsjahr zahlreiche abgeschlossene Projekte bewertet und 90 Beschlüsse zu diesen gefasst. Darüber hinaus wurde die DKG auch durch den Geschäftsbereich V auf dem Kongress „Der Innovationsfonds: Zwischen Verstetigung und Weiterentwicklung“ vertreten, in dessen Rahmen anlässlich der Fortführung des Innovationsfonds mit dem DigiG ein Rückblick auf die bisherigen Förderungen erfolgte und Chancen und Herausforderungen der zukünftigen Förderung diskutiert wurden.

METHODENBEWERTUNG, DISEASE-MANAGEMENT- PROGRAMME UND VERANLASSTE LEISTUNGEN

Geschäftsbereich VI



Im Geschäftsbereich VI – Evidenzbasierte medizinische Versorgung und G-BA – wurden 2024 zwei Abteilungen mit eigenen Schwerpunkten gebildet. Die Abteilung I befasst sich insbesondere mit den Themen Methodenbewertung, Disease-Management-Programme und „Veranlasste Leistungen“ und begleitet für die DKG die diesbezüglichen Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Methodenbewertung

Unter dem Begriff der Methodenbewertung verbirgt sich die Bewertung von nichtmedikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Mit diesen Bewertungen, die unter dem Dach des G-BA erfolgen, wird der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konkretisiert. Auch Früherkennungsuntersuchungen unterliegen solchen Bewertungen. 2024 befasste man sich sehr intensiv mit der Ausgestaltung einer Regelung zur Früherkennung von Lungenkrebs. Dies soll anhand von Computertomographie (CT) der Lunge erfolgen. Eine wichtige unterstützende Rolle könnte dabei auch Krankenhäusern zukommen, die auf die Behandlung von Lungenkrebs spezialisiert sind. Zeigt das CT-Bild nämlich Auffälligkeiten, so soll es ein zweiter Radiologe mit besonderer Expertise zusätzlich begutachten. Mit einem Beschluss der Regelung kann im ersten Halbjahr 2025 gerechnet werden. Weiterhin nehmen Erprobungen von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einen breiten Raum in den Beratungen ein. Diese kommen dann zustande, wenn dem G-BA noch Erkenntnisse für eine abschließende Bewertung fehlen. An den diesbezüglichen Studien nehmen vorwiegend Krankenhäuser teil. Auch 2024 wurden wieder Erprobungsrichtlinien zu mehreren Methoden beschlossen. Es lohnt aber auch ein Blick nach vorn. Nimmt man die Beschlussfassung des G-BA zur Liposuktion bei Lipödem im Jahr 2024 zur Kenntnis, so darf mit einer gewissen Spannung dem Jahr 2025 entgegengesehen werden. Möglicherweise könnte dann erstmals auf Grundlage einer erfolgreich abgeschlossenen Erprobungsstudie eine Bewertungsentscheidung getroffen werden. Spannend ist dies aber auch deshalb, weil die Liposuktion bei Lipödem bekanntermaßen in der Vergangenheit auch schon für einigen Gesprächsstoff im politischen Raum gesorgt hatte.

Disease-Management-Programme

Mit den Disease-Management-Programmen (DMP) stehen für Patientinnen und Patienten seit vielen Jahren für eine ganze Reihe chronischer Erkrankungen strukturierte Versorgungsangebote zur Verfügung, die einem fach- und sektorenübergreifenden Ansatz folgen und sich eng an Leitlinienempfehlungen orientieren. Nachdem der G-BA 2023 die Anforderungen an ein neues DMP Adipositas für Erwachsene beschlossen hatte, folgte 2024 die Erstellung eines solchen DMP für Kinder und Jugendliche. Daneben macht die Digitalisierung auch vor den DMPs nicht halt. So fanden 2024 intensive Beratungen zur Konzeption eines digitalen DMP für Diabetes mellitus Typ 2 statt, die 2025 zum Abschluss kommen dürften.

