



DEUTSCHE
KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

GESCHÄFTS-
BERICHT 2021

INHALT

Vorwort	02
---------	----

DIE KRANKENHÄUSER IM ZWEITEN PANDEMIEJAHR	03
--	-----------

GEORG BAUM DER VOLLBLUT-KRANKENHAUSMANN	07
--	-----------

AUS DEN DEZERNATEN UND BEREICHEN

Politik	11
Europäische und internationale Krankenhausangelegenheiten	16
Personalwesen und Krankenhausorganisation	20
Qualitätssicherung, Transplantationsmedizin und Psychiatrie	27
Krankenhausfinanzierung und -planung	34
IT, Datenaustausch und eHealth	41
Rechts- und Vertragsangelegenheiten	46
Medizin I	53
Medizin II	60
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	67
Zeitschrift »das Krankenhaus«	71

JAHRESGESCHÄFTSBERICHT 2021

Die Gremien der DKG 2021	75
Die Ausschüsse der DKG 2021	80
Die Organisation der DKG	81

Impressum	84
-----------	----



Trotz des umfangreichen Maßnahmenpakets der Bundesregierung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser rechneten rund 60 Prozent der Kliniken für 2021 mit einem Jahresfehlbetrag.

Das Jahr 2021 war weltweit erneut von der Corona-Pandemie geprägt. Die Pandemie wirkte sich auf alle Gesellschafts- und Wirtschaftsbereiche aus und stellte auch in Deutschland die gesamte Bevölkerung vor große Herausforderungen. Wie bereits im Jahr zuvor standen die Krankenhäuser dabei besonders im Fokus. Nur dank des unermüdlichen Einsatzes ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnten die Krankenhäuser die medizinische Versorgung auch zu Zeiten, in denen die Wellen der Pandemie ihren Höhepunkt erreichten, aufrechterhalten.

Die Corona-Pandemie prägte im Berichtsjahr auch die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung. Im Mittelpunkt standen dabei die Weiterentwicklung des Rettungsschirms zur wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser und zahlreiche Initiativen zur dringend erforderlichen Entlastung der Kliniken von nicht zwingend notwendigen Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen. Hinzu kam die Abarbeitung der pandemieunabhängigen gesetzlichen Arbeitsaufträge. Mit Blick auf die Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus erwies sich insbesondere die Entwicklung des aG-DRG-Katalogs für das Jahr 2022 als äußerst anspruchsvoll. Konfliktbehaftet war dabei vor allem die Frage nach dem korrekten Umgang mit der bereits im Vorjahr vorgenommenen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System. Im Gemeinsamen Bundesausschuss standen unterdessen neben der Corona-Pandemie insbesondere die Anpassung der Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) und die Entwicklung des Ersteinschätzungsverfahrens zum Versorgungsbedarf in den Notaufnahmen im besonderen Fokus der Krankenhäuser.

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verschlechterte sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich. Trotz des umfangreichen Maßnahmenpakets der Bundesregierung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (»Corona-Rettungsschirm«) rechneten rund 60 Prozent der Kliniken für 2021 mit einem Jahresfehlbetrag. Neben der weiterhin unzureichenden Investitionsförderung durch die Länder waren dafür in erster Linie die außerordentlich gesunkenen Fallzahlen verantwortlich. Da zum Schutz vor einer Überlastung der Krankenhauskapazitäten erneut viele planbare Operationen und Eingriffe abgesagt

oder verschoben werden mussten, konnte das Leistungsniveau des Vor-Pandemie-Jahres 2019 trotz aller Anstrengungen nicht erreicht werden.

In der zweiten Jahreshälfte prägte neben dem Krankenhauszukunftsgesetz auch die Bundestagswahl im Herbst das Berichtsjahr 2021. Die DKG und ihre Mitgliedsverbände positionierten sich bereits frühzeitig zu den erforderlichen Reformen, die nach der Wahl gemeinsam mit der neuen Bundesregierung angegangen werden sollen. Im Mittelpunkt des Positionspapiers der DKG zur 20. Legislaturperiode des Bundestags standen die Personalausstattung der Krankenhäuser, die Beschleunigung der Digitalisierung, die sektorenübergreifende Vernetzung der Versorgung und die dringend notwendige Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Vergütungssysteme. Da die im Dezember vor dem Bundestag vereidigte neue Bundesregierung wesentliche Reformbaustellen in ihrem Koalitionsvertrag aufgriff, zeichnen sich die Schwerpunkte der politischen Arbeit der DKG in den kommenden vier Jahren bereits deutlich ab.

Dr. Gerald Gaß

DKG-Vorstandsvorsitzender

[→ zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)





DIE KRANKENHÄUSER IM ZWEITEN PANDEMIEJAHR

Corona hat die Krankenhäuser auch im zweiten Jahr der Pandemie beschäftigt wie kein anderes Thema. Ging es im Vorjahr noch um Kapazitätsaufbau und vor dem Hintergrund der Bilder aus vielen anderen Ländern um die Abwendung von Katastrophen, haben die ersten Impfstoffzulassungen in den letzten Tagen des Jahres 2020 Hoffnung auf einen baldigen Ausweg aus der Pandemie gegeben. Nach der verheerenden Winterwelle 2020/2021 mit Zehntausenden Toten benötigten vor allem die zahlreichen Krankenhausbeschäftigten, die seit Monaten am Limit und darüber hinaus gearbeitet hatten, dringend diesen Lichtblick. Doch anfangs viel zu wenig Impfstoff, dann viel zu wenig impfwillige Menschen und schließlich neue Virusmutationen haben bald zur Ernüchterung geführt.

Zahlreiche Pflegekräfte waren seit mehr als einem Jahr in einem faktischen Ausnahmezustand mit Überstunden, storniertem Urlaub, der ständigen Gefahr von Infektion und schwerer Erkrankung.

Pflegepersonalmangel wird zum Hauptthema

Für die Krankenhäuser und ihre Bemühungen, die Pandemie zu bekämpfen, hat das Jahr mit einem Dämpfer begonnen. Auf dem Höhepunkt der Corona-Pandemie mit fast 6.000 von Corona-Patienten belegten Intensivbetten, zahlreichen verschobenen Operationen und mehreren Hundert Toten täglich hat der Gesetzgeber die Pflegepersonaluntergrenzen auf den Intensivstationen noch einmal verschärft. In der Praxis bedeutete dies, dass rund ein Viertel der Intensivbetten nicht mehr zur Verfügung stand. Die Pflegepersonaluntergrenzen reduzierten also dringend benötigte Kapazitäten weiter und belasteten die Beschäftigten mit zusätzlicher Bürokratie. In der öffentlichen Wahrnehmung führten die Diagramme mit den reduzierten Bettenzahlen zur Fehlannahme, die Krankenhäuser hätten mitten in der Pandemie Betten abgebaut, würden gleichzeitig aber über zu geringe Kapazitäten und verschobene Operationen klagen.

Überhaupt standen die Beschäftigten der Krankenhäuser im zweiten Pandemiejahr im Fokus der Öffentlichkeit. In den ersten Wochen und Monaten der Pandemie ging es noch darum, möglichst viel intensivmedizinische Technik anzuschaffen und sogar ein ganzes Notkrankenhaus mit neuen Behandlungsplätzen aufzubauen. Dass Beatmungsgeräte und Bettgestelle keine Patientinnen und Patienten behandeln und pflegen und dass Klatschen und Schulterklopfen für die Pflegekräfte nicht ausreicht, ist unter der Lupe der Pandemie in ihrem zweiten Jahr immer mehr Menschen bewusst geworden. Der Pflegepersonalmangel wurde zum Wahlkampfthema. Ausdrücklich hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) begrüßt, dass sich die drei Koalitionspartner in ihrem Vertrag auf die Umsetzung der PPR 2.0 geeinigt haben. Das wird den Pflegepersonalmangel sicher nicht beheben, aber die Situation verbessern.

Corona hat den Pflegepersonalmangel nicht nur verdeutlicht, sondern noch einmal intensiviert. Eine Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts hat nachgewiesen, dass insbesondere Intensivpflegekräfte verstärkt ihre Arbeitszeit verkürzt haben, auf andere Stellen gewechselt sind oder sogar ganz den Beruf gewechselt haben. Auf die ohnehin schon angespannte

Attraktive Arbeitsplätze:
Gute Ausbildung,
gute Bezahlung.

Kurswechsel
Krankenhauspolitik

FA+R
Diskutieren, entscheiden, handeln.

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT DKG

Personalsituation mit chronisch zu wenigen Kolleginnen und Kollegen haben sich die Pandemie und die mit ihr verbundenen Höchstbelastungen noch einmal verschärfend ausgewirkt. Zahlreiche Pflegekräfte waren seit mehr als einem Jahr in einem faktischen Ausnahmezustand mit Überstunden, storniertem Urlaub, der ständigen Gefahr von Infektion und eigener schwerer Erkrankung. Mit dem Abflauen der Impfgeschwindigkeit bei noch immer zu geringer Impfquote hat sich zusätzlich Frust auf den Stationen aufgestaut, denn die meisten der schweren Fälle wären leicht vermeidbar gewesen. In der Folge fanden sich Bekenntnisse zu den Pflegekräften und zur Verbesserung der Situation in den Krankenhäusern in sämtlichen Bundestagswahlprogrammen. Nur die Realität sah im Herbst 2021 noch ganz anders aus. Den Forderungen nach höheren Gehältern in der Pflege stand die Verweigerungshaltung der Krankenkassen bei den Pflegebudgets gegenüber, über die die Gehälter der Pflegekräfte finanziert werden. Daran hat sich auch 2022 nichts wesentlich geändert. Noch immer ist selbst für 2020 nur ein Teil der Pflegebudgets vereinbart.

Wirtschaftliche Sicherung

In das zweite Pandemiejahr musste die DKG erneut mit der Forderung nach verlässlicher wirtschaftlicher Sicherheit für die Krankenhäuser starten. Obwohl die meisten Krankenhäuser aufgrund der extremen Corona-Welle zum Jahreswechsel ihre Regelversorgung

Um mehr Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen, müssen sich die Arbeitsbedingungen verbessern.



Die hohe Impfquote in der einstigen Risikogruppe der Älteren hat dafür gesorgt, dass diese Menschen nur noch eine Nebenrolle in den Krankenhäusern gespielt haben.

praktisch einstellen mussten, fehlte es an einem tragfähigen Konzept, die Mindereinnahmen auszugleichen, sowohl zur kurzfristigen Liquiditätssicherung als auch zur Vorbereitung auf die kommenden Pandemiemonate. Dass Krankenhäuser mitten in der Pandemie aus wirtschaftlichen Gründen schließen müssten, wäre völlig inakzeptabel. Erst im April gab es eine neue Verordnung, die anhand vieler Parameter wie des regionalen Inzidenzwerts und des Anteils freier Betten wieder Ausgleichszahlungen für die Kliniken ermöglichte. Die Pandemie hat gezeigt, dass die Krankenhäuser unbedingt auch wirtschaftlich in die Lage versetzt werden müssen, Kapazitäten frei zu halten. Die Krankenhausfinanzierung muss reformiert werden, das ist während der vergangenen zwei Jahre so deutlich wie nie zuvor geworden. Dabei stellt die DKG das Fallpauschalensystem in seinen Grundsätzen nicht infrage. Es muss jedoch durch Elemente ergänzt werden, die die Vorhaltekosten stärker in den Blick nehmen. Solche Elemente sind nicht nur wichtig, um für künftige Pandemien Betten vorhalten zu können. Sie können auch bereits bestehende alltägliche Herausforderungen der Versorgungssicherung angehen. Denn die rein leistungsbezogene Vergütung funktioniert in dünner besiedelten Regionen mit niedrigen Fallzahlen nicht mehr und führt gerade dort dazu, dass sich die Gesundheitsversorgung durch Schließungen immer weiter verschlechtert. Die im September neu gewählte Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag immerhin dazu bekannt, die Krankenhausfinanzierung zu reformieren.

Mit regionalen Netzwerken erfolgreich gegen Corona

Um die immensen Herausforderungen der Pandemie bewältigen zu können, haben sich Krankenhäuser in zahlreichen Regionen eigenständig und trägerübergreifend in Netzwerken organisiert. Auf diese Weise konnten sie untereinander die Regel- und Corona-Versorgung abstimmen. Dabei hat beispielsweise ein Krankenhaus die direkte Versorgung der Corona-Kranken in der Region übernommen, während ein anderes die Regelversorgung sichergestellt und so den Kliniken mit direktem Corona-Bezug den Rücken freigehalten hat. Leider hat die Politik diese Kooperati-

on bei den Corona-Ausgleichszahlungen und auch den Plänen für eine erneute Corona-Prämie nicht berücksichtigt. Wer keine Corona-Patienten im Haus hatte, war mit den Lasten weitestgehend alleingelassen.

Für die DKG sind diese Kooperationsnetzwerke aber ein Organisationsmodell, mit dem sich die Zukunft der Krankenhausversorgung gestalten lässt. Die Corona-Pandemie hat dabei auch gezeigt, dass Krankenhäuser autonom vor Ort entsprechend den regionalen Bedürfnissen weitaus besser autonom über ihre Arbeit entscheiden können.

Pandemie der Ungeimpften

Der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sprach im Sommer 2021 von einer »Pandemie der Ungeimpften«: Das Virus treffe jetzt nur noch Menschen ohne Impfschutz. Wer weiterhin auf die Impfung verzichte, begeben sich selbstverschuldet in Gefahr, denn die anfängliche Impfstoffknappheit war im Sommer überwunden. Geimpft wurde in Einkaufszentren, am Arbeitsplatz und beim Arzt sowieso. Die Daten von den Intensivstationen haben diese These durchaus untermauert. Im Sommer lagen zum weit überwiegenden Teil ungeimpfte Patientinnen und Patienten mittleren Alters schwerkrank auf den Intensivstationen. Die hohe Impfquote in der einstigen Risikogruppe der Älteren hat dafür gesorgt, dass diese Menschen nur noch eine Nebenrolle in den Krankenhäusern gespielt haben. Das Median-Alter der Intensivpatienten lag zeitweise bei Anfang 40.

Mit der »Pandemie der Ungeimpften« hat sich allerdings auch eine trügerische Ruhe in der Wahrnehmung der Pandemie ausgebreitet. Dass in Israel mit seinem früheren Impfstart die Delta-Variante bereits für immer mehr auch schwere Erkrankungen unter doppelt geimpften vor allem älteren Menschen sorgte, haben die Verantwortlichen zu lange nicht ernst genommen. Erst als die Zahl der doppelt geimpften Intensivpatienten deutlich zunahm und auch nicht mehr auf immungeschwächte sehr alte Patientinnen und Patienten beschränkt war, begann auch in Deutschland die Kampagne für die dritte Impfdosis – das allerdings mit Problemen, denn die gerade noch verwaisten Impfstellen konnten den Ansturm kaum abfedern. Menschen standen stundenlang im kalten





Herbstwetter an, um sich ihre dritte Impfung abzuholen. Zusätzlich schlug die Bürokratie zu: Impfwilige, deren zweite Impfung nicht exakt sechs Monate zurücklag, wurden vielerorts wieder nach Hause geschickt. Aufgrund voreilig geschlossener Impfzentren in den meisten Bundesländern, mangelhafter Kommunikation und auch dank des Wahlkampfes, der Entscheidungen verzögerte oder unmöglich machte, standen die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor den Auswirkungen einer neuen heftigen Welle. Die Ungeimpften machten zwar noch immer die Mehrheit auf den Intensivstationen aus, vor allem gemessen an ihrem gesamtgesellschaftlichen Anteil. Doch die Zahl der »Impfdurchbrüche« stieg spürbar.

Delta beendete das zweite Pandemiejahr

Dass das Wort von der »Pandemie der Ungeimpften« nicht mehr ganz stimmte, lag auch an der Ausbreitung der Delta-Variante, die bereits im Frühling in Indien zu einer Katastrophe mit wahrscheinlich Millionen Toten geführt hatte. Die Mutation war zwar nicht tödlicher, aufgrund der höheren Ansteckungsgeschwindigkeit stellte sie sich aber als ernsthafte Bedrohung heraus. Leider stellten sich auch die Impfungen als weniger wirksam gegen Delta heraus als noch gegen den Ur-

typ. Vor allem ließ die Wirkung gegen Infektion schnell nach. Delta ließ im Herbst nicht nur die Belegungszahlen in die Höhe schießen, sondern gab aufgrund der vermeintlichen Wirkungslosigkeit der Impfung auch Impfgegnern neuen Auftrieb. Dass trotz drastisch höherer Inzidenzen die Zahl der Intensiv- und Todesfälle deutlich unter derjenigen der Winterwelle von 2020/2021 blieb, war dennoch zweifelsfrei den Impfungen zu verdanken. Mit dem Jahresende verabschiedete sich schließlich auch die Delta-Variante. Die Omikron-Mutation nahm in den ersten Tagen des neuen Jahres die dominierende Position ein und leitete mit ihrer drastisch höheren Ansteckungsquote bei gleichzeitig deutlich gesunkener Gefährlichkeit eine neue Pandemiephase ein.

→ zurück zum Inhaltsverzeichnis





GEORG BAUM DER VOLLBLUT- KRANKENHAUSMANN

Das Jahr 2021 war nicht nur durch eine Pandemie geprägt, sondern auch durch zwei wesentliche Personalwechsel: 2005 war Angela Merkel zur deutschen Bundeskanzlerin gewählt worden, im Jahr 2021 schied sie aus dem Amt aus. Im Jahr 2005 war Georg Baum zum Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gewählt worden, im Jahr 2006 begann er seine Tätigkeit und im Jahr 2021 schied er aus dieser Funktion aus.

»Qualitätsmedizin für jedermann und flächendeckend durch unsere Krankenhäuser ist das Markenzeichen des deutschen Gesundheitswesens. Dies mitgestaltet zu haben, ist eine im höchsten Maße zufriedenstellende Lebensaufgabe gewesen.«

Doch es gibt noch mehr Parallelen. So arbeiteten die ehemalige Amtsinhaberin und der ehemalige Amtsinhaber immer eng und konstruktiv mit ihren jeweiligen Nachfolgern zusammen. Olaf Scholz war unter Merkel Finanzminister und Dr. Gerald Gaß drei Jahre Präsident der DKG, in denen er vertrauensvoll und eng mit Georg Baum zusammenarbeitete.



Georg Baum war 40 Jahre dem Gesundheitswesen und vor allem der Krankenhauspolitik verbunden und ist es nach seinem Ausscheiden bei der DKG geblieben. Stationen waren die Friedrich-Naumann-Stiftung, das Büro des Bundestagsabgeordneten Dieter-Julius Cronenberg und der Bundesverband der Betriebskrankenkassen. 1991 wechselte Baum ins Bundesministerium für Gesundheit (BMG), wo er 1993 Unterabteilungsleiter »Gesundheitsversorgung, Krankenhauswesen« wurde. In dieser Zeit hat er maßgeblich das DRG-System entwickelt und dessen Einführung begleitet. Als die DKG 2005 Georg Baum zum Hauptgeschäftsführer wählte, sagte seine damalige Chefin, die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: »Es gibt kaum jemanden, der das Gesundheitswesen und das Krankenhaussystem so gut kennt wie Georg Baum.« Der spätere Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bestätigte dies auf dem Herbstempfang der DKG 2021 in seiner Abschiedsrede für Georg Baum: Der scheidende Hauptgeschäftsführer habe die Diskussionen über die Krankenhauslandschaft maßgeblich geprägt, sei leidenschaftlich und hartnäckig in der Sache, aber immer auch zu Kompromissen bereit gewesen. Mit Baums Eintritt in den Ruhestand verlören die Krankenhäuser eine wichtige Stimme, so Spahn.



Sabine Schaub-Beuth hat als Sekretärin die Arbeit des Hauptgeschäftsführers viele Jahre organisiert.

Georg Baum war immer ein gefragter Interviewpartner für die Medien.



Die Jahre, die Georg Baum im BMG und bei der DKG verbrachte, waren von vielfältigen Umbrüchen geprägt. Schon der Beginn seiner Zeit im BMG war durch die Lahnstein-Reformen gekennzeichnet. Baums Berufsleben war von der Einführung des DRG-Systems begleitet und die letzte Phase seiner Tätigkeit als Hauptgeschäftsführer war mitbestimmt von der Ausgliederung der Pflegekosten. Und auch in der Selbstverwaltung hat Georg Baum wichtige Veränderungsprozesse begleitet. Allein die Errichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Zentralisierung der Kassenverbände haben das Gesundheitswesen maßgeblich verändert.

Bei allen Veränderungen blieben die Probleme. Die chronische Unterfinanzierung begleitet die Krankenhäuser nun seit rund 30 Jahren. Der Fachkräftemangel hat sich über Jahrzehnte entwickelt und stellt die Gesundheitspolitik vor riesige Herausforderungen. Baum

Georg Baum wird beim Herbstempfang 2021 verabschiedet, hier mit DKG-Vorstand Dr. Gerald Gaß, Ehefrau Dr. Claudia Baum und DKG-Präsident Ingo Morell (von links).



Leidenschaft, Engagement und Ringen um die besten Lösungen, das sind zentrale Begriffe, die immer wieder genannt werden, wenn über Georg Baum gesprochen wird.

war es ein Anliegen, gute Versorgung mitzugestalten. »Qualitätsmedizin für jedermann und flächendeckend durch unsere Krankenhäuser ist das Markenzeichen des deutschen Gesundheitswesens. Dies mitgestaltet zu haben, ist eine im höchsten Maße zufriedenstellende Lebensaufgabe gewesen«, sagte Georg Baum.



DKG-Präsident Ingo Morell dankte Georg Baum für sein großes Engagement für die Krankenhäuser in Deutschland: »Sein gesamtes Denken und Handeln war davon geprägt, die strategische Ausrichtung und tägliche Arbeit auf die Erwartungen unserer Mitglieder und Krankenhäuser auszurichten. Als ein wirklicher Vollblut-Krankenhausmann hat Georg Baum die Kliniken in Deutschland vorangebracht. Dafür sind wir ihm zu großem Dank verpflichtet. Der Vorstand, die Geschäftsstelle sowie die Gremien der DKG haben in dieser Zeit nicht nur von seiner fachlichen Expertise profitiert, sondern auch von seinen persönlichen Qualitäten als engagierter sowie hartnäckiger und stets zuverlässiger Gesprächs- und Verhandlungspartner. Durch seinen unermüdlichen Einsatz hat er die DKG mitgeprägt und wesentlich dazu beigetragen, dass aus ihr ein zentraler gesundheitspolitischer Akteur geworden ist.«

Leidenschaft, Engagement und Ringen um die besten Lösungen, das sind zentrale Begriffe, die immer wieder genannt werden, wenn über Georg Baum gesprochen wird. Sie prägten auch die Zusammenarbeit mit Baums Nachfolger und dem seinerzeitigen DKG-Präsidenten Dr. Gerald Gaß. Gerade die Gespräche mit Georg Baum hätten ihn motiviert, die Leitung der DKG zu übernehmen. Dr. Gerald Gaß wird die Arbeit Georg Baums nunmehr als Vorstandsvorsitzender fortführen.



Georg Baum mit Prof. Dr. Karl Lauterbach und dem damaligen DKG-Präsidenten Thomas Reumann

Georg Baum und der damalige Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler



Zu den von ihm gesetzten Schwerpunkten werden die nach der Pandemie notwendigen Reformen in der Krankenhauspolitik gehören. Die Corona-Pandemie hat nach seiner Überzeugung verdeutlicht, wie viele Baustellen es in der deutschen Gesundheitspolitik gibt, vom Fachkräftemangel über die Digitalisierung bis zur Finanzierung. »Aber ich glaube auch, dass diese Zeit viel dazu beigetragen hat, in der politischen Debatte die Bedeutung von Krankenhäusern wieder an die erste Stelle zu setzen. Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das Rückgrat der Gesundheitsdaseinsvorsorge und medizinischen Versorgung. Wir brauchen eine transparente Diskussion darüber, wie eine Krankenhausstruktur in den nächsten Jahrzehnten aussehen soll. Wir brauchen ein Leitbild für Reformen. Bund und Länder müssen eine klare Zielsetzung haben, und daran müssen sich dann die Rahmenbedingungen messen lassen. Die DKG wird weiterhin ein konstruktiver Partner in der Krankenhauspolitik sein, der sich Reformen nicht verschließen wird«, so Gaß.

Viele Vertreterinnen und Vertreter aus der Politik haben Georg Baum im Herbst 2021 verabschiedet. Hier Christine Aschenberg-Dugnus, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und Brandenburgs Gesundheitsministerin Ursula Nonnemacher (von links).





AUS DEN DEZERNATEN UND BEREICHEN





POLITIK



Von großer Bedeutung war die Etablierung einer umfassenden Test- und Impfstrategie, die einen wichtigen Beitrag zum Schutz vor einer Überlastung der Gesundheitsversorgung leistete.

Im zweiten Jahr in Folge prägte die SARS-CoV-2-Pandemie maßgeblich die politische Arbeit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Im Zentrum stand dabei insbesondere die Weiterentwicklung des Maßnahmenkatalogs zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Von großer Bedeutung war darüber hinaus insbesondere die Etablierung einer umfassenden Test- und Impfstrategie, die einen wichtigen Beitrag zum Schutz vor einer Überlastung der Gesundheitsversorgung leistete.

Zum Ende des Berichtsjahres prägten auch die Bundestagswahl, die Koalitionsverhandlungen der Ampelfraktionen und der anschließende Regierungswechsel das politische Geschehen. In gewohnter Weise brachte sich die DKG aktiv mit eigenständigen Positionen in die politischen Beratungen vor und nach der Bundestagswahl ein. Die Umsetzung der im Koalitionsvertrag enthaltenen Vorhaben wird die politische Arbeit der DKG in der 20. Legislaturperiode maßgeblich bestimmen.

Corona-Pandemie als besondere Herausforderung für die Krankenhäuser

Die Corona-Pandemie stellte die Krankenhäuser auch im Berichtsjahr vor große Herausforderungen. Die Infektionswellen im Frühjahr und Herbst zeigten deutlich, dass die verfügbaren Kapazitäten der Krankenhäuser, insbesondere im Bereich des Personals, der limitierende Faktor für die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung und damit das entscheidende Kriterium für die Überlastung des Gesundheitssystems sein würden. Dies galt insbesondere für intensivmedizinische Behandlungskapazitäten.

Maßnahmen zur Bekämpfung des Pandemiegeschehens

Neben der Etablierung struktureller und organisatorischer Maßnahmen war es für die Krankenhäuser von besonderer Bedeutung, dem Pandemiegeschehen mit wirksamen Strategien entgegenzutreten. Dafür haben sich im Verlauf der Pandemie verschiedene Vorhaben herausgebildet. Die DKG hat die in diesem Zusammen-



hang beschlossenen Gesetzgebungsverfahren und Verordnungen eng und kontinuierlich begleitet und aktiv die Forderungen der Krankenhäuser eingebracht.

Epidemische Lage von nationaler Tragweite

Mit der Entwicklung weiterer Mutationen des Coronavirus SARS-CoV-2 hat sich dessen Ausbreitungsgeschwindigkeit weiter erhöht. Im Frühjahr 2021 nahm die dritte Infektionswelle spürbar an Fahrt auf. Bereits zu Beginn der Pandemie hatte der Gesetzgeber im März 2020 eine Zentralisierung und Vereinheitlichung der Pandemiereaktionen auf Bundesebene beschlossen, die in der Folgezeit immer wieder verlängert wurden. Die bislang ergriffenen Maßnahmen erwiesen sich jedoch als nicht nachhaltig, weshalb der Gesetzgeber diese Regeln mit dem »Vierten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite« noch mal nachschärfte. Im April 2021 wurden weitere Einschränkungen in das Gesetz aufgenommen, die anhand von Inzidenzschwellenwerten bundeseinheitlich zu ergreifen waren (sog. Bundesnotbremse). Diese Maßnahmen traten am 23. April 2021 in Kraft.

Nach der Bundestagswahl im September 2021 und infolge des sich abzeichnenden Regierungswechsels verabredeten die künftigen Koalitionsparteien von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP die Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Hierfür legten die Parteien am 4. November 2021 den Entwurf eines »Gesetzes zur Änderung des Infektions-

Der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn war häufiger Gast der DKG.



schutzgesetzes und weiterer Gesetze« anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vor. Anstelle der weitreichenden Befugnisse des Bundes, und hier insbesondere der Exekutive, sollten die Parlamente wieder gestärkt und die Verantwortung für die Bekämpfung des Pandemiegeschehens auf die Landesebene verlagert werden. Ergänzend wurde der Maßnahmenkatalog der Länder zur Bekämpfung des Pandemiegeschehens im Infektionsschutzgesetz angepasst. Die Neuregelungen traten zum 24. November 2021 in Kraft.

Testen und Impfen

Für einen Überblick über das Infektionsgeschehen und zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 haben Corona-Tests und -Impfungen einen enormen Bedeutungszuwachs erfahren. Um den flächendeckenden Zugang zu Testungen zu regeln und zu systematisieren, hat der Verordnungsgeber die Coronavirus-Testverordnung verfasst und regelmäßig an die Infektionslage und wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Ergänzend dazu hat der Gesetzgeber im Dezember 2021 den Entwurf eines »Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie« vorgestellt. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 12. Dezember 2021 wurde eine einrichtungsbezogene Impfpflicht eingeführt, die auch die Krankenhäuser umfasst, und umfangreiche Zutrittsbeschränkungen für Krankenhäuser erlassen. Der Zutritt kann nur negativ Getesteten gewährt werden. Lediglich für vollständig geimpfte Krankenhausmitarbeiter sowie externes medizinisches Personal ist ein reduzierter Testumfang vorgesehen.

Neben der Etablierung einer umfassenden Teststrategie ist die umfangreiche Immunisierung der Bevölkerung durch Impfungen der Ausweg aus der Pandemielage. Mit einzigartiger Geschwindigkeit wurden verschiedene Impfstoffe entwickelt. Da jedoch Produktionskapazitäten erst noch aufgebaut werden mussten und die Nachfrage nach Impfstoffen hoch war, standen diese zunächst nur begrenzt zur Verfügung. Deshalb musste eine Priorisierung vorgenommen und entschieden werden, welche Personengruppen bevorzugt geimpft werden konnten. Rechtssicher wurde dies dann über die Coronavirus-Impfverordnung geregelt, die auch das Gesundheitspersonal in den Krankenhäusern priorisierte. Mit steigendem Impfstoffangebot wurde der Zugang zu den Impfstoffen schrittweise ausgeweitet, sodass im Sommer 2021 der gesamten Bevölkerung ein Impfangebot unterbreitet werden konnte.

Konzentration auf die Patientenversorgung durch wirtschaftliche Absicherung

Die Corona-Pandemie stellt die deutschen Krankenhäuser trotz dieser umfangreichen politischen Maßnahmen bis heute vor große organisatorische und personelle Herausforderungen. Die bereits 2020 eingeführten Ausgleichszahlungen zur wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser entwickelte der Gesetzgeber schrittweise weiter. Maßgeblich für den Erhalt einer Ausgleichszahlung waren die Inzidenz im Landkreis, der Anteil frei betreibbarer Intensivbetten sowie ein Zuschlag gemäß dem Notfallstufenkonzept des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Ausgleichszahlungen liefen zum 15. Juni 2021 aus und wurden auf Drängen der DKG von den Ampelparteien mit Wirkung ab dem 15. November 2021 wieder eingesetzt.



Ergänzend dazu setzte sich die DKG beim Gesetzgeber für eine Fortführung der bestehenden Maßnahmen auch im Berichtsjahr ein. So wurde beispielsweise der coronabedingte Mehrkostenzuschlag bis Jahresende verlängert. Außerdem wurde das auf fünf Tage verkürzte Zahlungsziel für alle erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen von Gesetzen und Verordnungen bis Ende Juni 2022 verlängert.