Veranlasste Leistungen

Hinter den veranlassten Leistungen verbergen sich eine ganze Reihe von nichtärztlichen Maßnahmen, die einen wichtigen Beitrag zur Behandlung von Patientinnen und Patienten leisten. Beispielhaft seien hier die häusliche Krankenpflege, die Hilfsmittel oder die Heilmittel genannt. Krankenhäuser dürfen solche Maßnahmen unter bestimmten Voraussetzungen im Zuge der Entlassung verordnen, was zu einem möglichst flüssigen Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung beitragen soll. Die Vorgaben zur Verordnung dieser Leistungen finden sich in einer ganzen Anzahl von Richtlinien des G-BA. 2024 lag ein Schwerpunkt der Beratungen auf der Richtlinie für die außerklinische Intensivpflege. Sie betrifft die Versorgung von schwer erkrankten Patienten zu Hause, in Wohngemeinschaften oder in stationären Pflegeeinrichtungen, deren Atemfunktion zumeist erheblich eingeschränkt ist (bis hin zur Beatmung) und die einer intensiven Überwachung und Versorgung bedürfen. Bei der Umsetzung dieser noch sehr jungen und komplexen Richtlinie zeigte sich eine Reihe von Schwierigkeiten, denen der G-BA Ende 2024 mit Anpassungen der Richtlinie ein weiteres Mal zu begegnen versuchte.

Gewebe

Abseits der zuvor genannten Themenkomplexe befasst sich die Abteilung auch mit der Thematik Gewebe. Diese umfasst, neben Blutbestandteilen, beispielhaft auch die Hornhaut des Auges, Herzklappen, Knochen und Knorpel. Bekanntlich kommen diese in immer stärkerem Maße in der Behandlung bestimmter Erkrankungen zum Einsatz. Ihre Handhabung unterliegt umfangreichen Vorschriften. Im Bereich dieser Vorschriften gab es 2024 eine wichtige Neuerung. Demnach wird zukünftig eine neue komplexe EU-Verordnung für Blut, Blutbestandteile, Gewebe und Zellen (SoHO-VO) in vielerlei Hinsicht maßgeblich sein. Dies hat die DKG zum Anlass genommen, sich in einer Arbeitsgruppe mit dieser EU-Verordnung und ihren Auswirkungen für die deutschen Krankenhäuser befassen zu wollen. Ziel soll die Erstellung von Umsetzungshinweisen sein. In der Geschäftsstelle sind auch der Geschäftsbereich Z – Abteilung Recht –, der Geschäftsbereich III – Digitalisierung und eHealth – und der Geschäftsbereich I – Abteilung Politik (EU) – daran beteiligt. Zudem wirken eine Reihe von Fachexperten aus Krankenhäusern daran mit.

Damit ein Einsatz von bestimmten Geweben überhaupt erst möglich ist, bedarf es einer Gewebespende. Solche Spenden unterliegen dem Transplantationsgesetz, was zur Folge hat, dass auch in diesem Bereich das 2024 in Betrieb gegangene zentrale Organspenderegister zur Anwendung kommt. Da dieses für die Gewebespende aufgrund seiner bisherigen Ausgestaltung nicht optimal geeignet ist, hat sich die DKG neben anderen Akteuren dafür eingesetzt, auch Gewebereinrichtungen den Abruf aus dem Register zu ermöglichen. Dem sollte im Zuge der geplanten dritten Änderung des Transplantationsgesetzes Rechnung getragen werden, die allerdings aufgrund des Ampel-Aus nicht mehr vom Bundestag beschlossen wurde.

ARZNEIMITTEL UND NOTFALLMEDIZIN

Geschäftsbereich VI

Insbesondere die Mitwirkung im Rahmen zahlreicher Aufgaben im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), aktuelle gesetzgeberische Entwicklungen und versorgungsrelevante Ereignisse prägten die Arbeit der Abteilung II, die sich 2024 mit den Schwerpunkten Arzneimittel und Notfallmedizin innerhalb des Geschäftsbereichs VI neu gegründet hat.

Gentherapien geben Schwerkranken Hoffnung

Durch die Behandlung häufig schwer erkrankter Menschen besitzen Innovationen im Arzneimittelbereich für Krankenhäuser eine große Relevanz. Insbesondere Gentherapien haben das Potenzial, schwere und bislang als unheilbar geltende Krankheiten zu heilen. Sie ersetzen, reparieren und entfernen defekte Gene oder greifen in ihre Regulation ein. Individuelle und personalisierte Therapieansätze stoßen dabei einerseits an die Grenzen der allgemein anerkannten evidenzbasierten Medizin, andererseits fordern sie das deutsche Gesundheitssystem durch ihre hohen Kosten heraus. Der G-BA spielt dabei sowohl im Rahmen des AMNOG-Verfahrens zur Bewertung des Zusatznutzens und der darauf fußenden Preisverhandlungen zwischen Hersteller und GKV-Spitzenverband als auch bei der Festlegung von Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität von Leistungserbringern eine bedeutende Rolle. Zudem beschließt er nicht selten, anwendungsbegleitend Daten erheben zu lassen, bei denen nach klar definierten Konzepten und vorab festgelegten Parametern versorgungsnaher Evidenz generiert wird. Demzufolge beherrschte das Thema Gentherapie mit vielen Beratungen im G-BA das Geschehen. Die DKG hat aktiv die Interessen der deutschen Krankenhäuser vertreten und sich für eine optimale Versorgung schwerstkranker Patientinnen und Patienten eingesetzt.

RSV-Prophylaxe für Babys verbessert

Erfreulich hat sich die Verfügbarkeit eines Wirkstoffs zur RSV-Prophylaxe entwickelt. Nirsevimab soll seit 2024 allen Neugeborenen in ihrer ersten Wintersaison zur RSV-Prophylaxe verabreicht werden. Die Ständige Impfkommission hatte im Sommer die Gabe von Nirsevimab für alle Neugeborenen und Säuglinge empfohlen, um RSV-bedingte Hospitalisierungen, intensivmedizinische Behandlungen und Todesfälle von Neugeborenen und Säuglingen sowie stationäre und ambulante Überlastungen zu verhindern. Ungefähr die Hälfte aller Neugeborenen (jährlich bis zu 350.000) wird demnach die Prophylaxe in Krankenhäusern erhalten. Gesetzgeber und Selbstverwaltung hatten kurzfristig vor Beginn der Wintersaison 2024/25 die Rahmenbedingungen für die Verordnungsfähigkeit und Finanzierung der Leistung für Krankenhäuser geschaffen. Die DKG hat hier die Interessen der Krankenhäuser erfolgreich vertreten können.

Lieferengpässe betreffen nun auch Standardprodukte

Lieferengpässe haben auch 2024 viele Menschen und die Krankenhäuser besorgt. Mittlerweile sind eindeutig auch stationär dringend benötigte Arzneimittel betroffen. Waren die vergangenen Jahre eher von Engpässen bei Wirkstoffen wie Kinderarzneimitteln und Antibiotika geprägt, haben 2024 insbesondere stationär dringend benötigte Standardprodukte die Krankenhäuser beschäftigt. Dabei waren Arzneimittel genauso betroffen wie Medizinprodukte. Der Mangel an Kochsalzlösungen, die sowohl als Infusions- als auch als Spüllösung für Standardtherapien und Eingriffe in Krankenhäusern dringend notwendig sind, war dabei für Krankenhäuser besonders problematisch. Im Austausch mit Politik, Krankenhäusern, Verbänden, Bundesoberbehörden und Herstellern hat sich die DKG bemüht, die Engpässe abzumildern. Es sind aber Anstrengungen auf nationaler und internationaler Ebene, gemeinsames europäisches Handeln und eine ernsthafte Befassung der Politik erforderlich, um der allgemeinen Problematik von Lieferengpässen zu begegnen. Auch wenn das Problem multikausal ist und Lösungsansätze sehr komplex sind, sollten Verpflichtungen der Arzneimittelhersteller zur Lieferung an Krankenhäuser und Erleichterungen beim Import von Arzneimitteln als erste wichtige Schritte in Angriff genommen werden. Dem erhöhten Aufwand im Umgang der Krankenhäuser mit Lieferengpässen muss Rechnung getragen werden. Auch muss die Politik Verpflichtungen von Herstellern am Standort Deutschland zur Daseinsvorsorge besser verankern.