Neben den zahlreichen Maßnahmen zur Liquiditätssicherung und Refinanzierung der entstandenen Mehrkosten war die ganzheitliche Budgetabsicherung von übergeordneter Bedeutung für die Krankenhäuser. Um den wirtschaftlichen Sorgen der Krankenhäuser für das laufende Jahr 2021 bereits frühzeitig zu begegnen und die vollständige Konzentration auf die medizinische Versorgung weiterhin zu gewährleisten, hat die Bundesregierung bereits im April 2021 den Ganzjahresausgleich für das Jahr 2021 festgelegt. Die gesetzliche Umsetzung erfolgte im Rahmen einer Verordnung zur wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser.

Die Krankenhausfinanzierung zu reformieren gehört zu den Kernforderungen der DKG.





DKG-Positionspapier anlässlich der Bundestagswahl 2021

Am 26. September 2021 war die Bevölkerung Deutschlands aufgerufen, den Bundestag neu zu wählen. Vor diesem Hintergrund hat die DKG in enger Abstimmung mit ihren Mitgliedsverbänden ein Positionspapier anlässlich der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags vorgelegt, das die wesentlichen Herausforderungen für das deutsche Gesundheitswesen skizziert und die zentralen Handlungsbedarfe aus Sicht der Krankenhäuser in den Fokus stellt. Neben zentralen Eckpunkten für die Modernisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland werden insbesondere die bedarfsgerechte Personalausstattung und attraktive Arbeitsplätze sowie die höchste Priorität für Qualität und Patientensicherheit als zentrale Handlungsfelder adressiert.

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Neben den Gesetzen und Verordnungen, die vorrangig die Sicherstellung der Versorgung und Bekämpfung der Pandemie zum Schwerpunkt hatten, gab es noch weitere Gesetze und Verordnungen im Berichtsjahr, die eine grundlegende und pandemieunabhängige Weiterentwicklung der Versorgung zum Ziel hatten.

Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)

Bereits am 29. Oktober 2020 hatte der Gesetzgeber den Entwurf eines Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) vorgelegt. Das Gesetz enthielt vielfältige Maßnahmen mit dem Ziel, die Qualität und Transparenz in der Versorgung zu stärken. Da die Reform der Notfallversorgung in der 19. Legislaturperiode nicht umgesetzt werden konnte, sah das GVWG kurz vor Ende des parlamentarischen Verfahrens eine Ergänzung im Bereich der ambulanten Notfallversorgung vor. Ein vom G-BA zu entwickelndes Ersteinschätzungsverfahren soll in den Kliniken verpflichtend zum Einsatz kommen.

Die Personalsituation in der Krankenpflege ist immer wieder Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen und Reformen. Von zentraler Bedeutung und mit erheblichen Folgen verbunden sind die vom Gesetzgeber 2019 initiierte Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die Pflege am Bett aus dem DRG-System und die Einführung eines dafür eigenständigen Pflegebudgets. Für das Jahr 2020 einigten sich die Selbstverwaltungspartner nach langem Ringen Ende 2020 auf Empfehlungen zur krankenhaushausindividuellen Abgrenzung der Pflegepersonalkosten in den Pflegebudgets 2020 – für 2021 sollten diese dann verbindlich für alle gelten. Mit dem GVWG verpflicht-

»Heute diskutieren wir« – mit diesem Format will die DKG verstärkt mit den Beschäftigten der Krankenhäuser ins Gespräch kommen.



Um die Vernetzung des Gesundheitswesens voranzutreiben, ist es unverzichtbar, dass die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens die Telematikinfrastruktur nutzen.

tete der Gesetzgeber die Krankenhäuser und Krankenkassen zur Anwendung der Empfehlung für alle bis dato noch nicht vereinbarten Pflegebudgets 2020. Ergänzend weitete der Gesetzgeber auch die Informationspflichten der Krankenhäuser aus, mit dem Ergebnis, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zukünftig krankenhausesindividuell die Ergebnisse der Pflegebudgetverhandlungen veröffentlichen soll. Zudem soll künftig der Pflegepersonalquotient jedes Krankenhauses ermittelt werden. Pandemiebedingt wurde dieses Vorhaben jedoch verschoben und mit dem GVWG um eine von der DKG kritisierte Veröffentlichungspflicht erweitert.

Auch für die Psychiatrischen Institutsambulanzen sah das GVWG ergänzende Vorgaben vor. Die entsprechende Vereinbarung wurde an die noch zu formulierenden Vorgaben des G-BA zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung angepasst. Zudem wurden mit dem GVWG weitere weitreichende Rahmenbedingungen geändert. Zu nennen ist dabei insbesondere die Beileihung des InEK, womit sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) umfangreiche Einflussmöglichkeiten beschafft hat.

Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG)

Um die Vernetzung des Gesundheitswesens voranzutreiben, ist es unverzichtbar, dass die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens die Telematikinfrastruktur (TI) nutzen. Auf dieser technischen Basis lassen sich weitere Anwendungen aufbauen. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurden Apotheken und Krankenhäuser verpflichtet, sich an die TI anzuschließen. Im Berichtsjahr wurde dieser Kreis mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) um Pflegedienste und Heil- und Hilfsmittelerbringer erweitert. Zudem soll die TI mit einer technischen Schnittstelle europaweit geöffnet werden. Vor diesem Hintergrund kommt der Interoperabilität eine besondere Bedeutung zu. Standards und Schnittstellen müssen die Bedarfe aller Leistungserbringer berücksichtigen. Die mangelnde Verfügbarkeit geeigneter Konnektoren bleibt das größte Hindernis beim Anschluss an die TI.

Durch die technische Vernetzung wird die Grundlage geschaffen, bisher nur analog vorgehaltene Gesundheitsdokumente endlich digital verfügbar zu machen. Durch die mit dem DVG eingeführten digitalen Nachweise sollten die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, das E-Rezept und der Arztbrief elektronisch ausgestellt werden können. Mit dem DVPMG wurden diese Nachweise außerdem um die elektronische Patientenkurzakte und den elektronischen Medikationsplan ergänzt. Im Zuge des Anschlusses der Pflegedienste und Heil- und Hilfsmittelerbringer an die TI sollen auch alle weiteren, über Verordnungen veranlassten Leistungen, wie zum Beispiel Heil- und Hilfsmittel oder die häusliche Krankenpflege, digitalisiert werden.

MTA-Reformgesetz/MTA-APrV

Ein zentrales Bestreben der gesundheitspolitischen Aktivitäten der 19. Legislaturperiode war es, dem Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen entgegenzutreten. Aus diesem Grund hat das BMG verschiedene Ausbildungen reformiert und an neue Anforderungen angepasst, um die Attraktivität der Berufe zu steigern.

Die Ausbildung zur/zum medizinisch-technischen Assistentin/Assistenten (MTA) wurde mit dem MTA-Reformgesetz grundlegend überarbeitet, modernisiert, weiter spezifiziert und kompetenzorientiert ausgestaltet. Hierfür wurden die Ausbildungsziele neu definiert und die neue Berufsbezeichnung »Medizinische/-r Technologe/Technologin« eingeführt. Zugleich wurde sichergestellt, dass die Auszubildenden eine von den Krankenkassen refinanzierte Vergütung erhalten und kein Schulgeld für die Ausbildung mehr erhoben werden darf. Dieses Verfahren, das bereits ein Jahr zuvor begonnen hatte, konnte 2021 abgeschlossen werden. Mittlerweile wurde auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrV) für diese Berufe veröffentlicht. Darin sind auch die neuen Ausbildungsziele und eine überarbeitete Gliederung der Ausbildung enthalten. Diese Anpassungen treten am 1. Januar 2023 in Kraft.

→ zurück zum Inhaltsverzeichnis





EUROPÄISCHE UND INTERNATIONALE KRANKEN- HAUSANGELEGENHEITEN

2021 war eines der Jahre mit den meisten laufenden EU-Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitsbereich.

Europapolitische und internationale Aktivitäten der Deutschen Krankenhausesellschaft (DKG)

Die Interessen der deutschen Krankenhäuser auf EU-Ebene werden durch Mitarbeiter des Bereichs III (EU-Politik, Internationale Beziehungen, Gesundheitswirtschaft) in Berlin und Brüssel wahrgenommen. Die EU-Arbeit umfasst die Beobachtung von Maßnahmen aus diversen Politikbereichen mit möglichen Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung sowie die aktive Einbringung von DKG-Positionen in die Diskussionen im Europäischen Parlament (EU-Parlament), im Rat der Europäischen Union (Rat), mit der Europäischen Kommission (EU-Kommission) sowie den Vertretern des Bundes und der Länder in Brüssel. Seit 2020 ist zu beobachten, dass sich Gesetzgebungsverfahren, die sich auf den gesundheitspolitischen Art. 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) beziehen, vervielfachen. 2021 war damit eines der Jahre mit den meisten laufenden EU-Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitsbereich.

Kommission »Europa und internationales Krankenhauswesen«

Die Kommission »Europa und internationales Krankenhauswesen« tagte im Jahr 2021 zweimal digital. In beiden Sitzungen standen die Gesetzgebungsvorschläge der EU-Kommission zur Begründung einer Europäischen Gesundheitsunion vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie im Fokus der Beratungen.

Eine Auswahl von EU-Themen in der Zusammenfassung:

Europäische Gesundheitsunion – Teil I – Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA), Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und Rahmenverordnung zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren

Das Jahr 2021 wurde auf gesundheitspolitischer Ebene in Brüssel von den Verhandlungen über die Europäische Gesundheitsunion geprägt. Am 11. November 2020 hatte die Europäische Union (EU) ihr



Vorhaben zur Schaffung einer Europäischen Gesundheitsunion vorgestellt und drei Verordnungsvorschläge vorgelegt: Verordnungsvorschlag zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren, Verordnungsvorschlag zur Erweiterung des Mandats des ECDC sowie Verordnungsvorschlag zur Stärkung des Mandats der EMA. Im Frühjahr positionierte die DKG sich dahin gehend, dass die von allen getragene Gesprächsgrundlage bleiben sollte, dass die Mitgliedstaaten verantwortlich seien für die Organisation ihrer Systeme in den Bereichen soziale Sicherung und Gesundheit. Die Verhandlungen zu allen drei Vorschlägen schritten rasch voran. Die Mitgliedstaaten stärkten in den Verhandlungen ihre Kompetenzen, was die DKG im Sinne ihrer Stellungnahme begrüßte. Der Rat und das EU-Parlament einigten sich Ende Oktober 2021 und Ende November 2021 auf die Stärkung der beiden EU-Agenturen. Im Folgenden begannen auch die Verhandlungen über die Rahmenverordnung. Keines der drei Dossiers konnte im Jahr 2021 formal abgeschlossen und in Kraft gesetzt werden.

Europäische Gesundheitsunion – Teil II – neue Krisendienststelle und neuer Krisenaktionsrahmen

Am 16. September legte die EU-Kommission zwei weitere Gesetzgebungsvorschläge im Rahmen der Schaffung einer Europäischen Gesundheitsunion vor: erstens einen Beschluss zur Begründung einer Kommissionsdienststelle, Health Emergency and Response Authority (HERA), und zweitens eine Verordnung des Rates für einen Krisenaktionsrahmen. Die HERA

Der Krankenhausesgipfel der DKG hat seinen Platz im politischen Veranstaltungskalender gefunden.



In den Sitzungen des »Board of Governors« berät Dr. Gerald Gaß mit Kollegen aus anderen europäischen Krankenhausverbänden die politischen Positionen und Strategien von HOPE für Europa.

soll in zwei Modi operieren, je nachdem, ob sich die EU in einer »Vorsorgephase« oder »Krisenzeit« befindet. Ihre Kernaufgaben sollen einerseits in der Koordination zwischen der EU und den Mitgliedstaaten sowie andererseits in der Entwicklung, Herstellung, Beschaffung und gerechten Verteilung wichtiger medizinischer Gegenmaßnahmen liegen. Welche Gegenmaßnahmen wie eingesetzt werden können, regelt die Krisenrahmenverordnung. Bei dieser handelt es sich um eine Verordnung des Rates, der das EU-Parlament nicht zustimmen muss. Der Rat hat sich zum Ende des Jahres 2021 politisch auf seine Position geeinigt. Die DKG verfolgte das Verfahren und begrüßte die Stärkung des Mitspracherechts der Mitgliedstaaten bei den Maßnahmen, die die HERA steuert.

Geltungsbeginn der Medizinprodukteverordnung

Zur umfassenden Änderung des europaweit gültigen Medizinprodukterechts im Interesse der Patientensicherheit hätte die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte am 26. Mai 2020 gültig werden sollen. Bereits vor der COVID-19-Krise stellte die fristgerechte Umsetzung der neuen Vorschriften über Medizinprodukte eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten dar. Die Geschäftsstelle machte frühzeitig darauf aufmerksam, dass die Umstellungslast für die Krankenhäuser in Zeiten der Pandemie nicht zu schultern sei. Die europäischen Institutionen einigten sich auf eine einjährige Verschiebung des Geltungsbeginns. Damit wurden die Regelungen am 26. Mai 2021 gültig. Die DKG verfolgt seither den Umsetzungsstand und damit verbundene Herausforderungen.

Verordnung zur Gesundheitstechnologiebewertung

Seit dem 31. Januar 2018 befindet sich der Verordnungsentwurf zur Gesundheitstechnologiebewertung (Health Technology Assessment, HTA) zur Verhandlung im europäischen Institutionengefüge. Die DKG nahm zu dem Verfahren insofern Stellung, als sie eine stärkere Zusammenarbeit bei der gemeinsamen klinischen Bewertung von Gesundheitstechnologien grundlegend und in einem unverbindlichen Rahmen begrüßt. Am 9. November 2021 einigten sich Rat und EU-Parlament politisch auf einen gemeinsamen Text. Dieser wurde im Folgenden von den Institutionen verabschiedet und am 22. Dezember 2021, knapp vier



Jahre nach Veröffentlichung des Vorschlags, in Kraft gesetzt. Zentrale Aspekte der DKG-Stellungnahme werden im Kompromissvorschlag aufgegriffen. Dies betrifft die gemeinsamen klinischen Bewertungsberichte, die von den nationalen HTA-Stellen in angemessener Weise zu berücksichtigen sind, sollten auf nationaler Ebene dieselben Technologien bewertet werden.

Europäischer Krankenhausverband – European Hospital and Healthcare Federation (HOPE)

Die Geschäftsstelle hat die Gremienarbeit im europäischen Krankenhausverband HOPE im Berichtszeitraum umfassend wahrgenommen. In den Sitzungen des »Board of Governors« berät Dr. Gerald Gaß, der seit April 2021 Vorstandsmitglied von HOPE ist, mit Kollegen aus anderen europäischen Krankenhausverbänden die politischen Positionen und Strategien von HOPE für Europa. Die Geschäftsstelle des Verbands unter der Leitung des Generalsekretärs Pascal Garel setzt sie um. Im Gremium der Verbindungsleute, dem »Liaison Officers' Meeting«, berieten sich die Europaexperten der Mitgliedsorganisationen zu aktuellen Themen und bereiteten die Positionen des HOPE für den Vorstand vor.

Zudem führt HOPE ein Austauschprogramm für Krankenhausmitarbeiter und -mitarbeiterinnen durch, dessen nationale Koordination für Deutschland die DKG übernimmt. Das Programm bietet Krankenhäusern die Möglichkeit, Gäste aus dem Ausland aufzunehmen, um von deren Erfahrungen im europä-

DKG-Vorstand
Dr. Gerald Gaß und
Prof. Dr. Rajan Somasundaram, Ärztlicher
Leiter der Notaufnahme
Charité-Campus
Benjamin Franklin





ischen Kontext zu profitieren. Mitarbeiter von Krankenhäusern können zur Personalentwicklung für eine vierwöchige Hospitation in ein europäisches Land entsandt werden. Das für 2020 geplante HOPE-Austauschprogramm konnte aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht durchgeführt werden. Aktuell laufen die Planungen für 2022, es besteht Zuversicht, dass das Austauschprogramm in gewohnter Weise 2022 wieder durchgeführt werden kann. Das Interesse der Teilnehmer ist ungebrochen groß.

Die Beratungen der Verbindungsleute sowie der nationalen Koordinatoren des HOPE-Austauschprogramms fanden am 25. und 26. November 2021 auf Einladung der DKG in Berlin statt.

Internationaler Krankenhausverband – International Hospital Federation (IHF)

Die DKG ist Vollmitglied im internationalen Krankenhausverband IHF. Die Geschäftsstelle des Verbands mit Sitz in Genf arbeitet mit internationalen Organisationen, beispielsweise der Weltgesundheitsorganisation (WHO), zusammen und vertritt die Krankenhausinteressen auf internationaler Ebene. Daneben werden die verbandsinterne Kommunikation und Diskussion organisiert. Im Frühjahr 2021 übernahm Dr. Gerald Gaß ein dreijähriges Mandat im Vorstand der IHF. Im Herbst 2021 fand der Weltkrankenhaukongress der IHF erstmals nach vielen Jahren wieder

in Europa, nämlich im spanischen Barcelona, statt. Die DKG beteiligte sich an dem wissenschaftlichen Programm mit Vorträgen und Austausch mit Kollegen aus aller Welt rund um das Thema »People on board: Transforming healthcare by blending agility, responsiveness and resilience«.

→ zurück zum Inhaltsverzeichnis





PERSONALWESEN UND KRANKENHAUS- ORGANISATION



Dass die breite Themenpalette des Dezernats I trotz der Pandemie um neue Themen wie zum Beispiel Qualitätsanforderungen bei der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMPs), die Ausschreibung eines pflegewissenschaftlichen Auftrags zur Erprobung und Entwicklung eines neuen Verfahrens zur Pflegepersonalbedarfsbemessung und eine Anpassung aller pflegerischen Weiterbildungen an die neue, generalistische Pflegeausbildung erweitert werden konnte, zeigt die hohe Leistungsbereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Dezernats auch unter ungünstigen Umständen.

I. PERSONALWESEN

Ärztliche Weiterbildung

Programm zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

Die Registrierstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hat im Berichtszeitraum 1.424 Neuanträge aus 543 Einrichtungen bearbeitet und insgesamt 1.775 Weiterbildungsmaßnahmen neu im Förderprogramm registriert. Im Jahr 2021 wurden 1.379 Vollzeitstellen in Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Förderprogramms zur Verfügung gestellt. Von 1.420 teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen haben 76 Prozent ihre Weiterbildung in Vollzeit absolviert.

Im Berichtsjahr wurden 1.927 Weiterbildungsmaßnahmen nachgewiesen. Hiervon wurden 76 Prozent im Gebiet Innere Medizin und 10 Prozent im Gebiet Chirurgie absolviert. Das Gesamtvolumen der Fördergelder für die im Berichtsjahr nachgewiesenen Weiterbildungsmaßnahmen betrug 25.309.065,74 Euro.

Die DKG hatte auch im Jahr 2021 die Geschäftsführung der Lenkungsgruppe inne. Diese hat in sechs Sitzungen Änderungen insbesondere zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossen. Darüber hinaus wurde im Berichtsjahr das IGES Institut mit einer wissenschaftlichen Gesamtevaluation der Kompetenzzentrenförderung beauftragt.

Ausbildung in Gesundheitsberufen

Operationstechnische(r) Assistentin/Assistent (OTA)/ Anästhesietechnische(r) Assistentin/Assistent (ATA)

Im Berichtszeitraum hat die DKG die zuständigen Behörden in den Ländern im Hinblick auf das Inkrafttreten des »Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesie-

technischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten« zum 1. Januar 2022 intensiv beraten und aktiv unterstützt.

Darüber hinaus hat die DKG weitere OTA- und ATA-Schulen gemäß ihrer Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von OTA und ATA anerkannt. Somit hat die DKG Ende 2021 mehr als 200 OTA- und ATA-Schulen mit ca. 4.500 Ausbildungsplätzen und mehr als 750 angeschlossenen Krankenhäusern anerkannt und bei der Durchführung der jeweiligen Ausbildungslehrgänge umfangreich unterstützt.

Ferner hat die DKG im Berichtszeitraum mehr als 1.000 Anerkennungsverfahren von Bewerberinnen und Bewerbern mit ausländischen Bildungsabschlüssen für den operativen und anästhesiologischen Bereich bearbeitet. Daraufhin haben sich an einigen Schulstandorten 2021 eigenständige Lehrgänge etabliert, die ausschließlich mit Anpassungsteilnehmerinnen und Anpassungsteilnehmern besetzt werden konnten. Somit konnten auch 2021 entsprechend qualifizierte Fachkräfte für die Krankenhäuser gewonnen werden.

Technische Assistenzberufe in der Medizin (MTA-Berufe – MTLA/MTRA/MTAF/VMTA)

Im Berichtszeitraum hat die DKG das Verordnungsverfahren für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Medizinische Technologinnen und Technologen (MTAPrV) aktiv begleitet. Die vom Bundesrat am 17. September 2021 beschlossene MTAPrV wird zum 1. Januar 2023 in Kraft treten.

Darüber hinaus hat die DKG Anfang des Jahres 2021 das MTA-Reform-Gesetzgebungsverfahren auf der Bundesebene aktiv begleitet. Das vom Bundesrat am 12. Februar 2021 beschlossene MTA-Reform-Gesetz wird am 1. Januar 2023 in Kraft treten.

Pflegerische Weiterbildung

Im Berichtsjahr hat die DKG begonnen, die DKG-Empfehlungen zur pflegerischen Weiterbildung zu überarbeiten, um sie an die generalistische Pflegeausbildung anschlussfähig zu machen. Die DKG steuert und begleitet diesen Prozess aktiv. Ebenfalls überarbeitet wird die DKG-Empfehlung zur Praxisanleitung, um sie anschlussfähig zu machen an die generalistische Pflegeausbildung.

Konzertierte Aktion Pflege

Trotz der schwierigen Pandemielage haben die Krankenhäuser vielfältige Anstrengungen unternommen, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Die Krankenhäuser setzen die Empfehlungen



Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) wurden im Jahr 2021 durch die Erweiterung der Verordnung noch einmal deutlich verschärft.

der Konzierten Aktion Pflege (KAP) nach Kräften um. Das Engagement der Krankenhäuser belegt eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für die DKG zum Umsetzungsstand der KAP, die Ende 2021 veröffentlicht wurde.

Personalgewinnung und -bindung

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Anfang 2021 wurde die Broschüre »In 5 Schritten zu mehr Vereinbarkeit. Leitfaden für eine erfolgreiche Fachkräftesicherung im Krankenhaus« veröffentlicht. Diese bezieht sich auch auf die vorangegangene Veranstaltung »Operation Vereinbarkeit: Kulturwandel im Krankenhaus«. Beides ging aus der Kooperation zwischen dem Netzbüro »Erfolgsfaktor Familie« und der DKG hervor.

Pflegepersonaluntergrenzen

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) wurden im Jahr 2021 durch die Erweiterung der Verordnung noch einmal deutlich verschärft. Vor allem wurden die Bereiche Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Pädiatrie sowie die pädiatrische Intensivmedizin mit PpUG belegt. Zudem wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit einer Datenerhebung zur Weiterentwicklung der PpUG in den Bereichen Orthopädie, Geburtshilfe und Gynäkologie sowie Pädiatrie beauftragt, nachdem der Vorstand der DKG sich gegen eine Ausweitung der PpUG ausgesprochen hatte. Der Vorstand der DKG hat erneut beschlossen, keine Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband über die Ausweitung der PpUG abzuschließen. Das BMG erließ daraufhin erneut im Rahmen der Ersatzvornahme eine Änderungsverordnung, die die PpUG für das Jahr 2022 regelt. Die PpUG-Nachweis-Vereinbarung für das Jahr 2022 wurde zwischen DKG und GKV-Spitzenverband verhandelt und im November 2021 zum Abschluss gebracht. Zuvor war bereits im März 2021 die PpUG-Sanktions-Vereinbarung verhandelt und angepasst worden.

Pflegepersonalquotient gemäß § 137j SGB V

Gemäß § 137j Abs. 1 Satz 9 SGB V veröffentlicht das InEK jährlich zum 31. August eine vergleichende Zu-



sammenstellung der für jeden Standort eines Krankenhauses ermittelten Pflegepersonalquotienten. Erstmals geschah dies im September 2021. Eine Rechtsverordnung nach § 137j Abs. 2 SGB V, die unter anderem eine sanktionsbewehrte Untergrenze beinhalten würde, hat das BMG im Berichtsjahr jedoch nicht erlassen.

Pflegepersonalbedarfsbemessung

Im 1. Quartal 2021 verhandelte die DKG gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat (DPR), der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und dem GKV-Spitzenverband im Auftrag des BMG eine Empfehlung für eine dauerhafte Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus. Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) wurde ein neuer § 137k SGB V »Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus« geschaffen, der Inhalte des Verhandlungsergebnisses enthält. Demnach müssen die Selbstverwaltungspartner im Einvernehmen mit dem BMG ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in zugelassenen Krankenhäusern bis zum 31. Dezember 2024 entwickeln. Dazu beauftragen sie bis zum 30. Juni 2022 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens und übernehmen die Kosten dafür. Die Verhandlungen über die Vergabe des Auftrags wurden im November abgeschlossen und die Inhalte und der Zeitplan dem BMG fristgerecht vor dem 15. Dezember 2021 übermittelt.



Zugleich haben die Koalitionspartner der neu gebildeten Bundesregierung im Koalitionsvertrag die Einführung der Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus aufgenommen.

BMG-Beirat »Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus«

Im Berichtszeitraum ist die Internetplattform www.pflege-krankenhaus.de unter Federführung der DKG weiterentwickelt worden. Aus technischen Gründen hat die DKG 2021 einen Relaunch der Internetplattform auf den Weg gebracht. Die Internetplattform wird auch im Jahr 2022 von der DKG als eigenes Projekt fortgeführt und lanciert.

II. KRANKENHAUSORGANISATION

§ 39a SGB V – Entlassmanagement

Es sind drei Änderungsvereinbarungen zum Rahmenvertrag Entlassmanagement geschlossen worden. Sie betreffen die Fortgeltung der Verordnungsmöglichkeit von Arzneimitteln in Form einer Packung bis zum größten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung.

Seit dem 1. Oktober 2021 sind Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements zur Übermittlung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) verpflichtet. Für die dazu notwendigen Anpassungen im Rahmenvertrag Entlassmanagement und der Technischen Anlage haben sich die Vertragspartner auf eine sechste Änderungsvereinbarung verständigt, die zum 1. Oktober 2021 in Kraft getreten ist.

Die Verhandlungspartner haben sich darüber hinaus im Berichtsjahr auf die Aufnahme der Verhandlungen über eine achte Änderungsvereinbarung verständigt.

III. QUALITÄTSMANAGEMENT UND PATIENTENSICHERHEIT

Qualitätsmanagement

Auf der Basis eines G-BA-Beschlusses zur Entwicklung methodischer Empfehlungen zur Erhebung und Darlegung des Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement in Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens hatte der Gemeinsame Bundesausschuss

(G-BA) 2019 beschlossen, zunächst die Darlegung des Entwicklungsstands von Qualitätsmanagement im ambulanten Sektor auszuarbeiten. Dies wurde 2020 für die Vertragsärzte und Zahnärzte umgesetzt. 2021 fanden für den stationären Sektor diesbezüglich erste Beratungen statt.

Gemäß § 6 Abs. 6 QM-RL wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, auf der Basis von § 137a Abs. 3 Nr. 7 SGB V Kriterien für die Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren. In der entsprechenden AG, in der auch die DKG aktiv vertreten ist, wurden bislang die Ergebnisse des vorliegenden ersten Teils beraten.

Anforderungen an ein einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem für Krankenhäuser

2020 wurden die Vorbereitungen zur Evaluation der G-BA-Bestimmung von Anforderungen an übergreifende Fehlermeldesysteme beendet. Dabei soll unter anderem analysiert werden, in welchem Umfang Fehlermeldesysteme existieren, die den Bestimmungen entsprechen, wie viele Krankenhäuser teilnehmen und inwieweit die damit angestrebten Ziele auch erreicht werden. 2021 erfolgte die Ausschreibung für den Auftrag.

Patientensicherheit

Die DKG war auch 2021 wieder in Arbeitsgruppen und Gremien des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) vertreten. Das APS veröffentlicht unter der Schirmherrschaft des BMG konkrete Handlungsempfehlungen zu bestimmten Themen, die als Hilfestellung für die Mitarbeiter von Leistungserbringern dienen. Auch an der Mitgestaltung von gezielten Patienteninformationen zu unterschiedlichen Themenbereichen sind Mitarbeiter der DKG aktiv beteiligt.

Evaluation

Die AG »Evaluation QS« des G-BA wurde beauftragt, ein Prozessschema zur strukturierten Beauftragung von Evaluationen unter fachlich-inhaltlicher Einbeziehung der für die jeweiligen QS-Richtlinien zuständigen Arbeitsgruppen zu erstellen. Die DKG war 2021 in den entsprechenden AG-Sitzungen vertreten und war maßgeblich beteiligt an der Auswahl der Auftragnehmer sowie an der Abnahme von Berichten.



Mit 161 Beschlüssen und 417 Beratungsverfahren im vergangenen Jahr stellt die frühe Nutzenbewertung den Schwerpunkt des Arzneimittelbereichs dar.

Zweitmeinungsverfahren bei bestimmten planbaren Eingriffen

Die »Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch« regelt unter anderem den Anspruch von Patienten auf Einholung einer Zweitmeinung zu bestimmten planbaren Eingriffen. Nach der Beauftragung für Tonsillektomien/Tonsillotomien (Entfernung der Gaumenmandeln) und Hysterektomien (Gebärmutterentfernungen), Schulterarthroskopie, Amputation bei Patienten mit diabetischem Fuß, Knie-Endoprothese sowie Wirbelsäulenoperationen wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 2020 beauftragt, dem G-BA ab 2021 weitere Themenvorschläge zu unterbreiten. Hierzu wurde 2021 eine Liste von 15 Themen vorgelegt, von denen der G-BA bereits zwei kardiologische Themen ausgewählt und bearbeitet hat. In der entsprechenden G-BA-Arbeitsgruppe ist die DKG regelmäßig vertreten.

Qualitätssicherungskonferenz 2021 des G-BA

Seit dem Jahr 2004 veranstaltet der G-BA jährlich eine bundesweite Konferenz zur Qualitätssicherung. Die Veranstaltung 2021 wurde wegen der Pandemiemaßnahmen – durchaus erfolgreich – als Online-Veranstaltung durchgeführt.

IV. ARZNEIMITTELVERSORGUNG UND MEDIZINPRODUKTE

Lieferengpässe von Arzneimitteln

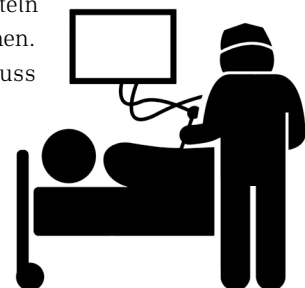
Die DKG nimmt am Beirat nach § 52b Abs. 3b AMG zu Liefer- und Versorgungsengpässen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte teil. Aufgabe des Beirats ist es, die Versorgungslage mit Arzneimitteln kontinuierlich zu beobachten und zu bewerten. In dem Gremium erfolgt die Diskussion über die Versorgungsrelevanz eines Lieferengpasses, mögliche The-

rapiealternativen und die Erstellung von Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation.