Notfallreform scheitert am Ampel-Aus

Das weitreichende Vorhaben des BMG, eine große Notfallreform auf den Weg zu bringen, hat das Jahr 2024 in Sachen Notfallversorgung dominiert. Die Reform soll die ambulante Notfallversorgung in Deutschland spürbar verbessern. Die DKG unterstützt das Vorhaben intensiv. Die Reform hat das Potenzial, die chronisch übervollen Notaufnahmen und ihre Beschäftigten zu entlasten. Mit ausführlichen Stellungnahmen haben wir uns an dem Gesetzgebungsverfahren konstruktiv beteiligt. Auch wenn die DKG die Gesetzentwürfe in einigen Teilen – wie bei den beabsichtigten Regelungen zur Standortfestlegung von integrierten Notfallzentren als neue Aufgabe für erweiterte Landesausschüsse – als nicht sachgerecht bewertet und Regelungen zu einer auskömmlichen Finanzierung von ambulanten Notfalleleistungen angemahnt hat, erfuhr das Reformvorhaben insgesamt breite Unterstützung durch Krankenhäuser als wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Leider hat das Aus der Regierungskoalition das Vorhaben Anfang November abrupt gestoppt, sodass es nicht mehr im parlamentarischen Verfahren abgeschlossen werden konnte. Wir schauen nun hoffnungsvoll auf das laufende Jahr und eine neue Regierung, die das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren zwar unausweichlich neu aufziehen muss, das Rad aber hoffentlich nicht völlig neu erfinden wird.

Zeitschrift das Krankenhaus

Das Ringen um die Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach prägte die Beiträge der Zeitschrift „das Krankenhaus“ – nicht nur in der Rubrik „Politik“. Auch zahlreiche Fachbeiträge setzten sich beispielsweise mit den möglichen Folgen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) für die Krankenhausfinanzierung und für die Zukunft der Kliniken auseinander.

Ist die Reform eine Verbesserung für die Krankenhäuser, für die dort Beschäftigten, für die Patienten? Welcher Gestaltungsspielraum wird Ländern und Klinikträgern bleiben? Wird die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser durch die Vorhaltefinanzierung verbessert? Ist die versprochene Entbürokratisierung in Sicht? In den meisten Beiträgen wurden diese Fragen unterm Strich verneint. Der Vorstandsvorsitzende der DKG, Dr. Gerald Gaß, betitelte im Editorial der April-Ausgabe das KHVVG als „Krankenhausbürokratieaufbaugesetz (KHBAG)“. Schon in der Januar-Ausgabe mahnte der DKG-Chef: „Fehlende Perspektive lähmt das System.“

„Karl allein zu Haus“ – so war das Vorwort im Mai überschrieben, als selbst die ihm bisher wohlgesinnten Bundesländer sich verärgert zeigten über das kompromisslose Vorgehen des Ministers. Er versuchte erst gar nicht, die Länder, geschweige die Krankenhäuser in ihrer Trägervielfalt, einzubeziehen. Die Reform wurde als Gesetzentwurf ohne Zustimmungspflicht der Länder auf den Weg gebracht. Am Ende haben die Länder klein beigegeben und darauf verzichtet, den Vermittlungsausschuss anzurufen. Der DKG-Vorstandsvorsitzende gab dem Editorial den Titel „Lauterbach im Glück“.