Neben der Teilnahme am Beirat beteiligt sich die DKG auch weiterhin an der »Task Force zur Sicherstellung der medikamentösen Versorgung in der Intensivmedizin« (ICU-Wirkstofflisten). Diese beschäftigt sich mit den für die intensivmedizinische Versorgung relevanten Arzneimitteln (ICU-Wirkstoffliste), mit der Ermittlung von Bedarfs- und Produktionskapazitäten und der Vermeidung von Versorgungsproblemen in der intensivmedizinischen Behandlung. Die DKG unterstützt zum Beispiel durch die Weiterleitung von aktuellen Informationen an die Krankenhäuser und bei der Konzeption von Lagerbestandsabfragen bzw. eines Mustervorgehens zur Versorgung von Hotspots. Im Rahmen der Corona-Pandemie wird auch die Sicherstellung von Arzneimitteln auf der Intensivstation für die Behandlung von Corona-Patienten hier regelmäßig diskutiert. Dazu sind die Arzneimittel im Fokus, die Mitte 2021 in der »Verordnung zur Erhöhung der Bevorratung mit Arzneimitteln zur intensivmedizinischen Versorgung« (Arzneimittelbevorratungsverordnung [ITSABV]) festgelegt wurden.

Beschlüsse des G-BA zu Arzneimitteln

Die DKG ist im Unterausschuss »Arzneimittel« des G-BA und dessen derzeit sechs aktiven Arbeitsgruppen an zahlreichen Beschlüssen zur Arzneimittelversorgung beteiligt. Mit 161 Beschlüssen und 417 Beratungsverfahren im vergangenen Jahr stellt dabei die frühe Nutzenbewertung den Schwerpunkt des Arzneimittelbereichs dar. Die Zahl der Beschlüsse zu Arzneimittelnutzenbewertungen ist damit stark, das heißt um fast 50 Prozent im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Weiterhin werden Beschlüsse zum sogenannten Off-Label-Use mit der Zielstellung getroffen, eine rechtssichere Verordnung von Arzneimitteln außerhalb der Zulassung zu ermöglichen. Zudem beschließt der Unterausschuss über die Erstattung von Arzneimitteln durch die GKV im Rahmen von klinischen Studien, was auf Antrag von durchführenden Krankenhäusern unter bestimmten Voraussetzungen erfolgen kann.



Qualitätssicherungsrichtlinien für Arzneimittel (ATMP)

Durch die Änderungen des »Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung« (GSAV) ist als neue Aufgabe die Festlegung von Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMPs) hinzugekommen. Hier wurden Qualitätssicherungsrichtlinien (QS-RLs) mit sehr umfangreichen Qualitätsanforderungen, wie Mindestmengen, die die Ausgrenzung von Kliniken und Autonomieverlust bedeuten können, verfasst. Nachdem 2020 QS-RLs zu CAR-T-Zelltherapien bei bestimmten Krebserkrankungen und eine QS-RL zu Onasemnogen-Abeparvovec bei Kleinkindern mit spinaler Muskelatrophie verabschiedet worden waren, folgte am 4. November 2021 die erste arzneimittelübergreifende ATMP-Rahmenrichtlinie. Beschlüsse zu ATMPs werden sowohl im onkologischen wie auch nicht onkologischen Bereich mit zunehmender Anzahl getroffen. Dies ist insbesondere für Krankenhäuser von großer Relevanz, da innovative Arzneimittel wie diese bisher wegen der Komplexität der Therapie annähernd nur in Krankenhäusern eingesetzt werden. Gegenstand der laufenden Diskussionen waren und sind die Angemessenheit und Umsetzbarkeit der umfangreichen neuen Qualitätsanforderungen und die Kontrollen, auch vor dem Hintergrund der erschwerten Bedingungen der Corona-Pandemie.

Anwendungsbegleitende Datenerhebungen (AbD)

Anwendungsbegleitende Datenerhebungen werden vorwiegend bei neuartigen Arzneimitteltherapien eingesetzt, für die aufgrund der Seltenheit der Erkrankung keine ausreichende Evidenz für die Nutzenbewertung vorliegt (z. B. Orphan Drugs, Arzneimittel mit bedingter Zulassung, Arzneimittel mit einer Zulassung unter außergewöhnlichen Umständen). Im Februar 2021 wurde erstmals für das ATMP Onasemnogen-Abeparvovec (Zolgensma®) die Forderung einer AbD beschlossen. Zolgensma® ist das derzeit »teuerste Arzneimittel der Welt« und eine Nutzenbewertung insofern von hoher Relevanz. Im Oktober 2021 folgten drei weitere Verfahrenseinleitungen. Die methodische Umsetzung der AbD für Zolgensma® ist herausfordernd, sodass es 2021 noch zu keinem Startschuss der Datenerhebung kam. Die laufenden Diskussionen unter Beteiligung der DKG in den G-BA-Arbeitsgruppen umfassen unter anderem die Auswahlkriterien und den Umfang der Datenerhebungen.



Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel

Die Arzneimittelrichtlinie wurde um eine neue Anlage VIIa erweitert, die eine Übersicht über Biologika und als gleichwertig einzustufende biotechnologisch hergestellte Arzneimittel (Biosimilars) darstellt. Die Übersicht dient zur Information für die Verordner und soll bis zum August 2022 um eine Regelung zur Austauschbarkeit von Biosimilars in den Apotheken ergänzt werden.

Reserveantibiotika

Durch Gesetzesänderungen werden dem G-BA regelfähig neue Aufgaben im Arzneimittelbereich zugeordnet. Im Jahr 2021 zählte die Nutzenbewertung von Reserveantibiotika unter Berücksichtigung von Resistenzen dazu. Der G-BA hat auf der Grundlage des 2020 in Kraft getretenen Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) im vergangenen Jahr erstmals nach § 35a Abs. 1c SGB V für ein Antibiotikum den Reservestatus festgestellt und weitere Beschlüsse in diesem Zusammenhang vorbereitet. Ein solches Reserveantibiotikum muss bei der Behandlung von schwerwiegenden Infektionen wirksam sein, die durch multiresistente Bakterien verursacht werden. Dies wird anhand von Vorgaben des Robert Koch-Instituts festgestellt. Außerdem dürfen alternative Therapiemöglichkeiten nur begrenzt zur Verfügung stehen und der Einsatz des Antibiotikums muss einer strengen Indikationsstellung unterliegen. Mit dem Beschluss zur Einstufung als Reserveantibiotikum wird das pharmazeutische Unternehmen aufgefordert, ein Dossier einzureichen, das die vorgeschriebene Festlegung von Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung gestattet. Da die Behandlung schwerwiegender bakterieller Infektionen mit begrenzten Therapieoptionen in der Regel in der stationären Versorgung stattfindet, sind diese Festlegungen für die Krankenhäuser von unmittelbarer Bedeutung.

Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

In der Koordinierungsgruppe des BMG begleitete die DKG den neu konzipierten Aktionsplan 2021 bis 2024. Der neue Aktionsplan wurde am 6. Januar vom Bundeskabinett beschlossen und umfasst 42 Maßnahmen, von denen acht federführend in den nächsten drei Jahren von der DKG zum Teil in Kooperation mit dem APS und dem Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) durchgeführt werden. Die DKG hat hier verschiedene Themenvorschläge zur Förderung der AMTS im Krankenhaus eingebracht.



Auch in weiteren Gremien, wie der Arbeitsgruppe »AMTS« beim APS, hat die DKG ihr Engagement mit der Beteiligung an verschiedenen Handlungsempfehlungen des APS fortgeführt und setzt sich damit für eine Verbesserung der AMTS im Medikationsprozess ein.

Die Strukturierung von Arbeitsprozessen bietet eine wichtige Grundlage für das weitere Bestreben der DKG, die elektronische Arzneimitteldokumentation im Krankenhaus zu fördern. Im Rahmen der Digitalisierung wird hierauf bei der DKG der Schwerpunkt gelegt.

Für den besseren Zugang aller Krankenhäuser zu aktuellen und qualitativ hochwertigen medizinischen Informationen sowie Arzneimittelinformationen hat die DKG Mitte 2021 verschiedene Hersteller angeschrieben und mit einem Anbieter einen DKG-Rahmenvertrag für eine sogenannte Point-of-Care-Wissensdatenbank abschließen können. Über den DKG-Rahmenvertrag sind ausgiebige Tests und vergünstigte Konditionen für die Nutzung möglich, wovon viele Kliniken bis Jahresende Gebrauch gemacht haben.

V. PANDEMIE

Ebenso wie 2020 war auch 2021 von den Auswirkungen der Corona-Pandemie geprägt. Die DKG hat regelmäßig über die zahlreichen neuen bzw. sich ändernden Regelungen und Verordnungen informiert.

VI. UMWELTSCHUTZ

Spurenstoffstrategie des Bundes

Im Rahmen der »Spurenstoffstrategie des Bundes« wurde 2021 die sogenannte Pilotphase abgeschlossen und Zwischenbilanz gezogen. Die neu eingerichteten Runden Tische zu verschiedenen Spurenstoffen sollen weitergeführt bzw. um weitere Runde Tische ergänzt werden. Der Runde Tisch Röntgenkontrastmittel (RKM), an dem die DKG als Stakeholder beteiligt war und ist, hat seinen Ergebnisbericht im September vorgelegt. In diesem Rahmen wurde zum Einsatz von Urinauffangsystemen zur Verringerung des RKM-Eintrags in das Abwasser auch eine Konzeptionsstudie beauftragt, deren Ergebnisse im Juli 2021 vorgelegt wurden. Die Studie soll nun die Grundlage für die weitere Arbeit des Runden Tisches RKM hinsichtlich einer »Ausweitung der Pilotversuche mit Auffangsystemen in Krankenhäusern/Praxen« entsprechende Maßnahme 3.4 des Ergebnis-papiers des Spurenstoff-Dialogprozesses sein.

Positionspapier der DKG: Ansätze zur Verminderung des Eintrags von jodorganischen Röntgenkontrastmitteln in aquatischen Systemen

Die Arbeiten an einem Positionspapier zum Thema »RKM im Abwasser« konnten 2021 abgeschlossen werden. Das Papier soll die Krankenhäuser bei den seit Jahren immer wieder aufkommenden Diskussionen/Forderungen nach einer Vorbehandlung des Krankenhausabwassers unterstützen. Mit dem nun vorliegenden Positionspapier wird zum einen Stellung zur Relevanz der RKM in aquatischen Systemen und bei der Trinkwassergewinnung genommen sowie zum anderen eine Bewertung der häufig diskutierten Strategien zur Reduktion von RKM (aktuell ist das insbesondere der Einsatz von Urinbeutel, u. a. auch im Rahmen des Runden Tisches RKM) aus Sicht der Krankenhäuser und der in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen vorgenommen.

Umweltschutz im Krankenhaus

Die seit 1997 stattfindenden »Gemeinsamen Gespräche« zwischen der DKG, den Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesarbeitskreisen »Umweltschutz im Krankenhaus« wurden auch 2021 aufgrund der Corona-Pandemie ausgesetzt.

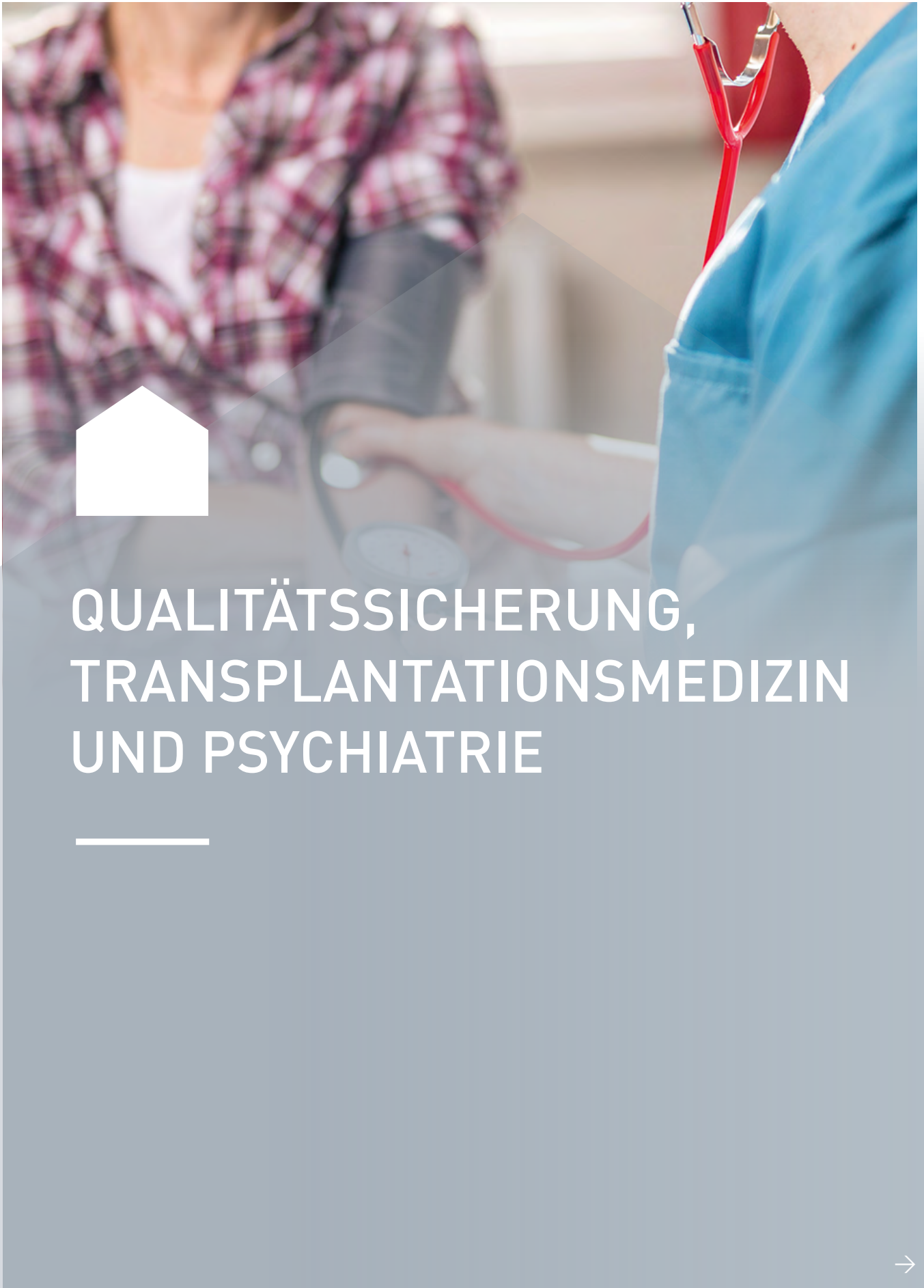
VII. VERSCHIEDENES

DIN-Norm Krankenhausreinigung

Der DIN-Arbeitsausschuss »Krankenhausreinigung« hat nach annähernd fünf Jahren intensiver Arbeit die Arbeiten an der DIN 13063 »Krankenhausreinigung – Anforderungen an die Reinigung und desinfizierende Reinigung in Krankenhausgebäuden und anderen medizinischen Einrichtungen« abgeschlossen. Damit liegt nun ein einheitlicher Standard für die Krankenhausreinigung vor, der Anforderungen an alle Beteiligten definiert. Die DKG hat die Arbeiten im Normungsausschuss aktiv begleitet.

→ zurück zum Inhaltsverzeichnis





QUALITÄTSSICHERUNG, TRANSPLANTATIONSMEDIZIN UND PSYCHIATRIE



ARBEITSSCHWERPUNKTE

IM JAHR 2021

Die der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) übertragenen gesetzlichen Aufgaben zur Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung waren im Berichtsjahr weiterhin Fokus der Arbeit des Dezernats VII. Gleichzeitig standen alle Aktivitäten unter dem Einfluss der COVID-19-Pandemie. Erneut fasste der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mehrere Beschlüsse zur Aussetzung zahlreicher Qualitätssicherungsvorgaben in zahlreichen Qualitätssicherungsrichtlinien. Die Maßnahmen sollten dazu dienen, den Einsatz der Pflegekräfte flexibel zu gestalten und die knappen Ressourcen nicht für die Dokumentation, sondern für Patienten einzusetzen. Die Krankenhäuser mussten sich erneut sowohl auf eine hohe Zahl von COVID-19-Patienten als auch auf nothilfe-, krankheits- oder quarantänebedingte Personalausfälle vorbereiten und benötigten vor allem Flexibilität zum eigenverantwortlichen und bedarfsgerechten Handeln.

Ferner hat das »Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung« (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz [GVWG]), das am 11. Juli 2021 beschlossen wurde, zahlreiche Regelungen zur Qualität der Versorgung verändert. Entsprechend wurde das Gesetzgebungsverfahren begleitet sowie mit den Beratungen zur Umsetzung, beispielsweise zu Mindestmengen und zu den Qualitätsverträgen gemäß § 110a SGB V, begonnen.

Aufgabengebiete wie die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung, das Verfahren zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die Mindestmengenregelungen, die Richtlinien zu Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Qualitätskontrollen und der Strukturierte Qualitätsbericht wurden in DKG-internen Gremien beraten und in zahlreichen Sitzungen im G-BA und beim Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG verhandelt.

Weitere Arbeitsschwerpunkte waren der Kinderschutz in Krankenhäusern, die Psychiatrie und Psychosomatik (u. a. die Personalvorgaben und die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung) sowie die Organspende und Transplantationsmedizin (u. a. Transplantationsregister, Gremien bei der Bundesärztekammer [BÄK]).



Verzeichnis der Standorte von Krankenhäusern und deren Ambulanzen nach § 293 Abs. 6 SGB V

Seit dem 1. Januar 2020 sind die Krankenhäuser verpflichtet, das Standortkennzeichen nach § 293 Abs. 6 SGB V unter anderem für die Datenübermittlung nach § 301 SGB V und nach § 21 KHEntG sowie für Zwecke der Qualitätssicherung zu nutzen und an die entsprechenden Stellen zu übermitteln. Die Clearingstelle der Verzeichnispartner DKG und GKV-Spitzenverband tagte zusammen mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur zeitnahen Klärung von inhaltlichen und technischen Fragen zum Standortverzeichnis und zur Beratung von Anträgen auf abweichende Standortbestimmung im Berichtsjahr in der Regel monatlich.

I. QUALITÄTSSICHERUNG

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

Mit der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) wurden einheitliche Rahmenbedingungen und Strukturen für die sektorspezifische und sektorenübergreifende datengestützte Qualitätssicherung geschaffen. Nach Außerkraftsetzen der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) und Überführung der Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) wurden im Jahr 2021 insgesamt 15 QS-Verfahren nach den Regeln der DeQS-RL geführt. Hierunter fallen drei sektorenübergreifende QS-Verfahren und zwölf QS-Verfahren, die ausschließlich den stationären Sektor betreffen. Der G-BA hat auf Basis von Datenanalysen des IQTiG den Umgang mit Daten



des durch die COVID-19 Pandemie geprägten Jahres 2020 beraten. Weiterhin wurden neue Regelungen zum Datenvalidierungsverfahren unter Anwendung der statistischen Basisprüfung und zur mandantenfähigen Datenbank umfassend beraten und normativ festgelegt. Das IQTiG wurde mit einer Aufwandschätzung des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 QSKH-RL und der Entwicklung von Aussetzungskriterien und der Überarbeitung der Kriterien für Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf beauftragt.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Aufgrund der COVID-19-Pandemie hat am 17. Juni 2021 der G-BA eine Aussetzung der Datenvalidierung, des Stellungnahmeverfahrens und der Veröffentlichung der Ergebnisse zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI) für das Erfassungsjahr 2020 beschlossen. Aufgrund des fehlenden Nutzens der plan. QI für die Krankenhausplanung hat sich die DKG dafür eingesetzt, das gesamte Plan.-QI-Verfahren neu zu entwickeln. Am 20. März 2020 hat der G-BA daher das IQTiG mit einer Neukonzeption der Entwicklung von plan. QI beauftragt. Teil A des Berichts zur Neukonzeption wurde am 21. Oktober 2021 zur Veröffentlichung freigegeben. Auf Basis dieses Berichts finden Beratungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens im G-BA statt. Des Weiteren wurden am 16. Dezember 2021 veränderte Fristen für das Plan.-QI-Verfahren und eine Aussetzung des QI 330 beschlossen. Die veränderten Fristen ermöglichen einen längeren Zeitraum für die Abfassung der Stellungnahmen der Krankenhäuser und für die fachliche Bewertung. Der QI 330 zur antenatalen Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten wurde vorsorglich ausgesetzt. Neue Studien zu dem Medikament weisen auf mögliche Fehlanreize des Indikators hin. Die fachliche Prüfung ist noch nicht abgeschlossen, weshalb der Indikator vorerst lediglich für das Erfassungsjahr 2022 keine Anwendung findet.

Qualitätsverträge

Im Berichtszeitraum hat sich die Zahl der beim IQTiG registrierten Qualitätsverträge erhöht. Ernüchternd ist jedoch festzustellen, dass sich die Zahl aller geschlossenen Qualitätsverträge 2021 weiterhin auf einem niedrigen Niveau entwickelt hat. Mit dem GVWG hat der Gesetzgeber umfassende Änderungen für eine Stärkung der Qualitätsverträge durch verbindlichere Regelungen für die Seite der Krankenkassen vorgehen. Für Krankenhäuser bleibt der Abschluss von Qualitätsverträgen freiwillig. Die Beratungen zur Auswahl vier neuer Leistungsbereiche bzw. Leistungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V, zu denen zukünftig Qualitätsverträge vereinbart werden können, wur-

den aufgenommen. Anhand einer Übersicht gemäß § 136b Abs. 8 Satz 5 SGB V über geschlossene Qualitätsverträge und die dahinterstehenden Vertragspartner informiert der G-BA nun regelmäßig.

Mindestmengenregelungen

Der G-BA hat im Jahr 2021 in Sitzungen mit dreiwöchiger Frequenz die bestehenden Mindestmengenregelungen (Mm-R) auf möglichen Änderungsbedarf überprüft sowie über die Anpassung bestehender bzw. Festlegung neuer Mindestmengen in verschiedenen Leistungsbereichen beraten. Nach Vorlage von Literaturrecherchen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Volume-Outcome-Zusammenhang sowie Folgenabschätzungen des IQTiG hat der G-BA Beschlüsse zu den Leistungsbereichen »Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene« (Streichung und Neuaufnahme von OPS-Kodes, Änderung der Zählweise sowie schrittweise Erhöhung der jährlichen Mindestmenge von 10 auf 20 Operationen pro Krankenhausstandort), »Chirurgische Behandlung des Brustkrebses« (schrittweise Einführung einer jährlichen Mindestmenge von 100 Operationen pro Krankenhausstandort) und »Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen« (schrittweise Einführung einer jährlichen Mindestmenge von 75 Operationen pro Krankenhausstandort) mit entsprechenden Übergangsregelungen gefasst. Zudem hat der G-BA Konkretisierungen der Mm-R bezüglich des Verfahrens zur erstmaligen Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung sowie Anpassungen im Zuge des GVWG beschlossen.

Richtlinien zu Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Der G-BA hat im Berichtsjahr diverse Änderungen der Richtlinien zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL), zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL), zur Kinderherzchirurgie (KiHe-RL), zur Kinderonkologie (KiOn-RL), zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) und zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) beraten und beschlossen. Angesichts der anhaltenden Belastungen der Krankenhäuser durch die COVID-19-Pandemie setzte sich die DKG für die Fortführung und Ergänzung der pandemiebedingten Ausnahmetatbestände ein. Der jeweils aktuelle Stand der in den unterschiedlichen Qualitätssicherungsrichtlinien geltenden Ausnahmeregelungen konnte auf der Website der DKG in einer zusammenfassenden Übersicht abgerufen werden.

Qualitätssicherung in der Früh- und Reifgeborenenversorgung

Der G-BA hat seine Beratungen der Richtlinien zur Qualitätssicherung in der Früh- und Reifgeborenenversorgung (QFR-RL) auf Grundlage von Daten aus den klärenden Dialogen und der Strukturabfrage fortgeführt. Hierzu hat er das Verfahren zur Auswertung dieser Daten durch das IQTiG mittels Auswertungskonzept präzisiert. Die pandemiebedingten Ausnahmetatbestände wurden auf Initiative der DKG verlängert. Ebenso konnte die DKG eine Verlängerung des klärenden Dialogs bis Ende 2022 erwirken, nachdem die Berichte zu den klärenden Dialogen und die Ergebnisse der Strukturabfrage des Erfassungsjahres 2020 die anhaltenden Schwierigkeiten der Einrichtungen bei der Erfüllung der hohen und unflexiblen Pflegepersonalanforderungen deutlich gemacht hatten.

Qualitätssicherung bei der Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) ist am 1. Januar 2021 in Kraft getreten. Das IQTiG wurde im Februar 2021 mit der Evaluation zu Auswirkungen der Anforderungen der Richtlinie auf die Versorgungsqualität beauftragt. Auf Initiative der DKG hat der G-BA mit Beschluss vom 21. Oktober 2021 die Verschiebung des Verfahrenstarts zur Nutzung der Spezifikation gemäß § 8 Abs. 6 QSFFx-RL um ein Jahr und einen Erprobungszeitraum beschlossen. Hintergrund waren Verzögerungen in der Erstellung und Finalisierung der Erstfassung der Spezifikation. Im Laufe des Jahres hat der G-BA darüber hinaus über zahlreiche Anfragen zur Auslegung der QSFFx-RL und über zahlreiche Umsetzungsschwierigkeiten beraten.

Qualitätssicherung in der Kinderherzchirurgie

Im Zuge der Überarbeitung der KiHe-RL setzt sich die DKG weiterhin dafür ein, die Evidenz der Richtlinienanforderungen kritisch zu evaluieren und im G-BA zu beraten. Der G-BA hat auf Anregung der DKG mit Beschluss vom 15. Juli 2021 die Übergangsfrist zur zusätzlichen Qualifikation der Stationsleitung im Fachgebiet »Pädiatrische Intensivpflege« oder »Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege« verlängert. Dadurch können berufserfahrene Stationsleiterinnen und Stationsleiter bis zum 1. Januar 2029 weiterhin für die Leitung einer Intensivstation gemäß Richtlinie eingesetzt werden. Die pandemiebedingten Ausnahmetatbestände wurden ebenfalls auf Initiative der DKG verlängert.



Kontrollen der Qualitätsanforderungen des G-BA

Der Medizinische Dienst (MD) ist gesetzlich dazu ermächtigt, die Einhaltung von Qualitätsanforderungen des G-BA zu überprüfen. Gemäß § 137 Abs. 3 SGB V hat der G-BA in einer Richtlinie die Einzelheiten der Kontrollen des MD nach § 275a SGB V zu regeln. Im Besonderen Teil B der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) sind die verschiedenen Kontrollgegenstände, die Anhaltspunkte, die Beauftragung und weitere, im Allgemeinen Teil festgelegte Eckpunkte zu konkretisieren. Die Beratungen zum Abschnitt 4 des Teils B, der die Kontrolle der Einhaltung der Mindestvorgaben zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Abs. 5 SGB V regelt, wurden im Jahr 2021 aufgenommen und am 19. November 2021 abgeschlossen. In Anbetracht der Eilbedürftigkeit des Beschlusses von Abschnitt 4 wurden die Beratungen zum Abschnitt 5 (Kontrolle der Personalmindestvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik) im Jahr 2021 zunächst ausgesetzt. Eine Beschlussfassung ist für 2022 vorgesehen.

Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Für das Jahr 2019 haben 2.486 Krankenhausstandorte einen Qualitätsbericht erstellt und dem G-BA bis zum 15. Dezember 2021 übermittelt. Es wurde erstmals das Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V als Grundlage für die Feststellung berichtspflichtiger Krankenhausstandorte genutzt. Außerdem ist die Abgabe der Qualitätsberichte über eine neue Annahmestelle erfolgt. Künftig sollen die standortübergreifenden Qualitätsberichte eines Krankenhauses (Gesamtbericht) nicht mehr als separate Datei von den Krankenhäusern erstellt, sondern automatisch von der Annah-



mestelle aus den einzelnen Standortberichten erstellt werden. Für das Berichtsjahr 2020 wurde der Gesamtbericht jedoch ausgesetzt, da eine automatisierte Erstellung noch nicht möglich war. Schließlich wurde eine langjährige Forderung der DKG nach Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung durch das GVWG in § 136a SGB V aufgenommen. Die Beratungen hierzu haben 2021 begonnen und werden im G-BA 2022 fortgesetzt. Zum Ende des Berichtsjahres hat die DKG einen Antrag auf Aufnahme einer Regelung zu Schutzkonzepten für Kinder und Jugendliche in die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) für das Berichtsjahr 2022 in die Beratungen des G-BA eingereicht.

II. ORGANSPENDE UND TRANSPLANTATIONSMEDIZIN

Neurochirurgischer und neurologischer konsiliarärztlicher Rufbereitschaftsdienst

Mit dem am 20. Juli 2021 in Kraft getretenen GVWG hat der Gesetzgeber der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) die Aufgabe der Errichtung eines neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienstes gemäß § 9a Abs. 2 Satz 3 Transplantationsgesetz (TPG) übertragen. Die TPG-Auftraggeber (GKV-Spitzenverband, BÄK und DKG) haben die Beratungen hierzu gemeinsam mit der DSO fortgesetzt.

Einsatz von Maschinenperfusions- geräten im Rahmen einer Organspende

Die TPG-Auftraggeber haben 2021 die Beratungen zur Implementierung der Maschinenperfusion (MaP) im Rahmen der Organspende in Deutschland intensiv fortgesetzt und für verschiedene Leistungsbereiche die notwendigen und möglichen Verfahrensschritte geprüft. Ziel ist es, eine Organisations- und Finanzierungsmöglichkeit für den Einsatz der MaP zu schaffen.

Prüfungskommission und Überwachungskommission

Die TPG-Auftraggeber überwachen gemeinsam die Einhaltung der Vertragsbestimmungen mit der Vermittlungsstelle (Eurotransplant International Foundation [ET]) durch die Prüfungskommission gemäß § 12 Abs. 5 Satz 4 TPG und mit der Koordinierungsstelle (DSO) durch die Überwachungskommission gemäß

§ 11 Abs. 3 Satz 4 TPG. Die Kommissionen sind verpflichtet, Erkenntnisse über Verstöße gegen das TPG und aufgrund des TPG erlassene Rechtsverordnungen an die zuständigen Behörden der Länder weiterzuleiten. Als Mitglied dieser Kommissionen hat die DKG an den Sitzungen und Beratungen über ausgewählte Prüfungen von Transplantationsprogrammen sowie an den schriftlichen »Visitationen« der Vermittlungs- und Koordinierungsstelle teilgenommen. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie wurden die gewöhnlich vor Ort stattfindenden Prüfungen von Transplantationsprogrammen 2021 im schriftlichen Verfahren durchgeführt.

Ständige Kommission Organtransplantation bei der Bundesärztekammer

Die DKG hat auch 2021 an den Sitzungen der Ständigen Kommission Organtransplantation bei der BÄK (Stä-Ko) teilgenommen. Darüber hinaus beteiligte sie sich an den Beratungen der Arbeitsgruppe der BÄK zur »Richtlinie Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin nach § 16 S. 1 Nr. 6 TPG«. Die im TPG verankerten Richtlinien zur Organspende, Organvermittlung und Transplantationsmedizin sowie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls befinden sich in einem fortlaufenden Weiterentwicklungsprozess, an dem die DKG aktiv beteiligt ist.

Transplantationsregister

Die TPG-Auftraggeber haben sich 2021 fortlaufend über die Arbeitsfortschritte der Vertrauensstelle (Nortal AG, ehemals Schütze AG) und der Transplantationsregisterstelle (Gesundheitsforen Leipzig GmbH) informieren lassen und das weitere Vorgehen beraten. Der G-BA hat eine Beauftragung des IQTiG mit der Übermittlung der transplantationsmedizinischen Daten der Erfassungsjahre 2018 bis 2021 auf Grundlage des bundesweit einheitlichen Datensatzes nach § 15e Abs. 5 TPG an das Transplantationsregister beraten und vorbereitet. Die Beschlussfassung ist für Anfang 2022 vorgesehen. Zusammen mit den Daten von DSO und ET werden die Daten nach ihrer Validierung und Zusammenführung sowie letzten abschließenden Beratungen von der Transplantationsregisterstelle zu Auswertungszwecken bereitgestellt.

Deutsche Stiftung Organtransplantation und Eurotransplant International Foundation

Die DKG gehört zu den Auftraggebern der DSO und ist Mitglied im Stiftungsrat sowie im Bundesfachbei-



rat der DSO. Die TPG-Auftraggeber haben 2021 ihre Beratungen über verschiedene Anpassungsbedarfe des Vermittlungsstellenvertrags fortgesetzt, die unter anderem auf gesetzlichen Änderungen oder den beschriebenen strukturellen Erneuerungen bei ET beruhen.

III. PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

Positionen der DKG zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Die DKG hat am 14. September 2021 ihre Positionen zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags veröffentlicht. Für die Modernisierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung stellte die DKG fünf Forderungen auf. Dazu gehören die Reform der sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen und die Förderung regionaler Versorgungsnetzwerke. Die Krankenhäuser müssen für ambulante Behandlungsleistungen weiter geöffnet und zu Koordinationsplattformen der Versorgung in den Regionen ausgebaut werden. Es müssen eine sinnvolle Weiterentwicklung der Personalausstattung und Flexibilisierung beim Personaleinsatz erfolgen. Zur Umsetzung dieser Forderungen ist zudem eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems notwendig. So fordert die DKG unter anderem, die Modellvorhaben nach § 64b SGB V als »Optionsmodell« in die Regelfinanzierung zu überführen. Um unmittelbar mehr Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten freizumachen, sind die bestehenden Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen auf ein Mindestmaß zu reduzieren und überflüssige Bürokratie abzubauen. Darüber hinaus müssen die Potenziale der Digitalisierung auch in der Psychiatrie und Psychosomatik genutzt werden. Hierzu ist die Finanzierung des Ausbaus der digitalen Infrastruktur erforderlich.

Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Am 16. September 2021 hat der G-BA eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) beschlossen. Mit der Änderung wurden insbesondere eine stärkere Berücksichtigung der Psychotherapie erreicht sowie die finanziellen Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung für ein weiteres Jahr ausgesetzt. Hintergrund für die Verschiebung der Sanktionen war ein Antrag der DKG auf Umsetzung eines Beschlusses

der Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Die GMK hatte den G-BA mit Beschluss vom 16. Juni 2021 aufgefordert, Sanktionen so lange auszusetzen, bis die Richtlinie dahin gehend angepasst wurde, dass sie Anreize für eine leitliniengerechte, patientenzentrierte, flexible und gemeindenahe Versorgung schafft. Die DKG sieht ebenfalls dringenden Anpassungsbedarf in der PPP-RL. Um die Umsetzung moderner Therapiekonzepte zu fördern, bedarf es des Wegfalls des stationsbezogenen Nachweises, da dieser die heutige Versorgungsrealität nicht abbildet. Ferner wird der flexible Personaleinsatz durch zu geringe Möglichkeiten zur Anrechnung von und zwischen Berufsgruppen eingeschränkt. Zudem wirft das Behandlungsverbot bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 2 Abs. 2 PPP-RL in Verbindung mit der regionalen Pflichtversorgung juristische Fragen auf. Die Beratungen werden 2022 fortgesetzt. Die DKG setzt sich für eine grundsätzliche Überarbeitung der Richtlinie und die Verwendung einer neuen Systematik ein, die eine am Patientenbedarf orientierte Personalermittlung ermöglicht.



Berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung psychisch kranker Menschen

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 2. September 2021 die Erstfassung der Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL), beschlossen. Die KSVPsych-RL stellt die Grundlage für eine neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für schwer psychisch erkrankte Erwachsene mit komplexem Behandlungsbedarf dar. In neu zu gründenden berufsgruppen- und sektorenübergreifenden regionalen Netzverbänden sollen niedergelassene Fachärzte/-ärztinnen, Psychothera-

Mit »Quo vadis, Psychiatrie?« hat die DKG im Juli 2021 eine Online-Diskussion organisiert.



Die DKG unterstützt gemäß der Vereinbarung mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs umfassende Aktivitäten im Kinderschutz.

peuten/-therapeutinnen, Krankenhäuser sowie Therapeuten/Therapeutinnen verschiedener Fachrichtungen zusammenarbeiten. Ziel ist dabei, alle für die Versorgung im Einzelfall benötigten Gesundheitsberufe zu vernetzen, um Betroffenen zügig und bedarfsgerecht zu helfen. Dies schließt auch Hilfen für Patientinnen und Patienten ein, die zwischen stationärer und ambulanter Versorgung wechseln müssen. Dabei kommt sogenannten Bezugs- und Koordinationspersonen in regionalen Netzverbänden eine besondere Rolle zu.

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Der Gesetzgeber hat den GKV-Spitzenverband, den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die DKG gemäß § 115d Abs. 4 SGB V beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich für die Umsetzung des Berichts darauf verständigt, die standardisierten und bundesweit vorliegenden Daten der Krankenhäuser nach § 21 KHentg für die Datenjahre 2018, 2019 und 2020 zu nutzen. Der Bericht wurde dem BMG am 23. Dezember 2021 übermittelt. Aus Sicht der DKG entwickelt sich die neue Versorgungsform bisher positiv. Es ist zu erwarten, dass sich die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als wichtiger Teil einer Verbesserung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in den Regionen etablieren wird.

Kinderschutz in Krankenhäusern

Die DKG unterstützt auf Basis der Vereinbarung mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) umfassende Aktivitäten im Kinderschutz. Seit der Aufnahme verbindlicher Regelungen in die Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) 2020 müssen sich medizinische Einrichtungen (Krankenhäuser und Vertragsärzte/-zahnärz-

te), die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch befassen. Dazu gehört der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend, konkrete Schritte und Maßnahmen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen abzuleiten und ein Schutzkonzept umzusetzen. Zum Ende des Berichtsjahres hat die DKG einen Antrag auf Aufnahme einer Regelung zu Schutzkonzepten für Kinder und Jugendliche in die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) zum Berichtsjahr 2022 in die Beratungen des G-BA eingereicht. Der Antrag wird 2022 weiterberaten.

Um die Umsetzung von Schutzkonzepten in den Krankenhäusern zu befördern, unterstützt die DKG das E-Learning-Projekt ECQAT des Universitätsklinikums Ulm. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser können sich kostenfrei mit zwei Online-Kursen »Schutzkonzepte in Organisationen – Schutzprozesse partizipativ und achtsam gestalten« und »Leitungswissen Kinderschutz in Institutionen – ein Online-Kurs für Führungskräfte« fortbilden.



Dem Klinikpersonal stehen neben den kostenlosen Online-Kursen unter anderem Informationsbroschüren (online auch als PDF) zur Verfügung.



→ zurück zum Inhaltsverzeichnis





KRANKENHAUS- FINANZIERUNG UND -PLANUNG



Die Gesetzgebung zur Begegnung der Corona-Pandemie und deren Umsetzung in der Selbstverwaltung auf Bundesebene stand auch 2021 für das Dezernat II im Mittelpunkt.

Im Jahr 2021 standen für das Dezernat für Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung die Gesetzgebung zur Begegnung der Corona-Pandemie und deren Umsetzung in der Selbstverwaltung auf Bundesebene im Mittelpunkt. Die politischen Entscheidungen, Gesetzgebungsverfahren und Verordnungen zur Krankenhausfinanzierung wurden kontinuierlich begleitet und Umsetzungsvorschläge erarbeitet. Die Aufgabe des Dezernats umfasst die diesbezüglichen Verhandlungen mit der Kassenseite und die begleitenden Beratungen in den Gremien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). So wurden die Umsetzung der mehrfach angepassten Ausgleichszahlungen (»Freihaltepauschalen«), der Ausgleich coronabedingter Erlösrückgänge, die Abschlagszahlungen zur Liquiditätssicherung, die Vergütung der Behandlung von COVID-19-Fällen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Zusatzentgelte für die Corona-Testung, die Versorgungsaufschläge für COVID-19-Patienten sowie die Zuschläge für coronabedingte Mehrkosten mit der Kassenseite vereinbart.

Neben diesen pandemiebezogenen Sonderthemen ist die jährliche Weiterentwicklung der Entgeltsysteme ein Schwerpunkt des Dezernats. Da eine Weiterentwicklung der Entgeltkataloge auf Grundlage der Kostendaten des Corona-Jahres 2020 nicht sinnvoll möglich war, wurden die erforderlichen Anpassungen der Kalkulationssystematik zwischen den Selbstverwaltungsparteien und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) abgestimmt. Zudem stand erneut die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem aG-DRG-System im Vordergrund. In diesem Punkt war aufgrund der weit auseinanderliegenden Vorstellungen der Vertragsparteien über das abzusenkende Erlösvolumen keine Einigung möglich, sodass der aG-DRG-Katalog 2022 durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Kraft gesetzt wurde. Die Abrechnungsbestimmungen zum aG-DRG-System wurden zwischen den Vertragsparteien geeint und vereinbart.

Die Abrechnungsbestimmungen und Entgeltkataloge für das Psych-Entgeltsystem wurden mit der »Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022« (PEPPV 2022) vereinbart. Als weitere Vereinbarungen sind die

»Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen« (VBE), der DRG-Systemzuschlag und der Veränderungswert zu nennen.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat das Dezernat im Unterausschuss »Bedarfsplanung« (UA BPL) an den Regelungen für Zentren und Schwerpunkte und an der Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung mitgearbeitet. Zudem stellt die Vergütung ambulanter Leistungen einen Schwerpunkt des Dezernats von zunehmender Bedeutung für die Krankenhäuser dar.

Maßnahmen zur Bewältigung der Corona-Pandemie

Ausgleichszahlungen für die Freihaltung von Kapazitäten

Im Jahr 2021 wurden die Sofortmaßnahmen zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser infolge der Corona-Pandemie fortgesetzt. Mit der »Ersten Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes« wurde der Zeitraum für die Zahlung der Ausgleichszahlungen bis zum 28. Februar 2021 verlängert und der Kreis der anspruchsberechtigten Krankenhäuser erweitert. Auf Basis dieser Verordnungen wurde die Vereinbarung zum Verfahren des Nachweises für die Ausgleichszahlungen angepasst.

Die Frist der Ausgleichszahlungen wurde durch mehrere Verordnungen verlängert. Zunächst wurde der Zeitraum bis zum 11. April 2021 ausgedehnt. Anschließend fanden weitere Verlängerungen bis zum 31. Mai 2021 und abschließend bis zum 15. Juni 2021 statt. Um die Verlängerungen in der Ausgleichszahlungsvereinbarung abzubilden, wurden diese jeweils durch eine Änderungsvereinbarung angepasst.

Im Rahmen des Impfpräventionsstärkungsgesetzes wurden die Ausgleichszahlungen ab dem 15. November 2021 bis zum 31. Dezember 2021 wiedereingeführt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben mit § 21 Abs. 7a KHG den Auftrag erhalten, das Verfahren des Nachweises für diese Ausgleichszahlungen



zu vereinbaren. Zur Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags wurde die 3. Ausgleichszahlungsvereinbarung getroffen.

Versorgungsaufschläge

Mit dem »Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes« wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene in § 21a Abs. 5 KHG beauftragt, bis zum 30. November 2021 das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten im jeweiligen Krankenhaus voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten zur Berechnung der Versorgungsaufschläge zu vereinbaren. Dieser gesetzliche Auftrag wurde im Rahmen der »Vereinbarung nach § 21a Absatz 5 KHG« umgesetzt.

Abschlagszahlungen

Mit der »Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser« (KHWiSichV) wurden Abschlagszahlungen eingeführt, um die Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser, die im 1. Quartal 2021 keine Ausgleichszahlungen erhalten hatten, zu gewährleisten. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben fristgerecht zum 30. April 2021 das Nähere zur Umsetzung der Abschlagszahlungen vereinbart.

Ausgleich coronabedingter Erlösrückgänge

Die Vertragsparteien auf Bundesebene wurden mit § 5 KHWiSichV beauftragt, bis zum 31. Juli 2021 das Nähere über den Ausgleich coronabedingter Erlösveränderungen für das Jahr 2021 zu vereinbaren. Die Vertragsparteien haben dies mit der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2021 vom 31. Juli 2021 fristgerecht umgesetzt.

Mit dem Wiedereinsetzen der Ausgleichszahlungen und der Integration der neuen Versorgungsaufschläge wurden die Vertragsparteien mit der Änderung des § 5 Abs. 1 KHWiSichV beauftragt, diese Zahlungen bis zum 31. Dezember 2021 in die Systematik der Vereinbarung zu integrieren. Die Vereinbarung wurde am 21. Dezember 2021 geschlossen. Die Höhe des Ausgleichssatzes für einen coronabedingten Erlösrückgang im Jahr 2021 wurde auf 85 Prozent festgelegt. Die Anrechnung der Ausgleichszahlungen im Ganzjahresausgleich beträgt 85 Prozent und die Anrechnung der Versorgungsaufschläge 50 Prozent.

Vergütung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Mit der »Ersten Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die

Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes« wurde die Regelung zur Vergütung von COVID-19-Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bis zum 28. Februar 2021 verlängert. Dementsprechend wurde die 2. Reha-KHG-COVID-19-Vereinbarung vom 14. Dezember 2020 angepasst. Zudem wurde der Geltungszeitraum durch Verordnungen zweimalig verlängert. Dies wurde im Rahmen von Änderungsvereinbarungen umgesetzt.

Mit dem nun am 24. November 2021 in Kraft getretenen »Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes« wurde die Regelung des § 22 Abs. 1 KHG erneut für den Zeitraum vom 18. November 2021 bis zum 19. März 2022 in Kraft gesetzt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben dazu die »3. Vereinbarung nach § 22 Absatz 2 KHG über die Pauschalbeträge für die Vergütung der Einrichtungen nach § 22 Absatz 1 KHG« geschlossen.

Mit dem Impfpräventionsstärkungsgesetz wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, zusätzliche Pauschalen für die Mehraufwendungen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion zu vereinbaren. Dies wurde mit einer Änderungsvereinbarung zur 3. Reha-KHG-COVID-19-Vereinbarung umgesetzt.

Zusatzentgelt für Corona-Testung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich mit Inkrafttreten zum 1. Juli 2021 auf eine Neuvereinbarung der Zusatzentgelte für die Corona-Testung geeinigt. Aufgrund einer Absenkung der Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wurde auch das Zusatzentgelt für die PCR-Testungen abgesenkt. Zudem wurde das Zusatzentgelt im Rahmen einer Änderungsvereinbarung zum 1. August 2021 in zwei Zusatzentgelte für laborbasierte und PoC-Antigen-Tests gesplittet.

Pflegekräfte müssen mehrere Stunden täglich mit oftmals medizinisch-pflegerisch unnötiger Bürokratie verbringen.



Zuschläge für coronabedingte Mehrkosten

Zu Beginn der Corona-Pandemie im Jahr 2020 konnten Krankenhäuser zur pauschalen Abgeltung coronabedingter Mehrkosten für jeden voll- oder teilstationären Behandlungsfall gesetzlich vorgegebene Zuschläge abrechnen. Vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 sind im Gesetz krankenhaushausindividuelle Zuschläge im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vorgesehen, deren Höhe durch die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene wurden beauftragt, hierzu bis zum 31. Dezember 2020 weitere Vorgaben zu machen.

Um eine zeitnahe Abrechnung der Zuschläge zu ermöglichen, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Jahren 2020 und 2021 vier Vereinbarungen abgeschlossen, die ohne eine diesbezügliche gesetzliche Vorgabe vorläufige, pauschale Zuschläge für die Geltungsbereiche des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) regeln. Der gesetzliche Auftrag nach § 9 Abs. 1a Nr. 9 KHEntgG zur Umsetzung der krankenhaushausindividuellen Zuschläge wurde nach zahlreichen Verhandlungsrunden Ende des Jahres 2021 umgesetzt.

Weiterentwicklung der Entgeltsysteme

aG-DRG-Katalog und Abrechnungsbestimmungen

Da eine Weiterentwicklung der Entgeltkataloge auf Grundlage der Kostendaten des ersten Corona-Jahres 2020 nicht sinnvoll war, wurden die erforderlichen Anpassungen der Kalkulationssystematik zwischen den Selbstverwaltungspartnern und dem InEK abgestimmt. Die diesjährige Weiterentwicklung basiert überwiegend auf den Kostendaten des Jahres 2019, die zur Analyse und Abbildung der COVID-19-Fälle um Kostendaten aus 2020 ergänzt wurden. Zudem standen nach Einführung des Pflegebudgets im Jahr 2020 erneut die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem aG-DRG-System und die damit verbundene Absenkung der Bewertungsrelationen im Vordergrund. In diesem Punkt war aufgrund der weit auseinanderliegenden Vorstellungen der Vertragsparteien über das abzusenkende Erlösvolumen keine Einigung möglich, sodass der aG-DRG-Katalog für das Jahr 2022 durch Rechtsverordnung des BMG in Kraft gesetzt wurde. Die »Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022« (DRG-Entgeltkatalogverordnung 2022 – DRG-EKV 2022) ist mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 22. November 2021 in Kraft getreten. Die DRG-EKV 2022 umfasst den aG-DRG-Katalog einschließlich des Pflegeerlöska-

talogs. Die Abrechnungsbestimmungen zum aG-DRG-System wurden zwischen den Vertragsparteien geeicht und mit der Fallpauschalenvereinbarung 2022 (FPV 2022) vom 22. September 2021 vereinbart.

Umsetzung des Pflegebudgets

Die Vertragsparteien auf Bundesebene hatten sich Anfang November 2020 darauf verständigt, die Vorgaben zur Abgrenzung der Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen für die Pflegebudgetverhandlungen klarstellend anzupassen und die angepassten Formulare zeitnah zur Verfügung zu stellen. Die Ergänzung der neuen Anlagen erfolgt über die 2. Änderungsvereinbarung vom 22. April 2021.

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene zudem beauftragt, eine Vereinbarung zur einheitlichen Form der Dokumentation der Höhe des vereinbarten Pflegebudgets sowie der wesentlichen Rechengrößen zu treffen. Die Vertragsparteien haben sich am 30. August 2021 im Rahmen der 3. Änderungsvereinbarung zur Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung auf ein entsprechendes Formular verständigt. Zudem wurde mit der 4. Änderungsvereinbarung vom 8. November 2021 ein neues Muster zur Übermittlung der testierten Daten vereinbart.

PEPP-Katalog und Abrechnungsbestimmungen

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben am 22. September 2021 die »Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022« (PEPPV 2022) abgeschlossen. Die Vereinbarung enthält die Abrechnungsbestimmungen und PEPP-Entgeltkataloge. Aufgrund der Auswirkungen der Pandemie waren die Kostendaten des Jahres 2020 für die diesjährige Weiterentwicklung des Katalogs nicht geeignet, sodass das Verfahren angepasst und auf die Kostendaten des Jahres 2019 zurückgegriffen wurde. Die COVID-19-Fälle wurden auf Grundlage der Daten 2020 analysiert und im Rahmen der klassifikatorischen Umbauten abgebildet. Im Ergebnis blieb der PEPP-Katalog weitgehend unverändert. In die Abrechnungsbestimmungen wurde in § 1 Abs. 9 PEPPV eine Ergänzung zur medizinisch notwendigen Mitaufnahme von Begleitpersonen aufgenommen.

Katalog der Investitionsbewertungsrelationen

Auf Grundlage des § 10 Abs. 2 KHG ist das InEK von den Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, auf Basis der Daten einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu kalkulieren.



Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich am 22. Juni 2021 auf den Katalog der Investitionsbewertungsrelationen für das Jahr 2021 verständigt. Aus den Ergebnissen der Kalkulation lässt sich ein jährlicher Investitionsbedarf von deutlich mehr als 6 Milliarden Euro (ohne Universitätskliniken und Ausbildungsstätten) erkennen.

Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen

Besondere Einrichtungen können befristet aus dem pauschalierenden Entgeltsystem ausgenommen werden. Näheres hierzu wird von den Vertragsparteien auf Bundesebene mit der VBE geregelt. Mit der VBE 2022 vom 24. November 2021 wurden die Regelungen unverändert fortgeschrieben.

AEB-Psych-Vereinbarung 2022

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich auf eine Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 6 der BpflV ab dem Vereinbarungszeitraum 2022 (AEB-Psych-Vereinbarung 2022) verständigt. Anpassungsbedarf ergab sich insbesondere aufgrund der Änderungen bei den Berufsgruppenbezeichnungen nach § 5 der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL). In Ergänzung dazu wurden weitere Anpassungen und Klarstellungen vorgenommen, beispielsweise zur Ermittlung des Nutzungsgrads und der Verweildauer.

Psych-Personalnachweis-Vereinbarung 2022

Parallel zur Anpassung der AEB-Psych haben sich die Vertragsparteien auf Bundesebene am 6. Dezember 2021 auf eine Anpassung der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung verständigt. Mit der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung 2022 werden ebenfalls insbesondere die vom G-BA in der PPP-RL umgesetzten Anpassungen der Berufsgruppen nachvollzogen. Die Neufassung der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung ist erstmals im Jahr 2023 für den Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung und der Mittelverwendung im Kalenderjahr 2022 anzuwenden.

DRG-Systemzuschlag

Der Gesetzgeber hat die Vertragsparteien auf Bundesebene mit § 17b Abs. 5 KHG beauftragt, die Finanzierung der laufenden Pflege und Weiterentwicklung des Vergütungssystems über die Vereinbarung eines DRG-Systemzuschlags sicherzustellen. Der DRG-Systemzuschlag setzt sich aus dem Anteil für die Aufwandsersatzung für die Kalkulationskrankenhäuser (Zuschlagsanteil »Kalkulation«) und dem Anteil für die Finanzierung der InEK GmbH (Zuschlagsanteil



»InEK«) zusammen. Die Höhe des Zuschlags für das Jahr 2022 beträgt 1,26 Euro pro Fall. Davon entfallen 1,00 Euro auf den Zuschlagsanteil »Kalkulation« und 0,26 Euro auf den Zuschlagsanteil »InEK«. Die Absenkung des Zuschlags in Höhe von 0,40 Euro im Vergleich zum Vorjahr ist darauf zurückzuführen, dass die für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen im Jahr 2021 erforderlichen Mittel deutlich geringer als angenommen waren und die somit nicht verbrauchten Mittel für die Aufwandsersatzung im Jahr 2022 verwendet werden können.

Eine Krankenhausfinanzierungsreform findet sich auch im Koalitionsvertrag der neu gewählten Regierung wieder.

Weitere Aufgaben und Vereinbarungen

Hinweise der DKG zu den Budgetverhandlungen

Die Budgethinweise der DKG zur Ausbildungsfinanzierung nach § 17a KHG und dem Pflegeberufgesetz (PflBG) für das Jahr 2021 wurden Anfang März 2021 im Verbandsbereich bekannt gegeben, wobei in diesem Jahr der mit dem PflBG und dem Hebammengesetz (HebG) eingeleitete Wandel der Ausbildungsstruktur und -finanzierung im Vordergrund stand. Auf Grundlage erster Erfahrungen wurde das Kapitel zur Hebammenausbildung Anfang September 2021 aktualisiert, um den Krankenhäusern in der Umstellungsphase weitere Hinweise zu geben.

Veränderungswert für 2022

Die am 10. September 2021 veröffentlichte Veränderungsrate beträgt 2,29 Prozent und der am 30. September 2021 vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Orientierungswert 2,48 Prozent (inklusive Kostenentwicklung des Pflegepersonals) bzw. 2,37 Prozent (ohne Kosten des Pflegepersonals). Auf diesen Grundlagen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene am



Nach intensiven Verhandlungen haben sich die Vertragsparteien auf Bundesebene auf die Dokumentationsvereinbarung Übergangspflege vom 31. Oktober 2021 verständigt.

9. November 2021 einen Veränderungswert für das Jahr 2022 für den KHEntg- und den BPfIV-Bereich in Höhe von 2,32 Prozent vereinbart.

Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege

Mit dem GVWG vom 11. Juli 2021 wurde mit § 39e SGB V die Übergangspflege im Krankenhaus eingeführt, um eine Anschlussversorgung im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zu ermöglichen, sofern diese anderweitig nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erreicht werden kann. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene wurden beauftragt, das Nähere zu dieser Dokumentation zu vereinbaren. Nach intensiven Verhandlungen haben sich die Vertragsparteien auf Bundesebene auf die Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege vom 31. Oktober 2021 verständigt. Mit der Vereinbarung werden mit der Dokumentation auch die Voraussetzungen für eine Übergangspflege sowie der Nachweis gegenüber der Krankenkasse geregelt. Die Vereinbarung ist mit Wirkung zum 1. November 2021 in Kraft getreten.

Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte

Der G-BA hat am 5. Dezember 2019 die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrumsregelungen) beschlossen. Im Jahr 2020 wurden die Anlage 6 »Neurovaskuläre Zentren« und die Anlage 7 »Lungenzentren« mit Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben neben weiteren Änderungen der Zentrumsregelungen beschlossen. Der G-BA hat am 16. Dezember 2021 infolge der Corona-Pandemie – wie auch schon im Jahr 2020 – befristete Sonderregelungen in Bezug auf die Richtlinienbestimmungen getroffen.

Krankenhausliste für Sicherstellungszuschläge

Gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich zum 30. Juni eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des G-BA zu § 136c Abs. 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erfüllen und somit bei Bedarf einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren können. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben auf

Grundlage dieser Vorgaben am 30. Juni 2021 die Liste der Krankenhausstandorte, die gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG im Jahr 2022 Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung haben, vereinbart.

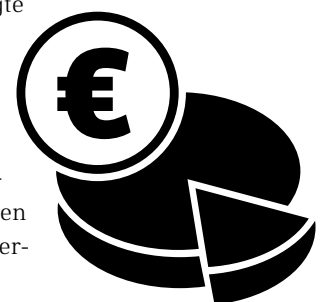
Aufwandsersatz Organspende und Transplantationsbeauftragte

Die Aufwandsersatzung für die Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der postmortalen Organspende sowie der Aufwandsersatz für die Freistellung von Transplantationsbeauftragten (TxB) werden durch die Vertragspartner nach § 11 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes (TPG-Vertragspartner) und somit durch den GKV-Spitzenverband, die Bundesärztekammer (BÄK), die DKG und die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) als Koordinierungsstelle im Rahmen des DSO-Budgets geregelt. Die Kalkulation der Postmortalspenden war 2021 von den Auswirkungen der Corona-Pandemie geprägt. Daher wurden die kalkulierten Kosten des Jahres 2019 mit den Veränderungswerten der Jahre 2020 bis 2022 fortgeschrieben. Der Aufwandsersatz zur Finanzierung von TxB wurde ebenfalls für das Jahr 2022 erhöht.

Tarifwerke DKG-NT/BG-T

Der Ständige Ausschuss BG-NT hat mit Beschluss vom 5. November 2021 die Prolongation des Vertrags zum BG-T für das Jahr 2021 beschlossen sowie das Verfahren der Laufzeitanpassung des BG-T verändert. Anstelle einer jährlichen Vereinbarung beschließen die Vertragsparteien erstmals mit Wirkung zum 1. Januar 2022 eine Laufzeitverlängerung des BG-T, ohne dass es eines gesonderten Beschlusses bedarf.

Darüber hinaus wurden auf Basis der Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 14. April 2021 die Allgemeinen Kosten im Tarifbereich BG-T angepasst. Darüber hinaus erfolgte eine Anpassung der Preise für physio- und ergotherapeutische Leistungen entsprechend den jeweiligen Gebührenvereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger und den Verbänden der physiotherapeutischen und der ergotherapeutischen Berufe.



Vergütung ambulanter Leistungen

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) hat im Jahr 2021 über die Überleitung der im Rahmen der ASV gemäß § 116b SGB V erbringbaren, aber nicht im EBM abgebildeten Leistungen beraten und entsprechende Überleitungen auf den EBM vorgenommen. Aufgrund von Anpassungen des EBM waren zudem in einzelnen Konkretisierungen der ASV unterschiedliche Anpassungen in den abrechnungsfähigen Leistungen erforderlich, die der ergBA umgesetzt hat.

Vergütung von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V

Mit dem Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD) vom 12. Dezember 2019 wurde dem ergBA die Aufgabe übertragen, für Erprobungsleistungen gemäß § 137e SGB V, die ambulant angewandt werden können, die Höhe der Vergütung zu regeln. Nach intensiven Vorberatungen hat der ergBA am 24. März 2021 die Vergütungen zur Erprobungsrichtlinie »CAM-vordere-Kreuzbandruptur« beschlossen.

Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMPG) erfolgten Anpassungen in der Struktur und Vergütung der ambulanten Notfallversorgung. Den Kassenärztlichen Vereinigungen steht nunmehr die Möglichkeit offen, telemedizinische Leistungen im organisierten Notdienst zu erbringen. Dies kann auch in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern erfolgen. Zugleich wurde der ergBA beauftragt, für diese digitalen Leistungsmöglichkeiten eine Vergütung zu beschließen. Die Beratungen zur Anpassung und möglichen Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen wurden in den Gremien des ergBA aufgenommen.

Richtlinie zur Ersteinschätzung von Notfällen

Mit dem GVWG wurde der G-BA beauftragt, bis zum 20. Juli 2022 Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden, zu beschließen. Ergänzend wurde dem ergBA aufgegeben, die erforderlichen Anpassungen des EBM für ärztliche Leistungen vorzunehmen.

Im G-BA ist das Thema dem UA BPL zugeordnet. Neben medizinischen Aspekten berührt der Themenkomplex gleichermaßen die Bereiche Finanzierung, Recht und Krankenhausorganisation.

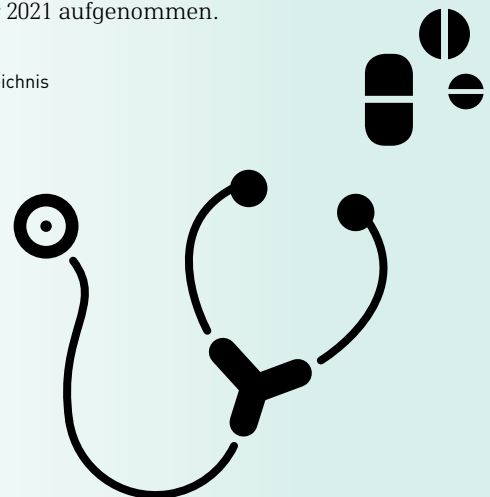
Das MDK-Reformgesetz soll u. a. eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte regeln.



Weiterentwicklung der Vergütung für ambulante Operationen

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde § 115b SGB V dahin gehend angepasst, dass der GKV-Spitzenverband, die DKG und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf der Grundlage eines gemeinsam beauftragten Gutachtens einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen zu vereinbaren haben. Darüber hinaus ist auf Grundlage des Gutachtens eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu entwickeln. Die Vergütung soll nach dem Schweregrad der Fälle und auf betriebswirtschaftlicher Grundlage differenziert werden. Die Beratungen zur Anpassung der Vergütung wurden im Jahr 2021 aufgenommen.

→ zurück zum Inhaltsverzeichnis





IT, DATENAUSTAUSCH UND eHEALTH



In der politischen Diskussion hat die DKG wiederholt darauf hingewiesen, dass sich die Beschleunigung der Digitalisierung nur durch Zuschläge umsetzen lasse.