Das Editorial bringt die aktuelle Stimmung in den Kliniken stets auf den Punkt. Pointiert kommentiert Dr. Gerald Gaß die zentralen gesundheits- und krankenhauspolitischen Entwicklungen. Das Editorial des Vorstandsvorsitzenden ist ein gefragter Bestandteil der Zeitschrift mit hohen „Klickraten“ im frei zugänglichen Bereich der Website www.daskrankenhaus.de.

Beiträge zu Insolvenzen, zu Strategien der Krisenbewältigung und zur Kliniksanieierung wurden zu einem Dauerthema in „das Krankenhaus“. Anfang des Jahres zeigte aber eine Simulation der Hamburger Vebeto GmbH, die in der Januar-Ausgabe von „das Krankenhaus“ vorgestellt wurde, dass keines der zentralen politischen Ziele mit dieser jetzt vorgelegten Finanzierungsreform erreicht wird. Auf eine Auswirkungsanalyse aus dem Bundesgesundheitsministerium warteten Länder und Kliniken 2024 vergeblich.

Die sich immer mehr zuspitzende wirtschaftliche Situation der Kliniken in Deutschland sowie mögliche Lösungsansätze in Praxis und Politik fanden in vielen der rund 125 fundierten Artikel und Fachbeiträge rund um Krankenhausführung und -management in 13 Ausgaben von „das Krankenhaus“ ihren Niederschlag. Daneben gab es zahlreiche Fachbeiträge beispielsweise zu neuen regulatorischen Anforderungen, zu kritischer Infrastruktur im Krankenhaus und eine mehrteilige Serie zur Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP).

Der allgegenwärtig stärker werdende Fokus auf militärische Themen machte sich auch in der Fachzeitschrift für Krankenhausmanagement bemerkbar: Wie „kriegstüchtige“ Krankenhäuser organisiert werden und ob sie notwendig sind, war Thema in Heft 5/2024. Die „Vernetzung und Zusammenarbeit der militärischen und zivilen Strukturen“ forderte Generalstabsarzt Dr. Norbert Weller, Stellvertreter des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und Kommandeurs Gesundheitseinrichtungen, im Interview. Auch die Rubriken „Rechtsprechung“, „Recht und Praxis“ sowie „Steuerrecht“ gaben wie gewohnt fundierte Hinweise zu wichtigen juristischen Aspekten der stationären Versorgung.

Die Zeitschrift begleitete mit ihrer Berichterstattung die Debatten der Selbstverwaltungspartner im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Analysen und Stellungnahmen der DKG und ihrer Mitgliedsverbände zu den aktuellen krankenhauspolitischen Themen und zu den zentralen Anliegen der Krankenhäuser wurden in Texten, Berichten und Interviews verdeutlicht, die teilweise unter www.daskrankenhaus.de frei verfügbar sind. Die Website der Zeitschrift, die auch für Nichtabonnenten zugängliche Artikel etwa aus den Rubriken „Politik“ oder „Nachrichten“ leicht zugänglich, stets aktuell und mühelos abrufbar anbietet, erfreut sich steigender Nachfrage.

Seit Jahresbeginn 2024 gibt es, zusätzlich zum Newsletter anlässlich des Erscheinens der jeweils aktuellen Ausgabe, zur Mitte des Monats regelmäßig einen „Newsletter kompakt“, der neben aktuellen Nachrichten die Perspektive und die besondere Situation der Kliniken eines Bundeslands oder einer Trägergruppe beleuchtet. So zeigte beispielsweise der „Newsletter kompakt“ die besondere Situation der Häuser im Saarland auf, das an Luxemburg und Frankreich grenzt.