Das Dezernat III (IT, Datenaustausch und eHealth) stellte im Berichtszeitraum neben den pandemiebedingten Anpassungen der elektronischen Datenaustauschverfahren insbesondere die Begleitung der Digitalisierung der Krankenhäuser ins Zentrum seiner Arbeit. Die in den zuständigen Gremien hierzu bearbeiteten Themen fokussierten vor allem die Umsetzung des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG), die Anbindung der Krankenhäuser an die Telematikinfrastruktur sowie die damit einhergehende Finanzierung und nicht zuletzt Fragen der Informationssicherheit in Krankenhäusern. Das Dezernat zeichnete darüber hinaus für die Begleitung wichtiger Themen aus informationstechnischer Sicht verantwortlich, etwa für die Umsetzung der Datenbereitstellung für die Medizinischen Dienste im Kontext der Prüfverfahrenvereinbarung oder im Entlassmanagement.

Umsetzung des Krankenhauszukunftsgesetzes

Die Krankenhäuser haben 2021 über 6.000 Bedarfsanmeldungen in Höhe von rund 4,3 Milliarden Euro für Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) bei den Ländern eingereicht. Die Geschäftsstelle war hierzu im regelmäßigen Austausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Landeskrankengesellschaften und wird mit Blick auf etwaige Sanktionsforderungen ab 2025 die rechtzeitige Bewilligung dieser Mittel im Jahr 2022 mit Nachdruck einfordern.

Das KHZG sieht ferner die Erhebung des Reifegrads der Digitalisierung in den Krankenhäusern vor. Die Geschäftsstelle hatte sich an einer Initiative des Bundesverbands Gesundheits-IT (bvitg), des Marburger Bunds und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) beteiligt und selbst an der Ausschreibung der Reifegradermittlung des BMG teilgenommen. Im Rahmen der Zuschlagserteilung wurde das ebenfalls teilnehmende Konsortium »DigitalRadar« mit der Reifegradmessung beauftragt. Die Geschäftsstelle konnte die in den Gremien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) beratenen Aspekte der Reifegradmessung dennoch über den Expertenbeirat des »DigitalRadar« in die Umsetzung der Erhebung einbringen. Über 90 Prozent der

Krankenhäuser haben sich an der Reifegradmessung beteiligt. Die Ergebnisse der Erhebung sowie daraus resultierende Erkenntnisse werden für das Jahr 2022 erwartet.

Ab 2025 drohen den Krankenhäusern gemäß § 5 Abs. 3h KHEntgG Abschlüsse, wenn bestimmte digitale Dienste, deren Umsetzung aus dem KHZF gefördert wird, im Krankenhaus nicht verfügbar sind und nicht genutzt werden. Das Nähere hierzu hat die DKG mit dem GKV-Spitzenverband zu verhandeln. In der politischen Diskussion hat die Geschäftsstelle wiederholt darauf hingewiesen, dass sich die Beschleunigung der Digitalisierung nur durch Zuschläge (Digitalisierungszuschlag von 2 Prozent) umsetzen lasse. Die derzeit vorgesehenen Abschlüsse würden das Ziel ins Gegenteil verkehren. Unabhängig davon hat die Geschäftsstelle mit dem GKV-Spitzenverband im Berichtszeitraum eruiert, wie sich die Fördertatbestände des KHZF operationalisieren ließen, um eine objektive Bewertung der Umsetzung zu ermöglichen. Eine solche Operationalisierung der Fördertatbestände, welche die Definition der Anforderungen an die Verfügbarkeit und die Nutzung der digitalen Dienste zum Ziel hat, würde auch für eine Zuschlagslösung benötigt. Die Geschäftsstelle wird 2022 dieses Thema weiter forcieren, um den Krankenhäusern schnellstmöglich Klarheit zum Beispiel über etwaige Priorisierungen bei der Umsetzung konkurrierender Maßnahmen zu geben.

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur (§ 291a SGB V)

2021 hat die Geschäftsstelle mit dem GKV-Spitzenverband zwei Fortschreibungen der Finanzierungsvereinbarung zur Umsetzung der Telematikinfrastruktur (TI) und damit verbundener Anwendungen im stationären wie ambulanten Krankenhausbereich verhandelt.

In der ersten Fortschreibung wurden Klarstellungen und die Finanzierung neuer Anwendungen – insbesondere der elektronischen Patientenakte für Versicherte und der elektronischen Verordnung (eRezept) – aufgenommen. In der zweiten Fortschreibung wurde der Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG geregelt. Hierbei wurde eine Checkliste entwickelt, die Voraussetzungen für die Anbindung an die TI abfragt. Im Sin-



ne eines »Gleichklangs« sollten sich alle Bereiche des Krankenhauses bis zum 31. Dezember 2021 an die TI anbinden. Die TI-Hinweise zur Finanzierung sowie die TI-Rechenhilfe wurden entsprechend angepasst.

Die TI-Hinweise zur Technik und den Fristen wurden ebenfalls fortgeschrieben und an die neuen Entwicklungen angepasst. Die TI-Hinweise sind inzwischen in der Version 3.2 auf der Internetseite der DKG verfügbar.

Im Jahr 2021 wurden in einer Reihe von Workshops in der gematik unter Beteiligung der Geschäftsstelle der Fortschritt und die Ergebnisse der Tests der Anwendungen elektronische Patientenakte (ePA), elektronisches Rezept (eRezept) und elektronische Arbeitsfähigkeitsbescheinigung (eAU) diskutiert. Zusammen mit den anderen Leistungserbringerorganisationen hat sich die Geschäftsstelle in den Arbeitsgruppen erfolgreich für die Erfüllung angemessener Qualitätskriterien vor einer flächendeckenden verpflichtenden Einführung dieser Anwendungen eingesetzt.

Die Weiterentwicklung der TI zu einer TI 2.0 wird von der Geschäftsstelle intensiv begleitet. Hierzu hat sie eine Arbeitsgruppe eingerichtet, in der IT-Verantwortliche aus den Krankenhäusern die Gelegenheit haben, mit der gematik die Anforderungen an die Weiterentwicklung der TI aus der Sicht der Krankenhäuser zu diskutieren.

Übermittlung von Abrechnungsdaten nach § 301 Abs. 3 und § 120 Abs. 3 SGB V (GKV) sowie § 17c KHG (PKV, Beihilfe)

Die Geschäftsstelle hat auch im Jahr 2021 die notwendigen Anpassungen der Datenübermittlungsverfahren zu Abrechnungszwecken gegenüber den Kostenträgern weiterentwickelt. Immer knappere Zeithorizonte gerade auch für die Umsetzung pandemiebedingter Anpassungen führten dabei zu einer teils erheblichen Verkürzung oder gar Aussetzung von Kommentierungen und Beratungsvorgängen in den Gremien der DKG, was aufgrund der hohen Komplexität der Verfahren und möglichen Wechselwirkungen stets risikobehaftet ist. Dennoch konnten auch im Jahr 2021 größere technische Umsetzungsprobleme in den Datenübermittlungsverfahren erfolgreich vermieden werden.

Die Gremien der DKG haben einer Rahmenvereinbarung zur Datenübermittlung mit den Trägern der Beihilfe zugestimmt, sodass Krankenhäuser auf Basis eines freiwilligen Beitritts zur Rahmenvereinbarung voraussichtlich ab Mitte 2022 mit Beihilfefestsetzungen elektronisch abrechnen können.

Die elektronische Übermittlung des Entlassberichts an Träger der gesetzlichen Unfallversicherung wurde technisch für die verpflichtende Umsetzung ab 1. Januar 2024 vorbereitet.



Elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst (MD) nach § 17c Abs. 2 KHG

Mit dem MDK-Reformgesetz ist in § 17c Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHG eine ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhäusern und dem MD im Rahmen des MD-Prüfverfahrens nach § 275c SGB V ab dem 1. Januar 2021 verankert worden. Die Vereinbarung über das Verfahren zum elektronischen Unterlagenaustausch gemäß § 17c Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHG (eVV) konnte aufgrund der Pandemie erst im Juni 2021 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 geschlossen werden. Nach einer initialen Registrierung auf der bundesweiten Datenplattform sollen die Krankenhäuser diese zur Übermittlung von Unterlagen ab dem 3. Quartal 2022 nutzen. Wesentlicher Schwerpunkt ist dabei die Nutzung nationaler und internationaler Standards. Krankenhäuser werden deshalb ab dem 1. Januar 2024 ihre Dokumente auf der Grundlage veröffentlichter Wertelisten – sogenannter Value Sets der Initiative »Integrating the Healthcare Enterprise« (IHE) – kodieren, um die Möglichkeiten der zunehmenden Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen optimal zu nutzen.

Zulassungsverfahren für Software zur Unterstützung des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1 SGB V

Das von der Geschäftsstelle durchgeführte Verfahren für die Zulassung von Softwareprodukten im Entlassmanagement wurde durch die im Rahmenvertrag Entlassmanagement (Krankenhäuser) getroffenen Vereinbarungen zur Anwendung der eAU und der elektronischen Arzneimittelverordnung erweitert.

Neben der Erteilung unterjähriger Zulassungen für die eAU hat die Geschäftsstelle nach erfolgreichen Prüfungen die Erneuerung der Zulassung im Rahmen der beantragten Muster für alle bisherigen Zulassungsinhaber auch für das Jahr 2022 erteilt.

Die DKG setzt sich für gleichwertige Lebensbedingungen in Stadt und Land ein, auch in der Gesundheitsversorgung.



Verzeichnis der Krankenhausarzt- nummern nach § 293 Abs. 7 SGB V

Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben gemäß § 293 Abs. 7 SGB V den weiteren Ausbau und Betrieb des Krankenhausarztnummernverzeichnisses vorangetrieben. Maßnahmen zur Verbesserung der Datenqualität hat die beauftragte verzeichnisführende Stelle erfolgreich umgesetzt. Zum Stichtag 31. Dezember 2021 waren im Verzeichnis 222.326 Arzteinträge enthalten, die Anzahl registrierter Krankenhäuser betrug 1.646.

IT-Sicherheitsgesetz / Schutz kritischer Infrastrukturen (KRITIS) / IT-Sicher- heit in Krankenhäusern

Für die Weiterentwicklung der Absicherung kritischer Infrastrukturen, hier der Krankenhäuser, die jährlich mindestens 30.000 Fälle behandeln, hat die Geschäftsstelle mehrere Abstimmungsrunden mit dem Branchenarbeitskreis »Medizinische Versorgung« im »Umsetzungsplan Kritische Infrastrukturen (UP KRITIS)« durchgeführt. Ein Schwerpunkt war hierbei die Fortschreibung des branchenspezifischen Sicherheitsstandards (B3S), der zweijährlich dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zur erneuten Eignungsfeststellung vorzulegen ist. Der Abschluss des Verfahrens wird für Anfang 2022 erwartet.

Auch bei der Erfüllung der Anforderungen nach § 75c SGB V (IT-Sicherheit in Krankenhäusern) hat die Geschäftsstelle die Krankenhäuser aktiv unterstützt. Eine Arbeitsgruppe des zuständigen Fachausschusses hat hierfür eine Sammlung von Dokumenten (»Starter-Paket«) abgestimmt, gemeinsam mit zahlreichen Vorlagen und Arbeitshilfen veröffentlicht und flankierende Informationsveranstaltungen für die Krankenhäuser angeboten. Die Weiterentwicklung des Dokumentenpakets wird im Jahresverlauf 2022 kontinuierlich fortgesetzt.

Medizinisches Informationsobjekt (MIO) »Krankenhausentlassbrief«

Im Jahr 2021 hat eine interdisziplinäre Expertengruppe der Geschäftsstelle unter Einbeziehung der Fachausschüsse »Dateninformation und -kommunikation« und »Medizin« ein fachliches Informationsmodell zum MIO »Krankenhausentlassbrief« erarbeitet. Das Informationsmodell wurde mit der zum Zweck der Entwicklung medizinischer Informationsobjekte von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gegründeten mio42 GmbH abgestimmt und liegt nun in einer fortgeschrittenen Version vor.

Ziel der Entwicklung des Modells war es, ausgehend von den Vorgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagement möglichst viele Varianten heute existierender Arztbriefe abzudecken sowie alternativ zu einer textuellen Erfassung auch eine strukturierte Datenübernahme in die Primärsysteme zu ermöglichen – zum Beispiel über das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) aus dem Medikationsplan, dem Notfalldatensatz, Registermeldungen, Pässen etc. Das Modell ist trotz der hieraus resultierenden Komplexität so gestaltet, dass viele Elemente insbesondere im medizinischen Teil optional bleiben, sodass weiter auch kurz gefasste Entlassbriefe abgebildet werden können, die vorwiegend auf textuellen Darstellungen beruhen.



Im Hinblick auf das Thema Interoperabilität wird der Krankenhausentlassbrief sein volles Potenzial mit der voranschreitenden Digitalisierung weiterer Dokumente entfalten können, da durch die Harmonisierung von Profilen die gegenseitige Datenübernahme ermöglicht oder erleichtert wird. Ziel ist es auch, Mehrfacheingaben und Eingabefehler möglichst zu vermeiden. In diesem Sinne beeinflusst das nun vorliegende Modell für den Krankenhausentlassbrief auch die Entwicklung weiterer MIO im Krankenhausbereich und in anderen Sektoren.

Im Projekt »Krankenhausentlassbrief« sind ausgehend von dem vorliegenden Modell diverse Kommentierungsrunden und die Darstellung in HL7 FHIR geplant, beginnend mit einer sogenannten Expertenkommentierung, bei der ausgewählte Verbände und Stakeholder einbezogen werden. Danach soll das Modell in HL7 FHIR übersetzt und im Rahmen einer öffentlichen Kommentierung sowie Benehmensherstellung abgestimmt werden. Eine finale Version soll Ende 2022 vorliegen.



Datenlieferungen der Krankenhäuser zur Steuerung der Corona-Pandemie

Der mit dem Aufbauhilfe-Gesetz gesetzlich verankerten Hospitalisierungsinzidenz kam mit der Zuspitzung der Corona-Krise im November 2021 eine zentrale Rolle im Corona-Management zu.

Der insuffiziente Meldungsprozess der zugrunde liegenden Daten (manuelle Erfassungen in den Krankenhäusern und Übermittlung per Fax an die Gesundheitsämter) führte jedoch zu verzögerten und unvollständigen Datenlieferungen. Die Geschäftsstelle hat kurzfristig ein Konzept für eine bundesweite elektronische und vor allem automatisierte Erhebung und Übermittlung der Krankenhausaufnahmen unter Nutzung bestehender Routinedaten aus den Abrechnungsprozessen erarbeitet. Ziel dieser mit der Industrie abgestimmten Initiative war die bundesweite Umsetzbarkeit des Verfahrens binnen weniger Wochen, um noch während der Omikron-Welle schnell aktuelle Daten liefern zu können. Durch Ausleitung der notwendigen Informationen aus den bereits bestehenden Abrechnungsprozessen hätte diese Lösung den bisher manuellen Mehraufwand der Krankenhäuser vermieden und gleichzeitig eine in den meisten Fällen tagesgenaue Ergänzung der aktuell bereits bestehenden Statistiken zu Testergebnissen der Labore sowie der Intensivbettenbelegung über das DIVI-Intensivregister ermöglicht.

Eine Umsetzung des mit Bundeskanzleramt, Robert Koch-Institut und BMG beratenen Konzepts wurde jedoch von offizieller Stelle mit Verweis auf darin fehlende Daten zum Impfstatus der Patientinnen und Patienten abgelehnt.

Die Geschäftsstelle wird sich auch im Jahr 2022 dafür einsetzen, die Möglichkeiten der Digitalisierung zum Vorteil der Patientinnen und Patienten, aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern zu nutzen und die gerade während der aktuellen Pandemie stark belasteten Personalressourcen von unnötigem Dokumentationsaufwand zu entlasten.

→ zurück zum Inhaltsverzeichnis

Auch um Krankenhausbeschäftigte von zu viel Bürokratie zu entlasten, setzt sich die DKG für die Digitalisierung im Gesundheitswesen ein.





RECHTS- UND VERTRAGS- ANGELEGENHEITEN



Im Jahr 2021 lag der Schwerpunkt der Tätigkeit der Rechtsabteilung auf der Umsetzung des MDK-Reformgesetzes sowie den rechtlichen Facetten der Corona-Pandemie.

Der Schwerpunkt der Tätigkeit der Rechtsabteilung im Jahr 2021 lag auf der Umsetzung des MDK-Reformgesetzes sowie den rechtlichen Facetten der Corona-Pandemie.

Ambulantes Operieren im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V

Auch in diesem Jahr hat die Geschäftsstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ihre Materialiensammlung zum ambulanten Operieren im Krankenhaus infolge der Anpassung des AOP-Katalogs an den OPS Version 2021 überarbeitet. Diese liegt nunmehr in der 25. Auflage vor und beinhaltet die seit dem 1. Januar 2021 gültige Version des AOP-Katalogs. Neben den gesetzlichen Grundlagen ist wie gewohnt das aktuelle Vertragswerk mit Erläuterungen und Beispielen für die Leistungsabrechnung enthalten. Es erfolgt zudem ein Ausblick auf die Neuerungen infolge des MDK-Reformgesetzes, deren Umsetzung sich durch weitere Gesetze verschoben hat. Danach haben DKG, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens zum Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen sowie stationärer Eingriffen und Behandlungen eingeleitet. Auf Basis dieses Gutachtens vereinbarten DKG, KBV und GKV-Spitzenverband bis zum 31. Januar 2022 einen AOP-Katalog sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

5., geänderte Auflage der DKG-Arbeitshilfe »Werbung durch das Krankenhaus«

Seit dem Erscheinen der 4. Auflage der DKG-Arbeitshilfe »Werbung durch das Krankenhaus« im Jahr 2018 bestand aufgrund aktueller Entwicklungen in der Rechtsprechung und Gesetzesänderungen ein Überarbeitungsbedarf. In der 5. Auflage wurden zum Beispiel die Erläuterungen zu § 3 Heilmittelwerbegesetz (HWG) um aktuelle Rechtsprechung zu unzulässiger irreführender Werbung erweitert. Die Erläuterungen zu § 7 HWG wurden um Erläuterungen zur Zulässigkeit eines Hinweises auf Sprechstunden eines Krankenhauses ergänzt. Darüber hinaus wurden gesetzliche Änderungen

im Bereich der Werbung für eine Fernbehandlung und die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Verwendung von Cookies auf Homepages berücksichtigt.

5., geänderte Auflage der DKG-Arbeitshilfe »Beratungs- und Formulierungshilfe Kooperationsverträge«

Seit dem Erscheinen der 4. Auflage der DKG-Arbeitshilfe »Beratungs- und Formulierungshilfe Kooperationsverträge« im Jahr 2005 bestand aufgrund aktueller Entwicklungen in der Rechtsprechung und Gesetzesänderungen ein Überarbeitungsbedarf. In der 5. Auflage wurden die allgemeinen Hinweise entsprechend angepasst wie zum Beispiel der Bereich der Personalüberlassung. Die bisherigen Vertragsmuster (Mustergerätenutzungsvertrag, Kooperationsvertrag anästhesiologische Versorgung und Arzneimittelversorgungsvertrag) wurden unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen überarbeitet. Neu aufgenommen wurden ein Vertragsmuster für das Outsourcing von Krankenhausbereichen und die Musterverträge zu Kooperationen im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

MD-Prüfungen im Krankenhaus

2021 sind weitere Vorgaben des MDK-Reformgesetzes vom 19. Dezember 2019 umgesetzt worden.

Strukturprüfungen nach § 275d SGB V

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) hat nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Mai 2021 die Richtlinie zu regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V veröffentlicht. Zudem stellt der MDS einen fortlaufend aktualisierten Begutachtungsleitfaden zur Verfügung, der ergänzend zur Richtlinie durch Handlungsanweisungen an die einzelnen Medizinischen Dienste eine bundesweit einheitliche Durchführung der Strukturprüfungen sicherstellen soll. Die Ausführungen des MDS sowohl in der Richtlinie als auch im Begutachtungsleitfaden haben teilweise jedoch eine Vielzahl von Fragen aufseiten der Kranken-



Die für das Jahr 2021 festgelegte Prüfquote in Höhe von 12,5 Prozent wurde trotz fortdauernder COVID-19-Pandemie, anders als im Jahr 2020, nicht abgesenkt.

häuser hervorgerufen. Um zu den dringendsten Fragen eine Hilfestellung zu geben, hat die AG »MDK« der DKG unter Mitarbeit des Dezernats Medizin I Hinweise zur Durchführung von Strukturprüfungen erarbeitet und den Krankenhäusern nebst einem Muster für die Einlegung eines Widerspruchs gegen das Ergebnis der Strukturprüfungen zur Verfügung gestellt.

MD-Prüfungen allgemein

Die durch das »Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite« für das Jahr 2021 festgelegte Prüfquote in Höhe von 12,5 Prozent wurde trotz fortdauernder COVID-19-Pandemie, anders als im Jahr 2020, nicht abgesenkt. Diese für alle Krankenhäuser einheitlich geltende Prüfquote wird 2022 durch die krankenhaushausindividuelle, quartalsbezogene Prüfquote abgelöst.

Zur im Jahr 2021 noch geltenden Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) 2016 hat das Bundessozialgericht mit mehreren Urteilen vom 18. Mai 2021 entschieden, dass der Fristenregelung zur Unterlagenübersendung nach § 7 Abs. 2 PrüfvV sowie zur Datensatzkorrektur nach § 7 Abs. 5 PrüfvV Präklusionswirkung zukommt. Es hat allerdings auch ausdrücklich klargestellt, dass sich diese Präklusionswirkung nur darauf bezieht, dass vom MD angeforderte, aber nicht fristgerecht vorgelegte Unterlagen nicht zur Begründung des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses herangezogen werden können. Der Vergütungsanspruch an sich geht durch die nicht fristgerechte Unterlagenübermittlung jedoch nicht unter, sondern könne weiterhin gerichtlich geltend gemacht werden.

Vereinbarungen aufgrund der Corona-Pandemie

Bereits 2019 haben GKV-Spitzenverband und DKG eine Übergangsvereinbarung zur PrüfvV geschlossen, die die essenziellen Verfahrensfristen der PrüfvV an die Neuerungen des MDK-Reformgesetzes angepasst hat. Aufgrund der auch 2021 bestehenden Belastungen durch die fortdauernde COVID-19-Pandemie wurde die bereits 2020 abgeschlossene Ergänzungsvereinbarung zur PrüfvV erneut fortgeschrieben. Ziel dieser Ergänzungsvereinbarung bzw. der Fortschreibungen war die weitere Entlastung der Krankenhäuser und der Krankenkassen durch eine großzügige Verlängerung der vom Krankenhaus einzuhaltenden Frist für die

Übersendung von Unterlagen, die der MD im Rahmen einer Prüfung angefordert hat, sowie für die von der Krankenkasse einzuhaltende Frist zur Erteilung ihrer leistungsrechtlichen Entscheidung. Die zweite Fortschreibung lief ersatzlos am 30. Juni 2021 aus, sodass die Fristen für die Vornahme von Verfahrenshandlungen wieder auf den Stand der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Übergangsvereinbarung zurückgeführt wurden.

Überarbeitung der PrüfvV

Trotz intensiver Verhandlungen haben sich GKV-Spitzenverband und DKG nicht auf eine Überarbeitung der bestehenden Fassung der PrüfvV zur Umsetzung der durch das MDK-Reformgesetz vorgenommenen Neuregelungen im Bereich der Abrechnungsprüfung einigen können. Streitpunkte in den Verhandlungen waren insbesondere die Ausgestaltung und die Wirkung des einzelfallbezogenen Erörterungsverfahrens nach § 17c Abs. 2b KHG, die Ausgestaltung möglicher Ausnahmen vom Verbot der Rechnungskorrektur und der Aufrechnung sowie die Neuregelung von Konsequenzen fehlender oder unvollständiger Unterlagenübermittlung. Daher wurde im Spitzengespräch am 12. März 2021 das Scheitern der Verhandlungen erklärt, was zur Folge hatte, dass am 28. April 2021 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG sowohl vom GKV-Spitzenverband als auch von der DKG mit getrennten Anträgen angerufen wurde. Nach zweitägiger Verhandlung hat die Schiedsstelle am 22. Juni 2021 durch Beschluss eine überarbeitete Fassung der PrüfvV festgesetzt. Kernpunkte der Festsetzung sind die Begrenzung der Notwendigkeit zur Durchführung eines einzelfallbezogenen Erörterungsverfahrens auf Fälle, in denen eine MD-Prüfung der streitigen Rechnung durchgeführt wurde, und als deren Konsequenz die Aufrechterhaltung des bekannten Falldialogs, wobei die Möglichkeit der Rechnungskorrektur im Vorverfahren entfällt. Die Möglichkeit der Rechnungskorrektur und der Aufrechnung wird auf die gesetzlich vorgegebenen Fälle begrenzt, lediglich erweitert um einen Katalog zulässiger, für die Aufrechterhaltung des Systems der Abrechnungsprüfung erforderlicher Rechnungskorrekturatbestände. Letztlich finden sich als Neuerung in der PrüfvV Regelungen zur Ausgestaltung des einzelfallbezogenen Erörterungsverfahrens sowie der zum Nachweis der



Durchführung dieses Verfahrens erforderliche Dokumentationsbogen. Die überarbeitete PrüfvV tritt zum 1. Januar 2022 in Kraft und gilt für die MD-Prüfung von Fällen von Patienten mit Behandlungsbeginn ab dem 1. Januar 2022.

Weiterhin haben GKV-Spitzenverband und DKG den gesetzlichen Auftrag aus § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG erfüllt und »Gemeinsame Umsetzungshinweise« zur PrüfvV erarbeitet. Diese wurden noch im Dezember 2021 zur Verfügung gestellt. Sie erläutern insbesondere die geänderten Regelungen der überarbeiteten PrüfvV. Da die Ausführungen in den »Gemeinsamen Umsetzungshinweisen« lediglich die übereinstimmenden Auffassungen von GKV-Spitzenverband und DKG zu den Regelungen der überarbeiteten PrüfvV abbilden sollen, wurde auf eine Darstellung der bestehenden Auslegungsdifferenzen zwischen GKV-Spitzenverband und DKG bewusst verzichtet.

Corona

Abfrage des Impfstatus durch Arbeitgeber

Aufgrund der Anfragen, ob Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Ambulanzen usw. als Arbeitgeber den Impf- und Serostatus ihrer Beschäftigten und Bewerber bezüglich übertragbarer Krankheiten wie Corona erfragen dürfen, hat die DKG diese Fragen auf der Grundlage von § 23a i. V. m. § 23 Abs. 3 IfSG geprüft und die Abfragemöglichkeiten als zulässig erachtet. Dies gilt für die Einrichtungen insgesamt, unabhängig von der jeweiligen Berufsgruppe.

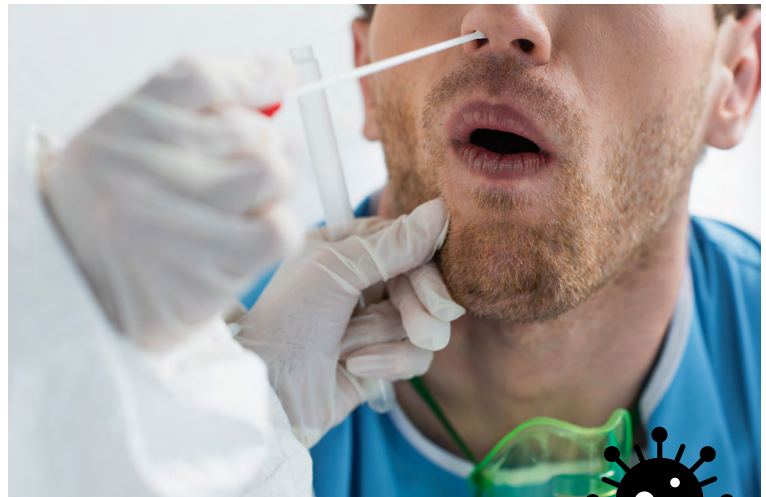
Umfangreiche Testpflichten vor dem »Betreten von Krankenhäusern« für Arbeitgeber, Beschäftigte und Besucher

Durch das »Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze« wurden in § 28b IfSG umfangreiche Testpflichten für Arbeitgeber, Beschäftigte sowie Besucher von Krankenhäusern eingeführt. Auf dieser Grundlage dürfen Krankenhäuser nur mit aktuellen Testnachweisen betreten werden, was im Wesentlichen auch für geimpfte und genesene Beschäftigte gilt. Des Weiteren wurde die Verpflichtung zur Erstellung von Testkonzepten gesetzlich verankert. Die DKG hat hierzu umfangreiche Umsetzungshinweise erarbeitet.

Abrechnung und Wahlleistungsfähigkeit von Corona-Testungen

Im zweiten Pandemiejahr hatte sich die DKG-Geschäftsstelle verstärkt mit Rechtsfragen im Zusammenhang mit der rechtskonformen Abrechnung von in Krankenhäusern vorgenommenen Corona-Testungen, sowohl

als Bestandteil allgemeiner Krankenhausleistungen als auch mit deren Wahlleistungsfähigkeit, zu befassen. Insbesondere galt es dabei, Widersprüchlichkeiten zwischen den gesetzlichen Abrechnungsgrundlagen und den Regelungen der Coronavirus-Testverordnung aufzulösen. Im Rahmen mehrerer Sitzungen der Ad-hoc-AG »Corona-Testung« konnte die Geschäftsstelle verschiedene Fallkonstellationen abstimmen, in denen eine Abrechnung des Tests mittels des Zusatzentgelts nach § 26 KHG und nach den Regelungen der Testverordnung möglich ist. Auch zur Frage der Wahlleistungsfähigkeit von Corona-Testungen und der daraus resultierenden Möglichkeit, diese als ärztliche Wahlleistung zu vereinbaren und gesondert nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen, konnte die Geschäftsstelle in den AG-Beratungen Fallkonstellationen herausarbeiten. Diese Arbeitsergebnisse, die auch vom Fachausschuss »Recht und Verträge« der DKG



mitgetragen wurden, hat mittlerweile auch das BMG in entsprechenden Schreiben an die DKG-Geschäftsstelle sowie seinen »Erläuterungen zu praxisrelevanten Fragestellungen zur Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen im Zusammenhang mit Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vom 21. Juni 2021« bestätigt.

Verlängerung coronabedingter Maßnahmen zum Zwecke des Infektionsschutzes und der Entlastung des Gesundheitswesens

Bedingt durch das Fortbestehen der Corona-Pandemie wurden viele der bereits im Jahr 2020 getroffenen Maßnahmen zum Zwecke des Infektionsschutzes und der Entlastung des Gesundheitswesens im Jahr 2021 kontinuierlich fortgeführt und verlängert. Dazu gehören insbesondere:

- die Fortführung der »2. Ergänzungsvereinbarung zur Rahmenvereinbarung über die Behandlung von



Auch Krankenhäuser können, je nach der zugrunde liegenden Rechtsform ihrer Trägerschaft, dem Erfordernis einer Eintragung in das Transparenzregister unterliegen.

Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung« mit der Verkürzung der Zahlungsfrist auf zehn Tage sowie der Verlängerung der Frist zur Abrechnungsprüfung auf zwölf Wochen

- die Anpassung der Regularien zur Verordnung im Entlassmanagement an die betreffenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und insbesondere die Fortführung der Möglichkeit, bei Arzneimittelverordnungen auch Packungsgrößen bis zum größten Packungsgrößenkennzeichen zu verordnen
- die weitere Begleitung des bereits im Jahr 2020 mit dem GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), abgestimmten bundeseinheitlichen Verfahrens zur Umsetzung der von der DKG geforderten Regelung zur Abrechnung ausländischer COVID-19-Patienten gemäß § 219a Abs. 6 SGB V und insbesondere die Maßnahmen zur Beibehaltung dieser Regelung bis Ende des Jahres 2021

wird, hat die Geschäftsstelle für die Bereiche Datenschutz, Beauftragte im Krankenhauswesen und Antikorruption Muster-Rechtspflichtenkataster zur Verfügung gestellt, die den Krankenhäusern nach Anpassung etwaiger landesrechtlicher Bestimmungen zur Verfügung gestellt werden können. Dabei wurde der Begriff »Rechtspflichtenkataster« gewählt, um zu verdeutlichen, dass in den sehr komplexen Rechtsbereichen eine Reduzierung auf die Darstellung der Rechtspflichten samt dazugehörigen Sanktionen erfolgt ist.

Transparenzregister

Seit dem 1. August 2021 ist ein Eintrag in das sogenannte Transparenzregister für transparenzpflichtige Rechtseinheiten, wie juristische Personen des Privatrechts sowie eingetragene Personengesellschaften, verpflichtend. Auch Krankenhäuser können, je nach der zugrunde liegenden Rechtsform ihrer Trägerschaft, dem Erfordernis einer Eintragung in das Transparenzregister unterliegen.

Elektronische Patientenakte (ePA) – Formulare zur Umsetzung von Informationspflichten

Durch die elektronische Patientenakte werden unterschiedliche Informationspflichten der Krankenhäuser gegenüber Patienten ausgelöst, die – insbesondere im Rahmen der Aufnahme – eine Anpassung des Formularwesens bedeuten. Zur Umsetzung in der Praxis hat die DKG im Mitgliederbereich entsprechende Muster zur Verfügung gestellt.

Rechtspflichtenkataster

Unter einem Rechtspflichtenkataster versteht man die Sammlung aller Rechtsanforderungen, die für eine Organisation besondere Relevanz haben. Ein Rechtspflichtenkataster soll die relevanten Gesetze und Verordnungen aufzeigen, von denen ein Unternehmen maßgeblich betroffen ist. Es hilft damit maßgeblich bei der organisationsspezifischen Erfüllung bindender Pflichten. Da auch für den Krankenhausbereich die Notwendigkeit von Rechtspflichtenkatastern diskutiert

EU-Whistleblower-Richtlinie

Die Umsetzung der Richtlinie (EU) 2019/1937 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2019 zum Schutz von Personen, die Verstöße gegen Unionsrecht melden, in deutsches Recht ist zum 17. Dezember 2021 unterblieben. Der Referentenentwurf des deutschen Hinweisgeberschutzgesetzes konnte nicht geeint werden. In der Richtlinie geht es im Wesentlichen darum, potenziellen Hinweisgebern die Möglichkeit zu geben, etwaige Verstöße gegen Unionsrecht über drei denkbare Hinweisgebersysteme zu melden: den »internen Meldekanal« im Unternehmen, den »externen Meldekanal« als benannte Anlaufstelle im EU-Mitgliedstaat sowie als dritte Möglichkeit den Weg der Veröffentlichung. Die Richtlinie gilt für Beschäftigungsgeber und Dienststellen, die als juristische Personen des privaten und öffentlichen Sektors organisiert sind. Krankenhäuser sind nicht explizit aus dem Anwendungsbereich herausgenommen. Da nicht auszuschließen ist, dass zumindest Teile der Richtlinie trotz fehlender Umsetzung Anwendung finden können, ist es ratsam, »interne Meldekanäle« samt Meldeverfahren zu implementieren, wobei die



Richtlinie die Nichtetablierung nicht sanktioniert. Es bleibt abzuwarten, wie die Umsetzung der Richtlinie in der neuen Legislatur erfolgt.

Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz

Ziel des Lieferkettensorgfaltspflichtengesetzes (LkSG) ist es, die Einhaltung von Menschenrechten und umweltbezogenen Pflichten in globalen Lieferketten sicherzustellen. Dazu sollen in Deutschland ansässige Unternehmen ab einer bestimmten Größe verpflichtet werden, ihrer Verantwortung in der Lieferkette durch die Implementierung von Sorgfaltspflichten besser nachzukommen. Das LkSG gilt ab dem 1. Januar 2023 für Unternehmen, die in der Regel mindestens 3.000 Arbeitnehmer beschäftigen. Ab dem 1. Januar 2024 findet es Anwendung auf Unternehmen mit mindestens 1.000 Arbeitnehmern. Dabei sind keine Bereichsausnahmen vorgesehen. Anknüpfungspunkt für die Anwendbarkeit ist allein die Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer. Krankenhäuser fallen daher in den Anwendungsbereich des LkSG und sind sogar stark betroffen. Zahlreiche Produkte, die im Krankenhaus Verwendung finden, werden ausschließlich im Ausland hergestellt. Aufgrund der vollständig ins Ausland verlagerten Produktionsstätten gibt es aber kaum bis gar keine Möglichkeiten, den Einkaufsprozess anders zu organisieren. Eine Verletzung der Pflichten des LkSG ist mit erheblichen Bußgeldern belegt. Erste Beratungen in den zuständigen Gremien der DKG haben ergeben, dass 2022 zur Unterstützung der Krankenhäuser bei der Umsetzung des Gesetzes neben einem Schreiben an die Politik, in dem auf die Problemlage der Krankenhäuser hingewiesen wird, auch Gespräche mit der Industrie über vertragliche Zusicherungen geführt werden sollen. Darüber hinaus soll zu gegebener Zeit die zuständige Aufsichtsbehörde, das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA), um konkrete Handreichungen und Leitlinien speziell für den Krankenhausbereich gebeten werden.

Kooperationsverträge Hebammenausbildung

Im Rahmen des Hebammenstudiums sind von der studierenden Person Praxiseinsätze bei freiberuflichen Hebammen oder hebammengeleiteten Einrichtungen zu absolvieren. Da gemäß § 16 Abs. 2 Hebammengesetz für die Durchführung dieser Praxiseinsätze eine Vereinbarung zwischen der für die Durchführung des berufspraktischen Teils des Studiums verantwortlichen Praxiseinrichtung und der Hebamme bzw. der hebammengeleiteten Einrichtung zu schließen ist, hat die DKG ein Muster für eine

solche Kooperationsvereinbarung erarbeitet. Dieses Muster wurde unter Einbeziehung des Netzwerks der Geburtshäuser mit dem Deutschen Hebammenverband abgestimmt und den Krankenhäusern im Mai 2021 zur Verfügung gestellt.

Online-Recherche-Portal juris – kostenlose Testphase für den Krankenhausbereich

Nach Verhandlungen zwischen dem Rechtsrecherche-Portal juris und der DKG zwecks Abschlusses eines Rahmenvertrags zu Sonderkonditionen hat juris den Mitgliedsverbänden der DKG und sämtlichen angeschlossenen Krankenhäusern eine kostenlose dreimonatige Testphase gewährt. Die weiteren Verhandlungen über dauerhafte Sonderkonditionen sind noch nicht abgeschlossen.

Dezernatsübergreifende Beratungsleistungen

- Begleitung der Verhandlungen zur MDK-Qualitätskontrollrichtlinie des G-BA nach § 137 Abs. 3 SGB V
- Begleitung des Vergabeverfahrens zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einfachen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs gemäß § 137k SGB V
- Begleitung der Beratungen zu einem Beschluss des G-BA über eine Richtlinie zur Anforderung an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Abs. 5 SGB V (ATMP-QS-RL)
- Begleitung der dreiseitigen Verhandlungen zum ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V
- Begleitung der Sitzungen des Schlichtungsausschusses Bund gemäß § 19 KHG
- Begleitung der Verhandlungen zu unterschiedlichen Änderungen des Rahmenvertrags im Entlassmanagement
- Begleitung unterschiedlicher Verhandlungen zur pandemiegerechten Adjustierung des Krankenhausvergütungssystems sowie zur Umsetzung der Verordnung der Pflegepersonaluntergrenzen
- Begleitung des Vergabeverfahrens zur Ausschreibung der Aufgaben der Neurodienststelle nach § 9c TPG, einschließlich der Erstellung und Abstimmung mustervertraglicher Regelungen für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen der Neurodienststelle und am konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst teilnehmenden Krankenhäusern





- Begleitung der Verhandlungen zur Umsetzung der elektronischen Datenübermittlung bei der Direktabrechnung in der Beihilfe
- Begleitung der Verhandlungen zur Umsetzung des elektronischen Entlassberichts bei der Behandlung von Patienten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- Begleitung der Verhandlungen zur Einführung des elektronischen OP-Berichts bei der Behandlung von Patienten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- Begleitung der Verhandlungen zur Vereinbarung über das Nähere der Dokumentation in der Übergangspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 5 SGB V
- Begleitung der Verhandlungen zur Aktualisierung des Vertrags zur Beauftragung einer Vermittlungsstelle im Transplantationswesen nach § 12 Abs. 4 TPG
- Begleitung der Verhandlungen zur Aktualisierung des Vertrags über die Kooperation im Transplantationswesen
- Begleitung der Verhandlungen einer Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V zu einer »berufsgruppen übergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf«
- Begleitung der Verhandlungen einer Richtlinie zur Ersteinschätzung von Notfällen nach § 120 Abs. 3b SGB V
- Begleitung der Überarbeitung der DKG-Empfehlung zur pflegerischen Fachweiterbildung
- Begleitung der Überarbeitung der DKG-Empfehlung für die Weiterbildung zur Praxisanleitung
- Begleitung der Beratungen im Unterausschuss »Bedarfsplanung« zu den Regelungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V – 30-minütige Verfügbarkeit – Rufbereitschaft

→ zurück zum Inhaltsverzeichnis





MEDIZIN I



Die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme für 2022, wie des G-DRG-Systems, war erneut durch pandemiebedingte Einschränkungen der Datenzusammenstellung und Datenlieferung geprägt.

Im Berichtsjahr 2021 waren die Arbeiten des Dezernats V (Medizin I) wesentlich von der Umsetzung neuer gesetzlicher Regelungen geprägt. Dazu zählten die Prüfung von Strukturmerkmalen, die Einführung der Einschätzung des Beatmungsstatus, die B-BEP-Abchlagsvereinbarung sowie das AOP-Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen, der Innovationsfonds und die Unterstützung der Erarbeitung von Regelungen zu besonderen Aufgaben von Zentren waren weitere Schwerpunkte.

Pflege und Weiterentwicklung des pauschalierenden Vergütungssystems (G-DRG-System)

G-DRG-System

Die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme für 2022 war erneut durch pandemiebedingte Einschränkungen der Datenzusammenstellung und Datenlieferung geprägt. Dank des großen Engagements aller Beteiligten konnte am 3. September 2021 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den Vertragspartnern nach § 17b KHG fristgerecht das G-DRG-System für das Jahr 2022 präsentieren.

Wie in jedem Jahr hat das DRG-System vielfältige Änderungen erfahren. Die Gesamtzahl der DRG hat sich mit insgesamt 1.292 im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht. Für 2022 erfolgte lediglich eine zurückhaltende Überarbeitung der CCL-Matrix. Im Fokus standen insbesondere die sachgerechte Abbildung von COVID-19-Patienten im Entgeltsystem 2022 sowie die Integration des medizinischen Fortschritts und die Korrektur klassifikatorischer Unstimmigkeiten.

Die für den OPS-Katalog 2022 in der AG OPS erfolgte Einigung auf eine grundlegende Überarbeitung der OPS-Kodes für die Abbildung der zytostatischen Chemotherapie ist von großer Bedeutung, da diese Codes vor allem in der MDC 17 »Hämatologische und solide Neubildungen« von hoher Erlösrelevanz sind.

Nachdem sich die Vertragsparteien auf Bundesebene nicht auf eine Vereinbarung über die Entgeltkataloge nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KHEntG für das

DRG-Vergütungssystem 2022 hatten verständigen können, wurden die Entgeltkataloge für die DRG-Krankenhäuser im Rahmen einer Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) festgesetzt.



PEPP

Die Selbstverwaltungspartner haben im September mit der PEPP-Version 2022 nunmehr die zehnte Fassung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen beschlossen. Wie bereits in den vergangenen Jahren sind erneut keine grundlegenden Änderungen des PEPP zu verzeichnen. Zudem bleiben die Inhalte und der strukturelle Aufbau des Vergütungssystems weitestgehend unverändert. Neben weiteren Dezernaten war das Dezernat V (Medizin I) an den Beratungen über die Anpassung des Entgeltsystems beteiligt.

Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen (ICD, OPS)

Medizinische Klassifikationen dienen unter anderem der Abbildung des Diagnosen- und Leistungsspektrums der Krankenhäuser. Zur Dokumentation von Diagnosen wird in Deutschland die ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification) eingesetzt. Zur Abbildung von Operationen und anderen medizinischen Prozeduren dient die für Deutschland als »Operationen- und Prozedurenschlüssel« (OPS) herausgegebene Prozedurenklassifikation.



Die DKG vertrat in zahlreichen Sonderberatungsterminen und schriftlichen Abstimmungsverfahren zur Abbildung spezieller medizinischer Sachverhalte auch 2021 die Interessen der Krankenhäuser.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) entwickelt im Auftrag des BMG jährlich die Klassifikationen weiter. Das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), dem alle maßgeblichen Organisationen und Institutionen des deutschen Gesundheitswesens angehören, berät mit seinen Arbeitsgruppen das BfArM bei der Pflege und Weiterentwicklung der amtlichen Klassifikationen im Gesundheitswesen. Die abschließende Entscheidung obliegt jedoch allein dem BfArM bzw. dem BMG. Das Dezernat V stellt zwei Mitglieder des KKG und vertritt in den Arbeitsgruppen des KKG die Interessen der Krankenhäuser.

Aufgrund der enormen Fülle jährlich eingehender Änderungsvorschläge zur Weiterentwicklung von ICD-10-GM und OPS waren zur Vorbereitung der Beratungen umfangreiche Recherchen und Vorarbeiten erforderlich. Weiterhin vertrat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in zahlreichen Sonderberatungsterminen und schriftlichen Abstimmungsverfahren zur Abbildung spezieller medizinischer Sachverhalte die Interessen der Krankenhäuser.

Die gemäß § 275d SGB V im Jahr 2021 erfolgte Differenzierung bereits gültiger Mindestmerkmale in krankenhausbezogene Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale in einer Vielzahl von OPS-Kodes führte im Berichtsjahr erneut zu intensiven und kontroversen Diskussionen, da durch die hier getroffenen Regelungen Krankenhäuser als Voraussetzung für die Abrechenbarkeit entsprechender Leistungen bereits im Vorfeld die Einhaltung der krankenhausbezogenen Strukturmerkmale durch den Medizinischen Dienst (MD) begutachten lassen müssen. Die DKG hat mehrfach auf erhebliche Diskrepanzen zwischen den im OPS formulierten Vorgaben und den diesbezüglichen weit darüber hinausgehenden Anforderungen in dem Begutachtungsleitfaden zur »Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V in Verbindung mit § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V« des MD, auf dessen Grundlage die Strukturprüfungen erfolgen sollen, hingewiesen. Das BfArM hat auf Anweisung des BMG am 14. Oktober 2021 diesbezügliche Klarstellungen veröffentlicht.

Weitere zentrale Themen waren abermals die beiden OPS-Kodes 1-717 »Feststellung des Beatmungstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials«



sowie inhaltliche Anpassungen des OPS-Kodes 8-718 »Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung«. Für den OPS-Kode 8-718 konnte die Spezifizierung des Strukturmerkmals »Beatmungsentwöhnungseinheit« im Code 8-718.9 »Prolongierte Beatmungsentwöhnung« auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungseinheit vereinbart werden. Sehr zu begrüßen ist die Streichung des streitbehafteten Strukturmerkmals »Die Ärzte des Teams sind in der Intensivmedizin/pädiatrischen Intensivmedizin erfahren und kennen die aktuellen Probleme ihrer Patienten« in den OPS-Kodes 8-980 »Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)«, 8-98d »Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)« und 8-98f »Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)«. Darüber hinaus konnte nach einem langjährigen Prozess die umfassende Überarbeitung und Neustrukturierung des Codebereichs 8-54 »Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie« abgeschlossen werden. Zu begrüßen ist auch die Neuaufnahme der Fünfsteller 1-991.1 »Molekulargenetische Identifikation von krankheitsspezifischen Markern für die Bestimmung der Resttumorlast (Minimal Residual Disease [MRD])« und 1-991.2 »Krankheitsspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD-Monitoring)« in den OPS-Katalog, wodurch bestehende Abbildungslücken geschlossen wurden. Darüber hinaus erfolgte neben der Anpassung



sung/Aufnahme der Begriffe »ärztliche Behandlungsleitung«, »Einheit« sowie »werktätlich«, »werktags«, »arbeitstäglich« in die Hinweise zur Benutzung des OPS die Aufnahme der »Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V« in den Anhang des OPS.

Strukturprüfung gemäß § 275d SGB V

Des Weiteren leistete das Dezernat V die Zuarbeit für die Stellungnahme zur MDS-Richtlinie zur »Regelmäßigen Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V«. Im Austausch mit dem BfArM wurden weiterhin die Festlegung von Strukturmerkmalen sowie deren Auslegung im Begutachtungslauf des MD zur Strukturprüfung intensiv diskutiert. Mit dem »Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite« wurden Ausnahmen von Prüfungen der Krankenhausbehandlung und von Prüfungen von Strukturmerkmalen gemäß § 25 KHG eingeführt und im weiteren Verlauf des Berichtsjahres bis ins Jahr 2022 verlängert.

Deutsche Kodierrichtlinien (DKR) 2022 und Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022

Kodierrichtlinien sorgen für eine einheitliche Verschlüsselung gleicher medizinischer Fallkonstellationen und tragen hierdurch zu einer sachgerechten Eingruppierung in die aDRGs bzw. ins PEPP bei. Dies macht sie neben den Klassifikationen selbst zu einer der wichtigsten Grundlagen für die leistungsgerechte Vergütung. Die Weiterentwicklung der Kodierrichtlinien erfolgt in der AG »Klassifikation« der Selbstverwaltung mit Unterstützung von Vertretern des InEK, der Bundesärztekammer (BÄK) und des Deutschen Pflegerats. Um Abrechnungskonflikte zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu reduzieren, stehen in der AG »Klassifikation« die inhaltliche Klarstellung der Kodierrichtlinien sowie die Anpassung an den medizinisch-technischen Fortschritt im Vordergrund.

Vor dem Hintergrund der im Jahr 2020 getroffenen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bund nach § 19 KHG waren die Anpassungen der DKR für das Jahr 2022 im Wesentlichen geprägt durch die Berücksichtigung der als Kodierregeln geltenden Schlichtungssprüche in den DKR. Dies umfasste die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bund zu 69 zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincon-

trolling strittigen Kodierempfehlungen (KDE) sowie die auf einen Antrag getroffene Entscheidung zur Kodierung des erworbenen Fibrinogenmangels. In mehreren Verhandlungsrunden in der AG »Klassifikation« einigte man sich im Ergebnis darauf, die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bund mit den zugrunde liegenden Fragestellungen in den DKR lediglich zu zitieren. Während ein Teil der Entscheidungen in den inhaltlich zutreffenden Kapiteln der DKR unter einer neuen Überschrift oder innerhalb einer bereits bestehenden Kodierrichtlinie zitiert wird, finden sich Entscheidungen, über deren Verortung kein Konsens zu erzielen war oder für die aus anderen Gründen eine inhaltliche Zuordnung nicht sinnvoll erschien, im Anhang C der DKR.

Über die Einarbeitung der Schlichtungssprüche hinaus wurden nur wenige Anpassungen in den DKR für das Jahr 2022 vorgenommen. Als eine wesentliche Änderung ist die Anpassung der DKR 0103 »Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie« zu nennen, mit der durch die Vorgaben zur Kodierung des Kodes R65.0! »Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen« eine Angleichung an die Sepsisdefinition gemäß den Sepsis-3-Kriterien umgesetzt und damit eine Klarstellung im Hinblick auf zahlreiche streitbehaftete Auslegungen vorgenommen wurde.

Vereinbarung zu Abschlagen bei Nichteinschätzung des Beatmungsstatus/Beatmungsentwöhnungspotenzials und bei fehlender Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung (B-BEP-Abschlagsvereinbarung)

Der Gesetzgeber hat mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 festgelegt, dass gemäß § 39 Abs. 1 Satz 6 SGB V bei beatmeten Patienten eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung oder vor der Verlegung bzw. Entlassung in die außerklinische Intensivpflege durchzuführen ist. Des Weiteren wurde in § 39 Abs. 1a Satz 7 SGB V neu geregelt, dass im Rahmen des Entlassmanagements auch eine erforderliche Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung in einem anderen Krankenhaus vorzunehmen ist. Krankenhäuser, die eine Einschätzung des Beatmungsstatus nicht vornehmen bzw. eine erforderliche Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung nicht verordnen, haben gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 8 a) und b) KHEntgG einen Rechnungsabschluss zu zahlen. Für die Erhebung des Beatmungsstatus hatte das BfArM den OPS-Kode 1-717 »Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials« in den OPS 2021 eingeführt.



Der Innovationsfonds nach § 92a SGB V wurde im Jahr 2015 aufgelegt, um die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung qualitativ weiterzuentwickeln.

Die Verhandlungen dieser Abschlüsse nach § 9 Abs. 1a Nr. 8 a) und b) KHEntgG hat seitens der DKG das Dezernat V geführt. Die Verhandlungen wurden am 23. März 2021 aufgenommen. Die B-BEP-Abschlagsvereinbarung wurde am 26. Oktober 2021 unterzeichnet und sollte zum 1. Januar 2022 in Kraft treten. Im Hinblick auf die anhaltende Belastung der Krankenhäuser durch die andauernde COVID-19-Pandemie haben sich die Vertragsparteien auf Bestreben der DKG auf eine Verschiebung des Inkrafttretens auf den 1. April 2022 verständigt. Eine entsprechende Änderungsvereinbarung wurde am 6. Dezember 2021 unterzeichnet und trat am 15. Dezember 2021 in Kraft.

Die Abschlagsvereinbarung regelt die Voraussetzungen und die Höhe der zwei Abschlüsse nach § 9 Abs. 1a Nr. 8 a) und b) KHEntgG für den Abschlag bei Nichteinschätzung des Beatmungsstatus sowie den Abschlag bei fehlender Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung. Neben den Voraussetzungen für die Erhebung des Beatmungsstatus und der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung werden insbesondere auch Ausnahmen für beatmete Patienten berücksichtigt, bei denen eine Einschätzung des Beatmungsstatus nicht erforderlich ist, beispielsweise wegen einer bestehenden Grund- oder Begleiterkrankung. Des Weiteren sind Regelungen zur Art und Weise der Übermittlung einer Feststellung des Beatmungsstatus und der entsprechenden Ausnahmen sowie der Verordnung zur Anschlussversorgung enthalten.

Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe

AOP-Katalog 2022

Das Dezernat V hat erneut die für die Katalogverhandlungen erforderlichen Unterlagen erarbeitet und den Vertragspartnern frühzeitig zur Abstimmung zur Verfügung gestellt. Die Konsentierung des AOP-Katalogs 2022 erfolgte zeitgerecht, sodass er zum 1. Januar 2022 in Kraft treten konnte. Mit Blick auf die gesetzlich für 2022 vorgesehene inhaltliche Überarbeitung und Erweiterung des AOP-Katalogs, die auf Basis des Gut-

achtens gemäß § 115b Abs. 1a SGB V zu erfolgen hat, haben die Vertragsparteien sich darauf verständigt, nur die notwendige OPS-Überleitung auf den OPS 2022 im AOP-Katalog vorzunehmen. Neben der regulären Überleitung der Codes auf den OPS Version 2022 wurden daher absprachegemäß keine darüber hinausgehenden weiteren Leistungen für die Aufnahme in den Katalog vorgeschlagen.

AOP-Gutachten gemäß § 115b Abs. 1a SGB V

Gemäß § 115b Abs. 1a SGB V haben der GKV-Spitzenverband, die DKG und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam ein Gutachten zu vergeben, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationärsersetzenden Eingriffen und stationärsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Der Zuschlag zur Erstellung des Gutachtens wurde im Dezember 2020 der IGES Institut GmbH, Berlin, als Bewerbergemeinschaft mit der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs-GmbH erteilt. Mit Leistungsbeginn im Januar 2021 hatte der Gutachter nunmehr ein Jahr Zeit für die Erstellung und den Abschluss des Gutachtens. Auf Basis dieses Gutachtens soll bis zum 31. Januar 2022 ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen vereinbart werden.

Aufgrund der vom Gesetzgeber vorgegebenen engen Zeitplanung erfolgte im Dezernat V (Medizin I) eine intensive datenbasierte Vorbereitung. Diese umfasste insbesondere die Erstellung einer umfangreichen Datenbank, basierend auf Abfragen im Fachausschuss »Medizin«, Analysen von Kurzliegerfällen, Ein-Tages-DRGs, teilstationären Leistungen und SQB-Daten. Die auf diese Weise gewonnenen OPS-Kodes wurden nach Fachbereichen sortiert und bezüglich ihres AOP-Potenzials bewertet. Diese Datenbasis wurde mit präsentierten Zwischenergebnissen abgeglichen und einer kontinuierlichen Aktualisierung unterzogen. Auf Basis dieser Vorarbeiten erfolgte anschließend eine Bewertung der Ergebnisse der Gutachter.

Zudem wurde zur Unterstützung der Geschäftsstelle bei der Erarbeitung einer grundsätzlichen DKG-Positionierung und der inhaltlichen Abstimmung für die Begleitung des Gutachtens eine Arbeitsgruppe des Fachausschusses »Medizin« eingerichtet.



Die DKG hat gemeinsam mit den weiteren Vertragsparteien die Gutachtererstellung im Jahr 2021 im Rahmen regelmäßiger Sitzungen eng begleitet. Das Ergebnis des Gutachtens wird ein Vorschlag für einen erweiterten AOP-Katalog sein, der dann als Grundlage der Verhandlung über die Erweiterung des AOP-Katalogs nach § 115b Abs. 1 SGB V dienen soll.

Neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen

Unterausschuss »Ambulante spezialfachärztliche Versorgung« des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Im Unterausschuss »Ambulante spezialfachärztliche Versorgung« (UA ASV) finden unter dem Vorsitz der Unparteiischen Karin Maag und unter Beteiligung der DKG, der KBV, des GKV-Spitzenverbands sowie der Patientenvertretung Beratungen zum Themenfeld »Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V« statt.

Die »Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V« (ASV-RL) regelt grundsätzliche und übergreifende Anforderungen an die ASV. Krankheitsspezifische Anlagen ergänzen sie. Der erkrankungsspezifisch konkretisierte Behandlungsumfang bildet sich über die Leistungsbeschreibung von Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in den sogenannten Appendizes zu den jeweiligen Anlagen ab, welche jährlich an den aktuellen EBM angepasst werden. Bei der Erarbeitung neuer Anlagen ist die Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V a. F. (ABK-RL) eine wesentliche Grundlage.

Nachdem der G-BA im Dezember 2020 Anlagen zu Kopf- oder Halstumoren sowie zu neuromuskulären Erkrankungen beschlossen hatte, wurden diese im Mai 2021 im Bundesanzeiger veröffentlicht und traten somit in Kraft. Im März 2021 erfolgte die jährliche Anpassung der Appendizes an den aktuellen Stand des EBM. Die Veröffentlichung des entsprechenden Beschlusses im Bundesanzeiger erfolgte im August 2021, sodass dieser damit ebenfalls im Jahr 2021 in Kraft treten konnte.

Der UA ASV und seine Arbeitsgruppen haben sich im Jahr 2021 zudem mit der Erarbeitung von Anlagen zu Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven, zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Abs. 2 SGB V (QS-Anlage) sowie dem Beschluss zur jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen EBM befasst. Während

die Beschlüsse zu Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven sowie zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bereits im Dezember 2021 getroffen wurden, kann im Laufe des Frühjahrs 2022 mit Beschlüssen zu den weiteren Beratungsthemen gerechnet werden.

Die DKG ist im UA ASV durch Vertreter aus dem Mitgliederbereich sowie durch das Dezernat V (Medizin I) vertreten. Die vorbereitenden Arbeitsgruppen liegen ebenfalls im Zuständigkeitsbereich des Dezernats V (Medizin I).



Innovationsfonds

Der Innovationsfonds nach § 92a SGB V wurde im Jahr 2015 aufgelegt, um die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung qualitativ weiterzuentwickeln. Zu diesem Zweck wurde für die Jahre 2016 bis 2019 eine jährliche Fördersumme von 300 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Aus den Mitteln des Innovationsfonds werden Projekte zu neuen Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, sowie Projekte zur Versorgungsforschung gefördert.

Zur Umsetzung der Förderung wurde der Innovationsausschuss beim G-BA eingerichtet. Er legt unter anderem in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung fest. Der Innovationsausschuss setzt sich neben den Trägern der Selbstverwaltung im G-BA aus Vertretern des BMG und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter Beteiligung der Patientenvertretung zusammen. Den Vorsitz des Innovationsausschusses stellt der unparteiische Vorsitzende des G-BA.

Im Jahr 2019 wurde mit dem »Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation« (Digitale-Versorgung-Gesetz [DVG]) die Förderung von Projekten aus dem Innovationsfonds bis zum Jahr 2024 verlängert. Gleichzeitig wurde das jährlich verfügbare Fördervolumen auf 200 Millionen



Euro reduziert und der Förderprozess grundlegend neu geregelt.

Der Innovationsausschuss hat im Jahr 2021 themenoffene und themenspezifische Förderbekanntmachungen zur Förderung von Versorgungsforschung inklusive der Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien sowie zur Förderung neuer Versorgungsformen im zweistufigen Verfahren veröffentlicht.

Insgesamt wurden im Berichtsjahr mehr als 400 Anträge auf Förderung eingereicht und in den Gremien des Innovationsausschusses bewertet. Davon wurden 52 aus dem Bereich der Versorgungsforschung zur Förderung ausgewählt. Dies beinhaltete auch erstmals die Förderung von 23 Projekten zur Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien. Im Bereich der neuen Versorgungsformen wurden erstmals 17 Vollerträge im Rahmen des zweistufigen Förderverfahrens zur Umsetzung gefördert. Weitere 30 Ideenskizzen wurden für die Ausarbeitung von Vollerträgen ausgewählt. Mit der Entscheidung über die Förderung dieser Vollerträge kann im Laufe des Jahres 2022 gerechnet werden.

Darüber hinaus hat der Innovationsausschuss im Jahr 2021 39 Beschlüsse zu abgeschlossenen Projekten gefasst. Insgesamt wurden zu 28 Projekten zur Versorgungsforschung Beschlüsse gefasst und dabei zu zehn Projekten Empfehlungen gegeben. Zu Projek-

ten zu neuen Versorgungsformen wurden insgesamt sieben Beschlüsse gefasst und zu drei der Projekte eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen. Weitere Beschlüsse sind für das Jahr 2022 vorgesehen.

Die DKG ist im Innovationsausschuss durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Gerald Gaß und in den Fachgremien durch das Dezernat V (Medizin I) vertreten.

[→ zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)





MEDIZIN II

—

Bewertung medizinischer Verfahren im Gesundheitswesen

Der wesentliche Arbeitsschwerpunkt des Dezernats VI (Medizin II) lag auch 2021 wieder auf der fachlich-inhaltlichen Begleitung der Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einer Vielzahl von Themen aus den Bereichen der Methodenbewertung, der Disease-Management-Programme und der sogenannten veranlassten Leistungen. Grundlage der jeweiligen Beratungen sind Regelungen im SGB V, die den G-BA ermächtigen, verbindliche Richtlinien für die medizinische Versorgung gesetzlich krankenversicherter Menschen in Deutschland zu erlassen.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Mit seinen weitreichenden gesetzlich verankerten Regelungskompetenzen hat der G-BA in Bezug auf die Leistungsinhalte der gesetzlichen Krankenversicherung eine erhebliche und weiterhin wachsende Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen. Träger des G-BA sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband. Die maßgeblichen Beschlussfassungen erfolgen im Plenum, das in der Regel zweimal im Monat in öffentlicher Sitzung tagt und sich aus einem unparteiischen Vorsitzenden (Prof. Josef Hecken), zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern (Dr. Monika Lelgemann und Karin Maag), fünf Vertretern des GKV-Spitzenverbands, zwei Vertretern der DKG, zwei Vertretern der KBV und einem Vertreter der KZBV zusammensetzt. Beratend nehmen zudem Vertreter von Patientenorganisationen an den Sitzungen teil.

Ein Großteil der Beschlüsse wird in Unterausschüssen (UAs) und daran angeschlossenen Arbeitsgruppen vorbereitet. Der G-BA wird zudem in seiner Arbeit vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen seiner gesetzlich zugewiesenen Aufgaben unterstützt.

Die DKG ist in der Mehrzahl der Unterausschüsse durch Mitglieder kontinuierlich vertreten. Innerhalb der Geschäftsstelle liegen die Zuständigkeiten für die Unterausschüsse »Methodenbewertung«, »Disease-Management-Programme« und »Veranlasste Leistungen« beim Dezernat VI (Medizin II), für den Unterausschuss »Arzneimittel« beim Dezernat I (Personalwesen und Krankenhausorganisation), für den Unterausschuss »Qualitätssicherung« beim Dezernat VII

(Qualitätssicherung/Transplantationsmedizin/Psychiatrie), für den Unterausschuss »Ambulante spezialfachärztliche Versorgung« beim Dezernat V (Medizin I) und für den Unterausschuss »Bedarfsplanung« beim Dezernat II (Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung). Die Federführung und Zuständigkeit für alle außerhalb der Unterausschüsse laufenden Aktivitäten (z. B. Geschäftsordnung, Verfahrensordnung) liegen beim Dezernat VI (Medizin II).

Arbeitsgruppe »Geschäftsordnung/Verfahrensordnung des G-BA«

Diese Arbeitsgruppe ist für die Geschäftsordnung (GO) und die Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA zuständig. Sie regelt die grundsätzlichen Arbeitsweisen des G-BA mit seinen formalen Abläufen und methodischen Vorgaben und ist dem Plenum direkt unterstellt. Die Arbeitsgruppe hat im Jahr 2021 unter anderem folgende Änderungen der GO und VerfO erarbeitet, die vom Plenum beschlossen wurden:

- Anpassungen bei der Bewertung medizinischer Methoden aufgrund der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte
- Verlängerung des Vorliegens besonderer Umstände – Corona-Pandemie
- Anpassung der Höhe der Gebühren für Beratungen nach den §§ 35a (frühe Nutzenbewertung Arzneimittel), 137e (Erprobungsrichtlinien) und 137h (Bewertung von Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse) SGB V
- Verwendung der fortgeschrittenen elektronischen Signatur in der Kommunikation mit dem G-BA

In den Bereichen Arzneimittel, Qualitätssicherung und »Ambulante spezialfachärztliche Versorgung« werden Regelungen zur VerfO zumeist vom jeweils zuständigen Unterausschuss ausgearbeitet. In diesen Fällen prüft die AG »Geschäftsordnung/Verfahrensordnung« nur auf mögliche Unstimmigkeiten zu anderen Regelungsabschnitten.

Unterausschuss »Methodenbewertung«

Der Unterausschuss »Methodenbewertung« (UA MB) und seine zahlreichen Arbeitsgruppen sind insbesondere mit der Vorbereitung der Beschlüsse im Bereich der Bewertung nichtmedikamentöser diagnostischer und therapeutischer Verfahren sowohl im Krankenhaussektor (gemäß § 137c SGB V), im vertragsärztlichen als auch im vertragszahnärztlichen Bereich (gemäß § 135 SGB V) befasst. Daneben erarbeitet der UA MB auch Anträge auf Erprobung nach § 137e Abs. 7 SGB V, Richtlinien zur Erprobung nach § 137e SGB V und bewertet Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V. In diesem Unteraus-



schuss sind alle Trägerorganisationen (DKG, KBV, KZBV, GKV-Spitzenverband) sowie die Patientenorganisationen im G-BA vertreten. Den Vorsitz führt in der vierten Amtsperiode die Unparteiische Dr. Monika Lelgemann. Die DKG ist im UA MB durch Vertreter aus dem Mitgliederbereich sowie dem Dezernat VI (Medizin II) vertreten. Die Zuständigkeit für die Arbeitsgruppen liegt ebenfalls beim Dezernat VI (Medizin II), wobei hier teilweise Fachexperten aus dem Mitgliederbereich zusätzlich unterstützen.

Da die Nutzenbewertung sektorenübergreifend erfolgt, beteiligt sich die DKG neben den für den Krankenhausesektor relevanten Verfahren größtenteils auch an den Beratungen zu den primär für den vertragsärztlichen Sektor beantragten Bewertungsverfahren. Wesentliche Grundlagen der Methodenbewertung sind im zweiten Kapitel der Verfo des G-BA geregelt. Dieses unterscheidet zwischen einer sektorenübergreifenden und damit einheitlichen Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit sowie einer sektorspezifischen Bewertung (auch unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit). Auch die Regelungen zum Verfahren der Erprobung und der Bewertung von Methoden mit Medizinprodukten der hohen Risikoklasse befinden sich im zweiten Kapitel.

Mit den folgenden Darstellungen soll ein ungefährender Überblick über die Themen gegeben werden, an deren Beratungen die DKG auf Arbeitsgruppen- oder Unterausschussebene im G-BA beteiligt war.

Im Jahr 2021 wurden auf Grundlage der §§ 137c und 135 SGB V unter anderem folgende Verfahren beraten:

- Protonentherapie (§ 137c SGB V)
- Stammzelltransplantation (§ 137c SGB V)
- Positronenemissionstomographie (PET) (§§ 135 und 137c SGB V)
- Nichtinvasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels eines molekulargenetischen Tests für die Anwendung bei Risikoschwangerschaften im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien (Versicherungsinformation)
- Kollagengedockte und periostgedockte sowie matrixassozierte autologe Chondrozytenimplantation am Kniegelenk (§ 137c SGB V)
- Matrixassozierte autologe Chondrozytenimplantation am Kniegelenk bei symptomatischen Knorpelschäden (§ 135 SGB V)
- High-Flow-Therapie zur Selbstanwendung bei fortgeschrittener chronischer obstruktiver Lungenerkrankung oder chronischer respiratorischer Insuffizienz Typ 1 (§ 135 SGB V)
- Stereotaktische Radiochirurgie zur Behandlung von

operablen Hirnmetastasen (§ 135 SGB V)

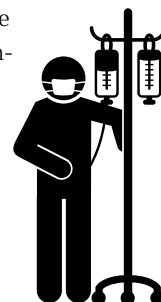
- Stereotaktische Radiochirurgie zur Behandlung von interventionsbedürftigen Akustikusneuriomen (§ 135 SGB V)
- Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene nach operativ versorgter Sprunggelenksfraktur (§ 135 SGB V)
- Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode bei Menorrhagie (§§ 135 und 137c SGB V)
- Einsatz von antikörperbeschichteten und medikamentenfreisetzenden Stents zur Behandlung von Koronargefäßstenosen (§ 137c SGB V)
- Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen (§ 92 i. V. m. § 135 SGB V)



Im Rahmen von Bewertungsverfahren nach § 137h SGB V sind 2021 zu folgenden Themen Verfahren eingeleitet worden:

- Normotherme und pulsatile Organkonservierung mit Funktionsüberwachung bei Lebertransplantation
- Endoskopische Implantation von ³²P-markierten Mikropartikeln bei irresektablen, lokal fortgeschrittenen Pankreastumoren
- Behandlung des Vasospasmus zerebraler Arterien nach Subarachnoidalblutung
- Transzervikale Radiofrequenzablation mit intrauteriner Ultraschallführung bei Uterusmyomen
- Minimalinvasive, linksventrikuläre Rekonstruktion mittels Verankerungssystem bei Herzinsuffizienz
- Transvaskuläre, transkathetergestützte Aortenklappenimplantation bei Aortenklappeninsuffizienz und -stenose

Zu folgenden im Jahr 2020 eingeleiteten Bewertungsverfahren nach § 137h SGB V wurden 2021 Beratungen fortgeführt und entsprechende Bewertungsbeschlüsse gefasst.



- Transurethrale Harnröhrenstrikturbehandlung mit medikamentenbeschichtetem Ballonkatheter
- Irreversible Elektroporation bei chronischer Bronchitis
- Endoskopische Thermoablation der Duodenalschleimhaut bei Typ-2-Diabetes
- Transkranieller Magnetresonanztomographie-gesteuerter fokussierter Ultraschall zur Behandlung des essenziellen Tremors
- Perkutan implantierter interatrialer Shunt zur Behandlung der Herzinsuffizienz mit erhaltener oder geringgradig eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF \geq 40 Prozent)
- Koronare Lithoplastie bei koronarer Herzkrankheit
- Endovaskuläre Implantation eines Stentgrafts mit Klappenelement bei Trikuspidalklappeninsuffizienz
- Mikrovaskuläre Reperfusion von Myokardgewebe mittels intrakoronar applizierter, hyperoxämischer Therapie nach primär perkutaner Koronarintervention bei akutem Vorderwandinfarkt

Zu diesen Themen wurden in der Folge Beratungen zu Erprobungsrichtlinien aufgenommen und dazu teilweise weitere Beschlüsse gefasst.

Des Weiteren sieht § 137h Abs. 6 SGB V die Möglichkeit der Beratung von Krankenhäusern und Medizinprodukteherstellern seitens des G-BA über die Anforderungen und Voraussetzungen des Bewertungsverfahrens nach § 137h SGB V vor. Mit dem Ziel, hierzu entsprechende Feststellungen zu treffen, fanden 2021 zu folgenden Methoden Beratungen statt:

- Langzeit-EEG mittels subgaleal implantierter Elektrode bei Epilepsie
- Endovaskuläre Implantation einer Bioprothese als Trikuspidalklappenersatz bei Trikuspidalklappeninsuffizienz
- Stentretreiver zur Behandlung des Vasospasmus zerebraler Arterien nach Subarachnoidalblutung
- Bronchoskopische Mikrowellenablation beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom oder metastasierenden Lungenkrebs
- Einsatz einer normothermen und pulsatilen Organkonservierung mit Funktionsüberwachung bei einer Lungentransplantation
- Einsatz einer normothermen und pulsatilen Organkonservierung mit Funktionsüberwachung bei einer Lebertransplantation

Ein weiteres Arbeitsfeld in den Beratungen stellten auch weiterhin Anträge auf Erprobung nach § 137e SGB V sowie Anträge auf Beratung zur Erprobungsregelung dar. Zudem wurden Beratungen zur Erarbeitung von Erprobungsrichtlinien im Zusammenhang



mit Anträgen nach § 137e Abs. 7 SGB V aufgenommen bzw. fortgeführt:

- Molekularer Genexpressionstest zur Überwachung von Niedrigrisiko-Patienten nach einer Herztransplantation hinsichtlich akuter zellulärer Abstoßungsreaktion
- Transkutane Vagusnervstimulation bei pharmakoresistenter Epilepsie
- Stereotaktische Radiochirurgie mit Kobalt-60-Gammastrahlungsquellen von interventionsbedürftigen Rezidiven eines Hypophysenadenoms nach erfolgter Resektion
- Stereotaktische Radiochirurgie mit Kobalt-60-Gammastrahlungsquellen von unvorbehandelten zerebralen arteriovenösen Malformationen mit einem Nidus-Durchmesser bis 30 mm, für die eine Behandlung mittels Embolisation bzw. Mikrochirurgie nicht infrage kommt
- Perkutan implantierter interatrialer Shunt zur Behandlung der Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF $<$ 40 Prozent)
- Phonokardiographie zum Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit
- Schlafpositionstherapie bei milder bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe
- Niedrig dosierter gepulster Ultraschall zur Behandlung von Pseudarthrosen
- Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) von hepatozellulären Karzinomen
- Kaltplasmabehandlung bei chronischen Wunden

Für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung einer Erprobung vergibt der G-BA entsprechende Aufträge an externe Institutionen. Als eine der Trägerorganisationen des G-BA ist die DKG in der entsprechenden Vergabegruppe des G-BA vertreten. Für das Monitoring der Erprobungsstudien seitens des G-BA existiert zudem eine eigene Arbeitsgruppe. Folgende



In den verschiedenen Arbeitsgruppen der Disease-Management-Programme ist die DKG durch das Dezernat VI (Medizin II) und Fachexperten aus dem Mitgliederbereich vertreten.

Aufträge hat der G-BA im Jahr 2021 ausgeschrieben, vergeben oder begleitet:

- Transkorneale Elektrostimulation bei Retinopathia pigmentosa
- Allogene Stammzelltransplantation bei multiplem Myelom jenseits der Erstlinientherapie
- Tonsillotomie bei rezidivierender akuter Tonsillitis
- Amyloid-Positronenemissionstomographie bei Demenz unklarer Ätiologie
- Liposuktion bei Lipödem
- Messung und Monitoring des pulmonalarteriellen Drucks bei Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III
- Magnetresonanztomographie-gesteuerte hochfokussierte Ultraschalltherapie zur Behandlung des Uterusmyoms
- Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem mittels Thermoablation (LVR-BTVA)

Auch für den Bereich der Screening- und Vorsorgeuntersuchungen ist der UA MB zuständig. Im Jahr 2021 erfolgten unter anderem Beratungen zu folgenden Themen:

- Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß § 25 SGB V
- Prüfung der Kinder-Richtlinie aufgrund aktualisierter Anforderungen an die Durchführung genetischer Reihenuntersuchungen gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 6 Gendiagnostikgesetz: erweitertes Neugeborenen-Screening und Mukoviszidose-Screening

Aufgrund der Neufassung des § 27a SGB V (künstliche Befruchtung) hat der UA MB 2021 über die Erstfassung einer Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe wegen keimzellschädigender Therapie weiter beraten.

Zu den im Jahr 2021 vom Plenum aus dem Themenbereich des UA MB gefassten Beschlüssen mit besonderer Relevanz für die stationäre Versorgung zählten unter anderem:

- PET; PET-CT beim Hodgkin-Lymphom bei Erwachsenen (inklusive Entfallen der Gültigkeit der Maßnahmen zur Qualitätssicherung für Hodgkin-Lymphome)

- Allogene Stammzelltransplantation bei T-Zell-Non-Hodgkin-Lymphomen
- Allogene Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer und myeloischer Leukämie
- Einstellung der ausgesetzten Bewertungsverfahren zur Protonentherapie sowie Aufhebung des Beschlusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem hepatozellulärem Karzinom
- Bescheidung von Anträgen zur Erprobung nach § 137e Abs. 7 SGB V und Beschlüsse zu Erprobungsrichtlinien
- Bewertungsentscheidungen nach § 137h SGB V

Unterausschuss

»Disease-Management-Programme«

Im Unterausschuss »Disease-Management-Programme« (UA DMP) und seinen Arbeitsgruppen finden mit Beteiligung von DKG, KBV, GKV-Spitzenverband sowie der Patientenvertretung die Beratungen zu den Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme (§ 137f SGB V) statt. Den Vorsitz dieses Unterausschusses führt das unparteiische Mitglied Karin Maag. Im UA DMP vertritt das Dezernat VI (Medizin II) die DKG.

Der G-BA hat in Form von Richtlinien die Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP festzulegen. Im Hinblick auf neue DMP hat der G-BA die Beratung zu »Adipositas« begonnen und die Beratungen zu »Rheumatoide Arthritis« und »COPD« fortgeführt, wobei das DMP »Rheumatoide Arthritis« mit Beschlussfassung des Plenums im März 2021 abgeschlossen werden konnte. Daneben hat er die Aktualisierung der DMP »Diabetes mellitus Typ II«, »Asthma« und »Brustkrebs« weiter beraten.

In den verschiedenen Arbeitsgruppen ist die DKG durch das Dezernat VI (Medizin II) und teilweise durch Fachexperten aus dem Mitgliederbereich vertreten.

Unterausschuss »Veranlasste Leistungen«

Dem Unterausschuss »Veranlasste Leistungen« (UA VL) und seinen Arbeitsgruppen unterliegt die Vorbereitung von Richtlinien zur Verordnung nichtärztlicher Leistungen. Wenngleich diese Richtlinien schwerpunktmäßig den Bereich der vertragsärztlichen Ver-



sorgung adressieren, haben sie durch die Möglichkeit für Krankenhäuser, im Rahmen des Entlassmanagements häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Arzneimittel zu verordnen sowie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen, auch eine besondere Bedeutung für Krankenhäuser erlangt. Weitere Themen dieses Ausschusses, die ebenfalls eine Relevanz für den Krankenhausbereich besitzen, sind die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (KE-RL) und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL). Neu hinzugekommen ist zudem die Außerklinische-Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL), deren Erstfassung 2021 intensiv beraten wurde und deren Beschlussfassung schließlich erfolgte. Zudem wurden Anpassungen der Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) im Zusammenhang mit der Veranlassung von Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt beraten und beschlossen, die ebenfalls für Krankenhäuser von Bedeutung sein werden.

Zu den weiteren Themen, die der Unterausschuss und seine Arbeitsgruppen unter Beteiligung der DKG 2021 beraten haben und die teilweise in Beschlussfassungen des Plenums mündeten, gehörten:

- Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Einleitung des Beratungsverfahrens: Anpassung des Verordnungsrechts für Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie für psychiatrische häusliche Krankenpflege
- Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Übergangsregelung und Anpassung an die außerklinische Intensivpflege
- Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Vorlagefrist, spezielle Aspekte der Katheterisierung und elektronische Verordnungen
- Heilmittel-Richtlinie: Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen
- Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung
- Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgrund ärztlicher Fernbehandlung
- Einleitung des Beratungsverfahrens zur Bestimmung des Personenkreises von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen (§ 44b Abs. 2 SGB V)
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV): Prüfung der Richtlinie mit Blick auf die Ergebnisse der vom Innovationsausschuss des G-BA geförderten Projekte zur Evaluation des Leistungsgeschehens

Zudem wurden aufgrund der Corona-Pandemie zu einer ganzen Reihe von Richtlinien aus dem Bereich der veranlassten Leistungen Ausnahmeregelungen beschlossen, die den erschwerten Versorgungsbedingungen Rechnung tragen und unnötigen gesundheitlichen Gefährdungen vorbeugen sollten.

Den Vorsitz dieses Unterausschusses hat die Unparteiische Dr. Monika Lelgemann. Der UA VL ist dreiseitig (DKG/KBV/GKV-Spitzenverband) besetzt. Patientenorganisationen sind ebenfalls an den Beratungen beteiligt. Die DKG ist in diesem Unterausschuss durch Vertreter aus dem Mitgliederbereich sowie durch das Dezernat VI (Medizin II) vertreten.



Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde 2004 vom G-BA als unabhängiges wissenschaftliches Institut gegründet. In der Wahrnehmung seiner Aufgaben erfüllt das Institut unter anderem eine Unterstützungsfunktion für bestimmte Beratungen im G-BA. Im Vorstand des IQWiG wird die DKG durch den Vorstandsvorsitzenden, im Stiftungsrat durch die Dezernate VI (Medizin II) und IV (Recht), im Kuratorium durch Vertreter aus den Dezernaten VI (Medizin II) und I (Personalwesen und Krankenhausorganisation) und im Finanzausschuss durch das Dezernat IV (Recht) vertreten. Die Produkte des Instituts werden themenabhängig (d. h. den einzelnen G-BA-Arbeitsgruppen zugehörig) vom Dezernat VI (Medizin II), dem Dezernat I (Personalwesen und Krankenhausorganisation) oder dem Dezernat VII (Qualitätssicherung/Transplantation/Psychiatrie) inhaltlich geprüft und der Prozess im IQWiG gegebenenfalls durch schriftliche Stellungnahmen und die Teilnahme an mündlichen Anhörungen aktiv begleitet.



Bei der Auftragsbearbeitung folgt das IQWiG seinem Papier »Allgemeine Methoden«. Die Bewertungen des IQWiG stellen unter anderem eine Grundlage für die Beratungen des G-BA im Bereich der Methodenbewertung dar. Bei der Weiterentwicklung der Empfehlungen zu den DMP unterstützt das IQWiG den G-BA mit systematischen Leitlinienrecherchen und -bewertungen.

Im Jahr 2021 wurden unter anderem folgende Berichte und Publikationen des IQWiG vom Dezernat VI (Medizin II) einer Prüfung und Bewertung unterzogen.

Abschlussberichte:

- Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode bei Menorrhagie
- Bewertung der stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) zur Behandlung von interventionsbedürftigen Vestibularisschwannomen
- High-Flow-Therapie zur Selbstanwendung bei fortgeschrittener COPD oder chronischer respiratorischer Insuffizienz Typ 1
- Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP »Asthma bronchiale«
- Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP »Herzinsuffizienz«
- Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP »Brustkrebs«

Vorberichte:

- Bewertung der stereotaktischen Radiochirurgie zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hirnmetastasen

Arbeitsgrundlagen des IQWiG:

- Entwurf der Allgemeinen Methoden 6.0

Das IQWiG hat zudem den Auftrag, für beim G-BA eingereichte Anträge nach § 137e Abs. 7 SGB V das Erprobungspotenzial von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu bewerten sowie den Nutzen von Methoden im Rahmen des Bewertungsverfahrens nach § 137h SGB V zu bewerten. Die entsprechenden Berichte werden an den G-BA übermittelt, bilden eine Grundlage für die diesbezüglichen Beratungen in den Gremien des G-BA und wurden ebenfalls einer Prüfung und Bewertung durch die DKG (Dezernat VI) unterzogen.

Das IQWiG nimmt mit dem als »ThemenCheck Medizin« bezeichneten Verfahren außerdem Aufgaben im Bereich des Health Technology Assessment (HTA) wahr. Dieses Verfahren ermöglicht es Versicherten und

interessierten Bürgerinnen und Bürgern, beim IQWiG Themenvorschläge einzureichen, zu denen das IQWiG dann eine Bewertung durchführt und einen Bericht erstellt. Die Themen können verschiedenste medizinische Verfahren und Technologien beinhalten. Die Auswahl der Themen erfolgt in einem zweistufigen Auswahlverfahren. In der zweiten Stufe wird dabei ein sogenannter erweiterter Fachbeirat einbezogen, in dem die DKG durch das Dezernat VI (Medizin II) vertreten ist. Auch 2021 erfolgte ein solches Auswahlverfahren.

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Auf Grundlage der fünf Leitsätze der Charta hatten im Herbst 2016 zahlreiche Organisationen die »Handlungsempfehlungen im Rahmen einer nationalen Strategie« verabschiedet. Auch die DKG hatte an deren Erstellungsprozess mitgewirkt und erklärt, dass sie diese mittrage.

Mit dem Ziel, die Umsetzung der Charta und ihrer Handlungsempfehlungen weiter zu befördern, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der Folge das Projekt »Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland« eingerichtet. Die Koordinierungsstelle verfügt über ein beratendes Begleitgremium, das auch 2021 getagt hat. Die DKG ist darin durch eine Vertreterin aus dem Mitgliederbereich sowie das Dezernat VI (Medizin II) vertreten.



→ zurück zum Inhaltsverzeichnis





DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



PRESSE- UND ÖFFENTLICHKEITS- ARBEIT



Das zweite Pandemiejahr hat erneut für großes Interesse an der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und ihrer Arbeit gesorgt. Für die Pressestelle galt es, die drastisch erhöhte Aufmerksamkeit und das Informationsbedürfnis in Sachen Corona mit unseren politischen Botschaften und Forderungen zur Gesundheitspolitik und im Jahr 2021 zusätzlich zur Bundestagswahl zu verknüpfen. Die Corona-Wellen haben dabei die Arbeit gleichermaßen geprägt. Wie im Vorjahr ist die Gesundheitspolitik in der öffentlichen Wahrnehmung von einem Nischen- zu einem zentralen Thema geworden.

Die Zahl der Medienanfragen an die DKG hat sich auch 2021 noch einmal erhöht. Allerdings zeigte sich eine deutliche Veränderung bei den Fragen. Anders als 2020 musste die Pressestelle nicht mehr erklären, wie Patientinnen und Patienten isoliert werden und ob die Krankenhäuser mehrere Millionen Infizierte gleichzeitig verkraften könnten. Auch mangelnde Schutzausrüstung und Wucherpreise für medizinische Masken waren kein Thema mehr. Vielmehr ging es um Kapazitäten, insbesondere auf den Intensivstationen, um Bettenzahlen, um die Wirkung der Schutzimpfungen und vieles mehr. Vor allem aber wurde der Pflegepersonalmangel zu einem großen Thema. Vorangegangen war ein Prozess, den die Pressestelle der DKG maßgeblich begleitet hatte: Immer mehr Menschen haben verstanden, dass Betten keine Kranken versorgen können und dass wir nur so viele Intensivkapazitäten haben können, wie Pflegepersonal zur Verfügung steht.

Pressearbeit digitalisiert sich

Mit ihren neuen digitalen Formaten hat die Pressestelle schon im ersten Pandemiejahr aus der Not eine Tugend gemacht. Pressekonferenzen und Veranstaltungen finden seit 2020 grundsätzlich als Livestream statt, teilweise im hybriden Format mit einigen wenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern vor Ort. Auf diese Weise ist es gelungen, auch 2021 weitaus mehr Menschen zu erreichen als in der Zeit vor Corona und nebenbei den Journalistinnen und Journalisten mit chronisch enger Terminplanung die Arbeit zu erleichtern. An den Streaming-Formaten konnten so nicht nur zahlreiche Menschen vom Laptop aus im Büro oder zu Hause teilnehmen. Viele Fernsehsender haben auch die Möglichkeit genutzt, den Stream in ihren Nachrichtenformaten zu übertragen.

Das galt bereits für die Jahresauftakt-Pressekonferenz, mit der die DKG zu Beginn jedes Jahres die gesundheitspolitischen Schwerpunkte setzt. Unter dem Schlagwort »Krankenhäuser im Pandemiejahr« haben wir im Januar die Eckpunkte unserer Forderungen auf

pandemie- und versorgungssichere Finanzierung, entschiedenes Angehen des Pflegepersonalmangels und Digitalisierung festgelegt.

Auf einer ebenfalls digitalen Pressekonferenz haben wir im April des Jahres schließlich unsere gesundheitspolitischen Positionen vorgestellt, die als Leitwerk über die Pandemie hinaus die im Herbst anstehende Bundestagswahl vorbereiten sollten.



Trotz aller gestreamten Pressekonferenzen stand 2021 weiterhin die klassische Pressearbeit mit Pressemitteilungen und der Beantwortung journalistischer Anfragen im Mittelpunkt. Auch hier haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pressestelle das gesteigerte Interesse aufgrund der Corona-Pandemie deutlich gespürt. Wie schon im Vorjahr ging es häufig um Fragen der Kapazitäten und der Finanzierung. Verstärkt war die DKG aber auch als Ansprechpartner für gesundheitspolitische Themen gefragt. Insbesondere der Vorstandsvorsitzende Dr. Gerald Gaß war in einem nie gekannten Maße präsent und konnte beinahe täglich DKG-Positionen in sämtlichen Medienformaten platzieren. Darunter waren auch einige kontroverse.

Die DKG korrigiert

Wie schon im Vorjahr haben sich auch 2021 zahlreiche Journalistinnen und Journalisten an die DKG gewandt, um kursierende Falschmeldungen zu überprüfen und zu korrigieren. All diese Meldungen hatten einen Bezug zur Corona-Pandemie. Da diese sich durch soziale Netzwerke ähnlich schnell und exponentiell wie das Virus selbst verbreiteten, galt es, sich ständig auf neue Varianten vorzubereiten. Dabei wurden die Falschmeldungen immer komplexer. Was 2020 mit Verschwörungsbehauptungen von gefälschten Totenscheinen und in Wahrheit leeren Intensivstationen begann, hat sich im zweiten Pandemiejahr immer mehr auf komplexe juristische Zusammenhänge und

Pressekonferenzen finden seit Beginn der Corona-Pandemie nur noch digital statt.



Per Livestream, via Twitter und im Nachgang als Videos auf der Website der DKG haben Zehntausende Zuschauerinnen und Zuschauer die Debatten des Krankenhausgipfels 2021 verfolgt.

Aspekte der Krankenhausfinanzierung konzentriert. Mithilfe der DKG-Fachdezernate konnte die Pressestelle mit einigem Aufwand immer wieder fachlich fundiert Falschbehauptungen widerlegen. In einem ähnlichen Umfeld bewegten sich die zahlreichen Faktenchecks zum Thema Impfung und zur tatsächlichen Zahl der Geimpften und Ungeimpften im Krankenhaus, insbesondere auf den Intensivstationen. Hier konnte die DKG vor allem mit ihrer Facebook-Präsenz hohe Reichweiten erzielen, indem sie als offenbar einzige Stelle die vom Robert Koch-Institut verarbeiteten, aber nur schwer verständlich publizierten Daten aufbereitet und veröffentlicht hat.



Veranstaltungen digital und vor Ort

Erneut musste der traditionelle Frühlingsempfang der DKG ausfallen. Nicht nur aufgrund geltender Hygienebestimmungen wäre die größte Jahresveranstaltung des Verbands nicht durchführbar gewesen. Vor allem wirkte die besonders verheerende Winterwelle mit Tausenden Toten nach. Eine große Feier des Krankenhausverbands wäre vor diesem Hintergrund undenkbar gewesen. Um dennoch einmal persönlich zusammenzukommen, hat die Pressestelle einen deutlich kleineren Herbstempfang organisiert. Im Berliner Tipi hatte dieser eine gänzlich andere Atmosphäre als zuvor im Grand Hyatt und fand unter den im Herbst schon vertrauten Impfbedingungen statt. Vor allem aber galt es, den langjährigen Hauptgeschäftsführer der DKG, Georg Baum, zu verabschieden. Corona hatte den feierlichen Abschied im größeren Rahmen bislang verhindert. Das ist im Tipi in einem für die DKG bislang ungewohnten Umfeld zweifellos gelungen.

Auf die zusammen mit einzelnen Dezernaten organisierten thematischen Veranstaltungen mussten die DKG-Mitglieder trotz allem nicht verzichten. 2021 hat die Pressestelle gemeinsam mit dem Dezernat für Qualitätssicherung, Transplantationsmedizin und Psychiatrie eine digitale Tagung zu Fragen der psychiatrischen Versorgung organisiert. Auch hier hat die Übertragung via Stream weitaus mehr Menschen erreichen können als eine klassische Sitzung vor Ort. Auf diese Weise konnte die Pressestelle die Zielgruppe über das übliche Fachpublikum aus den Krankenhäusern hinaus erweitern und aus der Not eine Tugend machen.

Mit dem Krankenhausgipfel hat die Pressestelle in der Pandemie bereits 2020 ein neues großes Format entwickelt, in dem hochrangige Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitspolitik, aus der Krankenhauspraxis und der DKG miteinander über relevante Fragen diskutieren. Dass dieser Gipfel auch in seiner zweiten Ausgabe bedeutend war, haben im Sommer 2021 die erneute Teilnahme des damaligen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn und ein Grußwort der Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel unterstrichen. Per Livestream, via Twitter und im Nachgang als Videos auf unserer Website haben Zehntausende Zuschauerinnen und Zuschauer die Debatte verfolgt. Die Pressestelle wird das Format »Krankenhausgipfel« weiter ausbauen und als hochrangiges politisches Debattenforum etablieren, das auch in der Zeit nach der Pandemie und bei möglicherweise wieder abnehmendem öffentlichem Interesse an Krankenhäusern den Dialog zwischen Kliniken und Politik aufrechterhält.