Die Unabhängigkeit der Themenauswahl von wirtschaftlichen und werblichen Interessen ist nach wie vor eine Leitlinie der Redaktion. Die Qualität und Aktualität der fachlichen Veröffentlichungen tragen das Renommee der Zeitschrift als einer der führenden Krankenhausfachzeitschriften.

Das Präsidium der DKG



Präsident

Ingo Morell

- Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
- Geschäftsführer Maria Theresia Bonzel Stiftung, Olpe



Vizepräsidentin

Dr. Gundula Werner

- Geschäftsführerin Klinikum Altenburger Land GmbH, Altenburg
- Vorstandsvorsitzende der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen



Vizepräsident

Thomas Lemke

- 2. Vizepräsident des Bundesverband Deutscher Privatkliniken
- Vorstandsvorsitzender Sana Kliniken AG

weitere Mitglieder

Von den Spitzenverbänden

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband

- Hendrik Hahndorf, Vorstandsvorsitzender Arbeiterwohlfahrt Landesverband Sachsen-Anhalt

Bundesverband Deutscher Privatkliniken

- Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer Bundesverband Deutscher Privatkliniken

Deutscher Caritasverband e.V.

- Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin Katholischer Krankenhausverband Deutschland

Deutscher Landkreistag

- Jörg Freese, Beigeordneter Deutscher Landkreistag

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband

- Lisa Marcella Schmidt, Der Paritätische Gesamtverband

Deutscher Städte- und Gemeindebund

- Marc Elxnat, Dezernatsleiter Deutscher Städte- und Gemeindebund

Deutscher Städtetag

- Dr. Iris Minde, Geschäftsführerin Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

Deutsches Rotes Kreuz

- Gunnar Sevecke, Frankfurter Rotkreuz-Kliniken, Geschäftsführer Finanzen & Strategie

Deutsche Rentenversicherung Bund

- Brigitte Gross, Direktorin Deutsche Rentenversicherung Bund

Diakonie Deutschland

- Pfarrer Christoph Radbruch, Vorstandsvorsitzender Deutscher Evangelischer Krankenhausverband

Verband der Universitätsklinika Deutschlands

- Jens Bussmann, Generalsekretär Verband der Universitätsklinika Deutschlands

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

- Dr. Leo Latasch, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Von den Landesverbänden

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft

- Landrat des Alb-Donau-Kreises Heiner Scheffold (Vorsitzender), Ulm

Bayerische Krankenhausgesellschaft

- Landrätin Tamara Bischof (Vorsitzende), Kitzingen

Berliner Krankenhausgesellschaft

- Brit Ismer (Vorsitzende), Kaufmännische Direktorin Jüdisches Krankenhaus Berlin, Berlin

Krankenhausgesellschaft Brandenburg

- Dr. Detlef Troppens (Vorsitzender), Geschäftsführer Oberhavel Kliniken GmbH, Oranienburg

Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen

- Thomas Kruse (Vorsitzender)

Hamburgische Krankenhausgesellschaft

- Ralf Zastrau (1. Vorsitzender), Geschäftsführer Albertinen Krankenhaus, Hamburg

Hessische Krankenhausgesellschaft

- Dr. Christian Höftberger (Präsident), Aufsichtsratsvorsitzender der Asklepios Kliniken Langen-Seligenstadt GmbH

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern

- Jan Weyer (Vorsitzender), Geschäftsführer der DRK-Krankenhäuser in MV

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

- Landrat Rainer Rempe (Vorsitzender), Hannover

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

- Ingo Morell (Präsident), Geschäftsführer Maria Theresia Bonzel Stiftung, Olpe

Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz

- Landrat Hans-Ulrich Ihlenfeld (Vorsitzender), Bad Dürkheim

Saarländische Krankenhausgesellschaft

- Bernd Mege (Vorsitzender), Geschäftsführer Saarland-Heilstätten GmbH, Saarbrücken

Krankenhausgesellschaft Sachsen

- Dr. Sven U. Langner (Vorsitzender), Geschäftsführer der Elisabeth Vinzenz Verbund GmbH, Dresden

Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt

- Prof. Dr. med. Wolfgang Schütte (Vors.), Ärztl. Direktor Martha-Maria Krankenhaus Halle-Dölau gGmbH, Halle

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein

- Landespastor Heiko Naß (Vorsitzender) Diakonisches Werk Schleswig-Holstein, Rendsburg

Krankenhausgesellschaft Thüringen

- Dr. Gundula Werner (Vorsitzende), Geschäftsführerin Klinikum Altenburger Land GmbH, Altenburg

Das Präsidium der DKG

weitere Mitglieder

Beratende Mitglieder

- Dr. Dirk Tenzer, Vorsitzender des Fachausschusses Personalwesen und Krankenhausorganisation
- Matthias Einwag, Vorsitzender des Fachausschusses Krankenhausfinanzierung, Hauptgeschäftsführer Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
- Roland Engehausen, Vorsitzender des DKG-Fachausschusses Daten-Information und -Kommunikation, Geschäftsführer Bayerische Krankenhausgesellschaft
- Andreas Wermter, Vorsitzender des Fachausschusses für Recht und Verträge, Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz
- PD Dr. Michael A. Weber, Vorsitzender des Fachausschusses Medizin, Präsident Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands
- Wolfgang Pföhler, Präsident Deutsches Krankenhausinstitut

Die Geschäftsstelle der DKG



Geschäftsleitung

Vorstandsvorsitzender **Dr. Gerald Gaß**

Stellvertretende Vorstandsvorsitzende **Prof. Dr. med. Henriette Neumeyer, RA Andreas Wagener**

- Sekretariat 030 39 801 1001

Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Leitung: **Joachim Odenbach, M.A.**

- Sekretariat 030 39 801 1021

Geschäftsbereich Zentrale Aufgaben

Geschäftsbereichsleitung: **RA Andreas Wagener**

- Rechtsabteilung, Leitung: RA Andreas Wagener
- Sekretariat 030 39 801 1410

- Abteilung Personal/Finanzen/Verwaltung, Leitung: Sonja Reith
- Kontakt 030 39 801 1050

Geschäftsbereich I - Krankenhauspersonal und Politik

Geschäftsbereichsleitung: **Prof. Dr. med. Henriette Neumeyer**

- Abteilung Krankenhauspersonal, Leitung: Prof. Dr. med. Henriette Neumeyer
- Sekretariat 030 39 801 2011

- Abteilung Politik, Leitung: Dr. rer. pol. Michael Mörsch
- Sekretariat 030 39 801 2015

Geschäftsbereich II - Finanzierung und Versorgungsplanung

Geschäftsbereichsleitung: **Dr. med. Roland Laufer**

- Sekretariat 030 39 801 1210

Geschäftsbereich III - Digitalisierung und eHealth

Geschäftsbereichsleitung: **Dipl.-Informatiker Markus Holzbrecher-Morys**

- Sekretariat 030 39 801 1310

Geschäftsbereich IV - Qualität der Versorgung und Psychiatrie

Geschäftsbereichsleitung: **Dr. med. Thilo Grüning, M.Sc.**

- Sekretariat 030 39 801 1710

Geschäftsbereich V - Ambulante und stationäre klinische Versorgung

Geschäftsbereichsleitung: **Dr. med. Nicole Schlottmann**

- Sekretariat 030 39 801 1510

Geschäftsbereich VI - Evidenzbasierte medizinische Versorgung und G-BA

Geschäftsbereichsleitung: **Dr. med. Michael Brenske**

- Sekretariat 030 39 801 1610

- Abteilung Methodenbewertung/DMP/Veranlasste Leistungen, Leitung: Dr. med. Michael Brenske

- Abteilung Arzneimittel und Notfallmedizin, Leitung: Özlem Acikgöz

Redaktion „Das Krankenhaus“

Chefredakteurin: **Katrin Rüter de Escobar, M.A.**

- Sekretariat 030 20 8472 943

Fachausschüsse, Kommissionen und Sachverständigenengremien

Fachausschüsse (FA)

- FA Daten-Information und -Kommunikation
- FA für Krankenhausfinanzierung Haushaltsausschuss
- FA Medizin
- FA Personalwesen und Krankenhausorganisation
- FA Recht und Verträge

Kommissionen (Ko.)

- Ko. Arzneimittel
- Ko. Europa und internationales Krankenhauswesen
- Ko. Hygiene
- Ko. Krankenhaus-Psychiatrie
- Ko. Leistungsentgelte
- Ko. Qualitätssicherung
- Satzungskommission

Arbeitsgruppen (AG)

- AG § 301-Datenübermittlung
- AG AOP (FA Medizin)
- AG Attraktivität Pflegeberufe
- BMG-Beirat Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus
- BMG-Expertenkommission OTA/ATA
- AG Drittauslagerung von Krankenhausleistungen
- AG DeQS-Richtlinie
- AG Entlassmanagement Expertentreffen
Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
- AG Ersteinschätzung Notfallmedizin
- AG Expertengruppe Definition von
Krankenhausstandorten
- AG Fächerübergreifende Steuerungsgruppe
Gemeinsames Gespräch DKG/LKG/LAK Umweltschutz
im Krankenhaus
- AG Forschungsprojekt KI-Atlas
- AG Integrierte Notfallzentren - eLA
- AG Klassifikationen
- AG Klimaschutz/Nachhaltigkeit im Krankenhaus

- AG Konzertierte Aktion Pflege
- AG Krankenhaus-Informationstechnik
- AG Krankenhausstrukturplanung des FA „Medizin“
- AG Lieferkettensorgfaltspflichtgesetz
- AG MD
- AG MD-Datenübermittlung
- AG Organspende und Transplantationsmedizin
- AG OTA/ATA
- AG Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie
- AG Pflegefinanzierung
- AG Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument
- AG Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
- AG Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- AG Resilienz
- AG Schlichtungsausschuss
- AG Steuern
- AG Telematik-Infrastruktur 2.0
- AG Weiterentwicklung der Pflegeberufe
- AG Weiterentwicklung Qualitätsberichte
- AG Zentren
- AG § 75c SGB V – IT-Sicherheit in Krankenhäusern

Mitwirkung der DKG in Gremien der Selbstverwaltung

- Bundesschiedsstelle
- Schlichtungsausschuss Bund
- Spitzengespräch DKG/GKV/PKV
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Plenum)
Innovationsausschuss

Mitgliedschaft der DKG in internationalen Verbänden und Organisationen

- Internationaler Krankenhausverband – International
Hospital Federation (IHF)
- Europäischer Krankenhausverband – European Hospital
and Healthcare Federation (HOPE)



Impressum

Herausgeber

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Redaktion

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Für die einzelnen Texte sind die jeweiligen
Geschäftsbereiche verantwortlich.

Anschrift

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
Postfach 12 05 55, 10595 Berlin

Hausanschrift und Kontakt

Wegelystraße 3, 10623 Berlin

Telefon +49.30.39 801 0
Telefax +49.30.39 801 30 00

pressestelle@dkgev.de
www.dkgev.de

Redaktionsschluss

24. Januar 2025

Fotonachweis

Georg Lopata: S. 2, 3, 8
Maxi Schilonka: S.1
Holger Mages: S. 6
Cottonbro Studio: S. 7
Anna Shvets: S. 11
Ahmad Ardity: S. 12
panyakuanunphotos: S. 13
Pietro Jeng: S. 14
Jörn Wegner: Titel, S. 15
Jens Jeske/kkvd: S. 16 oben
Mario Klötzer: S. 16 Mitte
privat: S. 16 unten