In einem weiteren großen Veranstaltungsformat hat die DKG schließlich im Herbst die Beschäftigten zu Wort und mit Politik und DKG ins Gespräch kommen lassen. »Heute diskutieren wir« gab vor allem Pflegekräften ein Forum, ihre Anliegen öffentlichkeitswirksam zu kommunizieren. Angelegt als Podiumsdiskussion mit starker Beteiligungsmöglichkeit via Chat, Social Media und Messenger-Diensten, haben viele Beschäftigte vor allem aus der Pflege ihre Sorgen und Erfahrungen geäußert. Auch dieses Format wird die Pressestelle etablieren und weiter ausbauen – insbesondere im Hinblick auf die Beteiligungs-





möglichkeiten. Das Format wird die DKG maßgeblich dabei unterstützen, stärker als bislang mit den Beschäftigten in den Krankenhäusern ins Gespräch zu kommen. Krankenhauspöfel und »Heute diskutieren wir« waren Elemente der »FAiR«-Kampagne, die die DKG noch 2020 ins Leben gerufen hatte. Im Vorfeld der Bundestagswahl und unter dem Eindruck der Corona-Pandemie hat die DKG in verschiedener Form den »Kurswechsel jetzt« in der Krankenhauspöpolitik eingefordert. 2021, im Nachgang der Bundestagswahl und der angekündigten Reformen der neuen Ampelkoalition, ist diese Kampagne ausgelaufen.

Vor Ort und digital hat die Pressestelle auch 2021 wieder den Krankenhaustag im Rahmen der MEDICA in Düsseldorf organisiert. Die DKG konnte hier auf verschiedenen Podien ihre Kompetenzen dem Fachpublikum vermitteln.

Social Media bleibt in der Pandemie unverzichtbar

Die DKG hat sich in den zwei Jahren der Pandemie zu einem gefragten Informationslieferanten für die zahlreichen Faktenchecker-Formate entwickelt. In Zeiten der Pandemie haben Falschbehauptungen und Lügen eine besondere Verbreitung. Mit ihren Social-Media-Präsenzen konnte die DKG oftmals daran mitarbeiten, falsche Behauptungen direkt an ihrem Ursprung

zu bekämpfen. Allerdings hat das Follower-Wachstum der vergangenen Jahre gerade im wichtigen Corona-Jahr 2021 einen Dämpfer erhalten, da Facebook die Reichweite der DKG drastisch reduziert hat. Konnte ein DKG-Posting 2020 noch User in sechsstelliger Zahl erreichen, waren ein Jahr später gerade noch fünfstelligen Reichweiten möglich. Das ist vor dem Hintergrund grassierender Fake News auf Facebook und anderen Plattformen besonders bedenklich.

Twitter dient nach wie vor als schnelles Kommunikationsmedium vor allem mit Presse und Politik. Auch hier konnte die DKG wieder wachsende Follower-Zahlen verzeichnen. Das Medium war auch als Verbreitungsplattform für unsere verschiedenen Veranstaltungsformate erfolgreich. Neu im Portfolio der Social-Media-Kanäle der DKG ist Instagram. Was aus der Not geboren wurde, um die gesunkene Reichweite bei Facebook eventuell zurückzugewinnen, hat sich mittlerweile etabliert. Aufgrund zu geringer Content-Möglichkeiten und eingeschränkter personeller Ressourcen können wir Instagram aber nur begrenzt nutzen.

Neu hinzugekommen ist ein Podcast, in dem Dr. Gerald Gaß mit Vertreterinnen und Vertretern aus dem Gesundheitswesen und der Selbstverwaltung ins Gespräch kommt. Den Podcast haben wir anfangs noch parallel als Video produziert, mittlerweile beschränken wir uns aber auf das deutlich erfolgreichere reine Podcast-Format.





**ZEITSCHRIFT
»DAS KRANKENHAUS«**



Bereits während der Koalitionsverhandlungen einer neu gewählten Bundesregierung werde der Krankenhaussektor eine große Rolle spielen, prophezeite Dr. Gerald Gaß in der April-Ausgabe.

Im Jahr 2021 erschien »das Krankenhaus« zum ersten Mal in 13 Ausgaben: Im Januar wurde erstmals ein Sonderheft herausgegeben. Das Heft will die Perspektive der Krankenhäuser auf gesundheits- und krankenhauspolitische Themen schildern, Informationen zum aktuellen Branchengeschehen einordnen und Ausblicke auf das kommende Jahr geben. Dabei werden interessante Ergebnisse des aktuellen »Krankenhaus Barometers« des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) journalistisch aufgearbeitet und vertieft.

Als regelmäßige Publikation um die Jahreswende sollen Ergebnisse des DKI-Krankenhausbarometers, die das Institut jeweils zum Jahresende veröffentlicht, einem größeren Leserkreis erschlossen werden. Hierbei werden die Untersuchungen durch Berichte und Reportagen aus den Kliniken und Interviews mit Praktikern und Experten aus den Krankenhäusern zur aktuellen Lage ergänzt. So wurden die Probleme der Krankenhäuser und die Strukturwandel-Diskussion vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie diskutiert. Auch die europäische Perspektive wurde beleuchtet und gefragt, ob Corona neue Ambitionen im Bereich der EU-Gesundheitspolitik befördere. Auch der Personalkrätemangel, planungsrelevante Qualitätsindikatoren und aktuelle Herausforderungen in der Geburtshilfe wurden im ersten Sonderheft eingehend aus verschiedenen Perspektiven diskutiert und bewertet.

Was die Krankenhäuser bewegt

»Kliniken brauchen Klarheit über den Rettungsschirm« hieß die Überschrift des Editorials von »das Krankenhaus« im Januar 2021. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum beschrieb eindringlich die Unsicherheiten und Sorgen, mit denen das neue Jahr für die Krankenhäuser begann. Das Jahr 2021 begann im Lockdown-Modus, die Lage in den Kliniken am Beginn des zweiten Jahres der Corona-Pandemie hatte sich, insbesondere in den Intensivstationen, deutlich zugespitzt.

Baum erinnerte an die dringend notwendigen Reformen in der Gesundheitsversorgung, etwa an die Reform der ambulanten Notfallversorgung und die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung. Der Hauptgeschäftsführer brachte seine Befürchtung zum Ausdruck, diese Probleme würden angesichts der anstehenden Bundestagswahl im Sep-



tember 2021 von der »alten« Regierung der 19. Wahlperiode nicht mehr angepackt.

Die Pandemie habe die dringend notwendigen Reformen im Gesundheitsbereich und bei den für die Kliniken wichtigen Rahmenbedingungen nur vorübergehend an den Rand gedrängt, schrieb Dr. Gerald Gaß, der als Nachfolger Georg Baums vom April 2021 an auch die Autorschaft des Editorials übernahm. Bereits während der Koalitionsverhandlungen einer neu gewählten Bundesregierung werde der Krankenhaussektor eine große Rolle spielen, prophezeite der DKG-Vorstandsvorsitzende im Editorial der April-Ausgabe. Ein »Weiter so« könne und werde es nicht geben.

Das monatliche Editorial mit pointierten Kommentaren zu den zentralen gesundheits- und krankenhauspolitischen Entwicklungen gehört zu den auch für Nichtabonnenten zugänglichen Beiträgen und ist auf der Website www.daskrankenhaus.de eines der am meisten abgerufenen Dokumente. Wer erfahren will, was die Krankenhäuser aktuell bewegt, liest das Editorial unserer Zeitschrift: So manche Überschrift, auch der eine oder andere Satz aus dem Editorial, der die Perspektive der Kliniken auf Gesetzgebungsverfahren auf den Punkt brachte, wird zum geflügelten Wort in Diskussionen und Konferenzen der Branche.

Die Titel der Editorials aus dem Jahr 2021 spiegeln das Selbstverständnis, nicht selten auch die Verzweigung der Branche im Jahr 2020: »Briefe an Scholz«



Die anhaltenden Liquiditätsprobleme waren auch 2021 ein Kernthema. »Corona drückt die Preise« und »Die Politik muss aufwachen!« titelten die Editorials im Juni und September 2021.

titelte Georg Baum im Februarheft 2021 und kritisierte die Haltung des damaligen Bundesfinanzministers, der bei den Corona-Ausgleichszahlungen für die Krankenhäuser bremste. Die anhaltenden Liquiditätsprobleme waren auch 2021 ein Kernthema. »Corona drückt die Preise« war die Überschrift des Editorials im Juni 2021. »Die Politik muss aufwachen!« lautete der Appell des DKG-Vorstandsvorsitzenden Dr. Gerald Gaß zur Bundestagswahl im Septemberheft.

In bewegten Zeiten sind die Einordnung und Analyse der Entwicklungen und ihrer Implikationen für die Zukunft besonders wichtig. In zahlreichen Beiträgen verfolgte die Zeitschrift »das Krankenhaus« mit ihren Autoren auf rund 1.200 Seiten die gesundheitspolitischen Diskussionen mit kritischen, fundierten Analysen etwa zur Rolle der Krankenhäuser bei der Bewältigung der Pandemie und zu den Implikationen der Corona-Krise für die Kliniken.

Auch mit Beiträgen zur Finanzierung der Pflege, zu Personaluntergrenzen und zur Digitalisierung gaben die Autoren von »das Krankenhaus« wichtige Impulse in die Diskussionen über essenzielle Themen der Branche.

Rund 100 fundierte Artikel zur Gesundheitspolitik und Fachbeiträge zu Themen rund um Krankenhausführung und -management bildeten das inhaltliche Rückgrat der Zeitschrift. Die Autoren thematisierten aktuelle, auch umstrittene Fragen der Krankenhausentwicklung und die Kliniken betreffende Gesetzgebung und trugen auf diese Weise zur Objektivierung der Diskussionen bei. Die Zeitschrift begleitete mit ihrer Berichterstattung die Debatten auf Bundes- wie auf Landesebene und die Auseinandersetzungen der Selbstverwaltungspartner im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Analysen und Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und ihrer Mitgliedsverbände zu den aktuellen krankenhauspolitischen Themen und zu den zentralen Anliegen der Krankenhäuser wurden in zahlreichen Texten, Berichten und Interviews verdeutlicht. »das Krankenhaus« dokumentierte und prägte die Diskussion über die Fortsetzung des »Rettungsschirms«, über Personaluntergrenzen und Qualitätssicherungsmaßnahmen in zahlreichen Beiträgen und Kommentaren von Fachautoren der DKG, aus Kliniken und Universitäten, die die Auswirkungen der Pandemie und der Gesetzgebungs-

verfahren und -initiativen für die Krankenhäuser erläuterten und diskutierten.

Breites Themenspektrum aus Krankenhausmanagement und Gesundheitspolitik

Die Rubriken »Rechtsprechung«, »Recht und Praxis« sowie »Steuerrecht« thematisierten auch 2021 in jeder Ausgabe aktuelle und praxisrelevante juristische Entscheidungen und Diskussionen für die Krankenhäuser. Weitere Fachbeiträge »Recht« ergänzten die Berichterstattung aus diesem Bereich.

Der monatlich wechselnde Themenschwerpunkt mit Interviews und Beiträgen, die auf der Website von »das Krankenhaus« kostenfrei abrufbar sind, beleuchtet beispielsweise Themen wie die Digitalisierung, Logistik, Hygiene, Controlling, Marketing und Architektur aus unterschiedlicher Perspektive und wird auch von Lesern außerhalb des Abonnentenkreises wahrgenommen.

Neben den Fachartikeln und den festen Rubriken standen Nachrichten und Berichte aus einem breiten Themenspektrum von Krankenhausfinanzierung über Fusionen und Trägerwechsel, Ambulantisierung und regionale Netzwerke bis zu den Themen Organspende, Qualitätsmanagement und Zertifizierungen.

Mit ihren Fachbeiträgen, den exklusiven Originalveröffentlichungen von Autoren aus den Krankenhäusern, aus der DKG, den Mitgliedsverbänden, aus Wissenschaft und Politik sowie aus Verbänden und Institutionen der Gesundheitswirtschaft setzt die Zeitschrift wichtige Akzente in der Entwicklung des Krankenhausmanagements und in der gesundheitspolitischen Diskussion. Die Unabhängigkeit der Themenauswahl von wirtschaftlichen und werblichen Interessen ist dabei nach wie vor eine Leitlinie der Redaktion. Die Qualität und Aktualität der fachlichen Veröffentlichungen tragen das Renommee der Zeitschrift als einer der führenden Krankenhausfachzeitschriften.





JAHRES- GESCHÄFTSBERICHT 2021



DIE GREMIEN DER DKG 2021

PRÄSIDIUM

Dem Präsidium gehören der Präsident sowie zwölf vom Vorstand zu berufende Beisitzer zuzüglich persönlicher Stellvertreter an, von denen bis zu zwei zu Vizepräsidenten gewählt werden können. Der Hauptgeschäftsführer und sein Stellvertreter gehören als geschäftsführende Präsidialmitglieder ohne Stimmrecht zusätzlich dem Präsidium an. Das Präsidium ist Vorstand im Sinne des § 26 BGB und unterstützt den Vorstand in Erfüllung seiner Aufgaben durch enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle.



Präsident

Ingo Morell

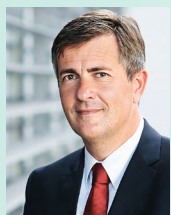
Geschäftsführer Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH, Olpe
Vizepräsident Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf



Vizepräsidentin

Dr. Gundula Werner

Geschäftsführerin Klinikum Altenburger Land GmbH, Altenburg



Vizepräsident

Thomas Lemke

Vorstandsvorsitzender Sana Kliniken AG, Ismaning

BEISITZER

Jens Bussmann

Generalsekretär Verband der Universitätsklinika e. V., Berlin

Matthias Einwag

Hauptgeschäftsführer Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V., Stuttgart

Jörg Freese

Beigeordneter Deutscher Landkreistag, Berlin

Prof. Dr. Steffen Gramminger

Geschäftsführer Landeskrankenhausgesellschaft Hessen e. V., Eschborn

Brit Ismer

kaufmännische Direktorin,
Jüdisches Krankenhaus, Berlin

Dietmar Pawlik

Beigeordneter Deutscher Städtetag, Berlin

Pfarrer Christoph Radbruch

Vorstandsvorsitzender Pfeiffersche Stiftungen, Magdeburg

Dr. Hanns-Diethard Voigt

Geschäftsführer des Ev. Krankenhauses Bethanien gGmbH, Greifswald

Uwe Zimmer

Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.

STÄNDIGE GÄSTE

Matthias Blum

Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf

Dr. Thomas Jakobs

Geschäftsführer Saarländische Krankenhausgesellschaft e. V., Saarbrücken

VON DER GESCHÄFTSFÜHRUNG

Georg Baum

Hauptgeschäftsführer (bis 31.03.2021)

Dr. Gerald Gaß

Vorstandsvorsitzender (seit 01.04.2021)

Andreas Wagener

Stv. Hauptgeschäftsführer (bis 31.03.2021)

Stv. Vorstandsvorsitzender (seit 01.04.2021)

MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Das oberste Organ der DKG ist die Mitgliederversammlung; Mitglieder der DKG sind 28 Mitgliedsverbände, bestehend aus den 12 Spitzenverbänden und den 16 Landesverbänden.

12 SPITZENVERBÄNDE

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

Heinrich-Albertz-Haus,
Blücherstraße 62–63, 10961 Berlin
Telefon: 030/26 309-0 · Fax: 030/26 309-32 599
info@awo.org · www.awo.org

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.

Friedrichstraße 60, 10117 Berlin
Telefon: 030/24 00 899-0 · Fax: 030/24 00 899-30
post@bdpk.de · www.bdpk.de

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Telefon: 030/86 50 · Fax: 030/8 65 27 240
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutscher Caritasverband e. V.

Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin
Telefon: 030/28 444 730 · Fax: 030/28 44 733
info@caritas.de · www.caritas.de

Deutscher Landkreistag

Ulrich-von-Hassell-Haus,
Lennéstraße 11, 10785 Berlin
Telefon: 030/59 00 97-309 · Fax: 030/59 00 97-400
info@landkreistag.de · www.landkreistag.de

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.

Oranienburger Straße 13–14, 10178 Berlin
Telefon: 030/2 46 36-0 · Fax: 030/2 46 36-110
info@paritaet.org · www.paritaet.org

Deutscher Städte- und Gemeindebund

Marienstraße 6, 12207 Berlin
Telefon: 030/77 30 70 · Fax: 030/77 30 72 00
dstgb@dstgb.de · www.dstgb.de

Deutscher Städtetag

Gereonstraße 18–32, 50670 Köln
Telefon: 0221/37 71-0 · Fax: 0221/37 71-128
Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin
Telefon: 030/37 711-0 · Fax: 030/3 77 11-9 99
post@staedtetag.de · www.staedtetag.de

Deutsches Rotes Kreuz e. V.

Carstennstraße 58, 12205 Berlin
Telefon: 030/8 54 04-0 · Fax: 030/85 4 04-450
drk@drk.de · www.drk.de

Diakonie Deutschland

Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
Telefon: 030/80 19 86 11 · Fax: 030/80 19 86 22
office@dekv.de · www.diakonie.de

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.

Alt-Moabit 96, 10559 Berlin
Telefon: 030/3 94 05 17-0 · Fax: 030/3 94 05 17-17
info@uniklinika.de · www.uniklinika.de

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

Hebelstraße 6, 60318 Frankfurt am Main
Telefon: 069/94 43 71-0 · Fax: 069/49 48 17
zentrale@zwst.org · www.zwst.org

16 LANDESVERBÄNDE

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.

Birkenwaldstraße 151, 70191 Stuttgart
Telefon: 0711/25 77 70 · Fax: 0711/25 77 799
info@bwkg.de · www.bwkg.de

Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.

Radlsteg 1, 80331 München
Telefon: 089/2 90 83 00 · Fax: 089/2 90 83 099
mail@bkg-online.de · www.bkg-online.de

Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.

Hallerstraße 6, 10587 Berlin
Telefon: 030/33 09 96-0 · Fax: 030/33 09 96-66
mail@bkgev.de · www.bkgev.de

Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V.

Zeppelinstraße 48, 14471 Potsdam
Telefon: 0331/27 553-0 · Fax: 0331/27 553-21
sekretariat@lkb-online.de · www.lkb-online.de

Krankenhausgesellschaft der Freien

Hansestadt Bremen e. V.

Anne-Conway-Straße 10, 28359 Bremen
Telefon: 0421/24 10 20 · Fax: 0421/24 10 222
info@hbkg.de · www.hbkg.de



Hamburgische Krankenhausgesellschaft e. V.

Burchardstraße 19, 20095 Hamburg
 Telefon: 040/2 51 73 60 · Fax: 040/25 17 36 40
 hkgev@hkgev.de · www.hkgev.de

Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.

Frankfurter Straße 10–14, 65760 Eschborn
 Telefon: 06196/40 99 50 · Fax: 06196/40 99 99
 mail@hkg-online.de · www.hkg-online.de

Krankenhausgesellschaft**Mecklenburg-Vorpommern e. V.**

Wismarsche Straße 175, 19053 Schwerin
 Telefon: 0385/48 52 90 · Fax: 0385/4 85 29 29
 info@kgmv.de · www.kgm.de

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V.

Thielenplatz 3, 30159 Hannover
 Telefon: 0511/30 76 30 · Fax: 0511/30 76 311
 nkgev@t-online.de · www.nkgev.de

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Humboldtstraße 31, 40237 Düsseldorf
 Telefon: 0211/47 81 90 · Fax: 0211/47 81 999
 post@kgnw.de · www.kgnw.de

Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V.

Bauerngasse 7, 55116 Mainz
 Telefon: 06131/28 69 50 · Fax: 06131/28 69 595
 mail@kgrp.de · www.kgrp.de

Saarländische Krankenhausgesellschaft e. V.

Talstraße 30, 66119 Saarbrücken
 Telefon: 0681/92 61 10 · Fax: 0681/5 52 44
 mail@skgev.de · www.skgev.de

Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V.

Humboldtstraße 2a, 04105 Leipzig
 Telefon: 0341/9 84 10 0 · Fax: 0341/9 84 10 25
 mail@khg-sachsen.de · www.kgs-online.de

Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.

Magdeburger Straße 23, 06112 Halle/Saale
 Telefon: 0345/21 46 60 · Fax: 0345/2 02 16 95
 post@kgsan.de · www.kgsan.de

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V.

Feldstraße 75, 24105 Kiel
 Telefon: 0431/88 10 50 · Fax: 0431/88 10 515
 mail@kgsh.de · www.kgsh.de

Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V.

Friedrich-Ebert-Straße 63, 99096 Erfurt
 Telefon: 0361/55 83 00 · Fax: 0361/55 83 019
 post@lkhg-thueringen.de · www.lkhg-thueringen.de

VORSTAND

Dem Vorstand, in den jedes Mitglied einen Vertreter (darüber hinaus sind Präsident und bis zu zwei Vizepräsidenten stimmberechtigt) entsendet, gehören im Berichtszeitraum an:

PRÄSIDENT**Ingo Morell**

Geschäftsführer Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH, Olpe
 Vizepräsident Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf

VIZEPRÄSIDENTEN**Dr. Gundula Werner**

Geschäftsführerin Klinikum Altenburger Land GmbH, Altenburg

Thomas Lemke

Vorstandsvorsitzender Sana Kliniken AG, Ismaning

VON DEN SPITZENVERBÄNDEN

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

Hendrik Hahndorf

Vorstandsvorsitzender Arbeiterwohlfahrt Landesverband Sachsen-Anhalt e. V., Magdeburg (seit 01.06.2020)

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.

Thomas Bublitz

Hauptgeschäftsführer Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund

Brigitte Groß

Direktorin, Berlin

Deutscher Caritasverband e. V.

Bernadette Rummelin

Geschäftsführerin Katholischer Krankenhausverband Deutschland, Berlin



Deutscher Landkreistag

Jörg Freese

Beigeordneter Deutscher Landkreistag, Berlin

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband –
Gesamtverband e. V.

Lisa Marcella Schmidt

Bereichsleiterin Gesundheit, Teilhabe und
Dienstleistungen, Berlin

Deutscher Städte- und Gemeindebund

Uwe Lübking

Beigeordneter Deutscher Städte- und
Gemeindebund, Berlin

Deutscher Städtetag

Stefan Hahn

Beigeordneter Deutscher Städtetag, Köln

Deutsches Rotes Kreuz e. V.

Bernd Decker

Geschäftsführer DRK gemeinnützige Träger-
gesellschaft Süd West mbH, Mainz

Diakonie Deutschland e. V.

Pfarrer Christoph Radbruch

Vorstandsvorsitzender Pfeiffersche Stiftungen,
Magdeburg

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.

Jens Bussmann

Generalsekretär Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e. V.

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

Prof. Dr. Leo Latasch

Frankfurt am Main

VON DEN LANDESVERBÄNDEN

Baden-Württembergische Krankenhaus-
gesellschaft e. V.

Landrat Detlef Piepenburg (Vorsitzender)

Landrat des Kreises Heilbronn

Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.

Landrätin Tamara Bischof (Vorsitzende)

Kitzingen

Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.

Brit Ismer (Vorsitzende)

Kaufmännische Direktorin des Jüdischen
Krankenhauses, Berlin

Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V.

Dr. Detlef Troppens (Vorsitzender)

Geschäftsführer Oberhavel Kliniken GmbH,
Oranienburg

Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt

Bremen e. V., Bremen

Jürgen Scholz (Vorsitzender)

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e. V.

Jörn Wessel

Geschäftsführer (1. Vorsitzender),
AGAPLESION Diakonieklinikum, Hamburg

Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.

Dr. Christian Höftberger

Geschäftsführer Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt
a. d. Saale

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Dr. Hanns-Diethard Voigt (Vorsitzender)

Geschäftsführer Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH,
Greifswald

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V., Hannover

Dr. Hans-Heinrich Aldag (Vorsitzender)

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Jochen Brink (Präsident)

Geschäftsführer Ev. Krankenhaus Lippstadt GmbH

Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V.

Bernd Decker (Vorsitzender)

Geschäftsführer DRK gemeinnützige Trägergesellschaft
Süd-West mbH, Mainz

Saarländische Krankenhausgesellschaft e. V.

Dr. Christian Braun, Geschäftsführer und Ärztlicher
Direktor Klinikum Saarbrücken (seit 29.10.2020)

Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V.

Dr. Sven U. Langner (Vorsitzender)

Geschäftsführer, Elisabeth Vinzenz Verbund, Dresden

Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.

Prof. Dr. med. Wolfgang Schütte (Vorsitzender)

Ärztlicher Direktor Martha-Maria-Kranken-
haus, Halle-Dölau

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V.

Heiko Naß (Vorsitzender)

Landespastor, Diakonisches Werk Schleswig-Holstein,
Rendsburg

Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V.

Dr. Gundula Werner (Vorsitzende)

Geschäftsführerin Klinikum Altenburger Land GmbH,
Altenburg



BERATENDE MITGLIEDER

gemäß § 7 (1) der Satzung der DKG

Dr. Dirk Tenzer

Vorsitzender des Fachausschusses für Personalwesen und Krankenhausorganisation, Bonn

Matthias Einwag

Vorsitzender des Fachausschusses für Krankenhausfinanzierung, Geschäftsführer Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V., Stuttgart (seit 10.11.2020)

Dr. Stephan Helm

Vorsitzender des Fachausschusses für Daten-Information und -Kommunikation, Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V., Leipzig

Andreas Wermter

Vorsitzender des Fachausschusses Recht und Verträge, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V., Mainz

Wolfgang Pföhler

Präsident Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Düsseldorf

Dr. Michael A. Weber

Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Düsseldorf

GÄSTE**Bernd Molzberger**

Vorsitzender des Haushaltsausschusses, Geschäftsführer Cusanus Trägergesellschaft Trier mbH, Waldbreitbach

René Schubert

DKTIG Deutsche Krankenhaus Trust Center und Informationsverarbeitung GmbH, Leipzig

Dr. Karl Blum

Vorstand Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Düsseldorf

DIE LANDESKRANKENHAUS-GESELLSCHAFTEN – GESCHÄFTSFÜHRER UND VERBANDSDIREKTOREN

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.
Verbandsdirektor **Matthias Einwag**

Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.
Geschäftsführer **Roland Engehausen**

Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.
Geschäftsführer **Marc Schreiner**

Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V.
Geschäftsführer **Michael Jacob**

Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.
Geschäftsführer **Uwe Zimmer**

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e. V.
Geschäftsführerin **Dr. Claudia Brase**

Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.
Geschäftsführer
Prof. Dr. Steffen Gramminger

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Geschäftsführer **Uwe Borchmann**

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V.
Verbandsdirektor **Helge Engelke**

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
Geschäftsführer **Matthias Blum**

Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V.
Geschäftsführer **Andreas Wermter**

Saarländische Krankenhausgesellschaft e. V.
Geschäftsführer **Dr. Thomas Jakobs**

Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V.
Geschäftsführer **Dr. Stephan Helm**

Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.
Geschäftsführer **Dr. Gösta Heelemann**

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V.
Geschäftsführer **Patrick Reimund**

Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V.
Geschäftsführer **Rainer Poniewaß**

FACHAUSSCHÜSSE KOMMISSIONEN SACHVERSTÄNDIGENGREMIEN

Bei der DKG bestehen seit 2013 fünf Fachausschüsse. Der Vorstand hat darüber hinaus für besondere Aufgaben Kommissionen und weitere Sachverständigengremien eingesetzt. Die Beratungsgremien der DKG wurden im November 2018 für den Zeitraum vom 01.01.2019 bis 31.12.2021 vom Vorstand berufen.

Fachausschüsse (FA)

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

Kommissionen (Ko.)

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

Arbeitsgruppen (AG)

AG Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument
AG Konzertierte Aktion Pflege
AG Entlassmanagement
AG Fächerübergreifende Steuerungsgruppe
AG Weiterentwicklung der Pflegeberufe
AG OTA/ATA
AG BMG-Beirat »Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus«
AG BMG-Expertenkommission »OTA/ATA«
AG Gemeinsames Gespräch DKG/LKG/LAK »Umweltschutz im Krankenhaus«
AG Zentren
AG Pflegefinanzierung
AG Kooperationsverträge Hebammenausbildung

AG Rechtskataster

AG Lieferkettensorgfaltspflichtgesetz
AG Coronatestung
AG AOP (FA Medizin)
AG Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
AG § 301
AG Krankenhaus-Informationstechnik
AG IT-Strategie
AG MDK
AG MD-Datenübermittlung
AG § 75c SGB V – IT-Sicherheit in Krankenhäusern
AG Telematik-Infrastruktur 2.0
AG Expertentreffen Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
AG Planungsrelevante Qualitätssicherung
AG Weiterentwicklung Qualitätsberichte
AG Psychiatrische Institutsambulanzen
AG Psychosomatische Institutsambulanzen
AG Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
AG Organspende und Transplantationsmedizin
AG Expertentreffen UA-adhoc 92-6b

MITWIRKUNG DER DKG IN GREMIEN DER SELBSTVERWALTUNG

Bundesschiedsstelle
Schlichtungsausschuss Bund
Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 Abs. 2 SGB V (Plenum)
Innovationsausschuss nach § 92b Abs. 1 SGB V

MITGLIEDSCHAFT DER DKG IN INTERNATIONALEN VERBÄNDEN UND ORGANISATIONEN

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

→ zurück zum Inhaltsverzeichnis



DIE ORGANISATION DER DKG

GESCHÄFTSLEITUNG

Vorstandsvorsitzender
Dr. Gerald Gaß

Sekretariat:
Sabine Schaub-Beuth, Telefon 030 39801-1001

BEREICH I

Politik und Vorstandsbüro

Leiter:
Dr. rer. pol. Michael Mörsch, Dipl.-Volkswirt

Sekretariat:
Beate Schleußner, Telefon 030 39 801-10 11
Janine Baur, Telefon 030 39 801-10 12

Stellvertretende Leiterin:
Sabrina Krause, Dipl.-Wirtschaftsingenieurin

Referent/-in:
Jan Eilrich, M.A.
Kerstin Renning, Dipl.-Volkswirtin
Maike Visarius, M.A.

BEREICH II

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Leiter:
Joachim Odenbach, M.A.

Sekretariat:
Stephanie Gervers, Telefon 030 39 801-10 21
Banu Öztürk, Telefon 030 39 801-10 25

Stellvertretender Leiter:
Holger Mages, Dipl.-Politologe

Referent/-in:
Rike Stähler, Dipl.-Politologin
Dr. phil. Jörn Wegner, M.A.

BEREICH III

EU-Politik, Internationale Beziehungen, Gesundheitswirtschaft

Referentin:
Saskia Maria Wegner, M.A.

Sekretariat/Springer:
Simone Göhs
Telefon 030 39 801-10 14

DEZERNAT I

Personalwesen und Krankenhausorganisation

Geschäftsführer:
N.N.

Sekretariat:
Christin Haupt, Telefon 030 39 801-11 12
Julia Sester, Telefon 030 39 801-11 11
Stefanie Prinz (Gremiensekretariat)
Telefon 030 39 801-11 13

Stellvertretender Geschäftsführer:
Peer Köpf, Dipl.-Verwaltungswissenschaftler

Referent/-in:
Elisabeth Burghardt, M.Sc.
Johanna Hinz, B.A.
Ralf Neiheiser, Dipl.-Verwaltungswissenschaftler
Dorothee Neubert, Assessorin jur.
Ulrike Reus, BHC
Kirstin Rump, Betriebswirtin (VWA)

DEZERNAT II

Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung

Geschäftsführer:
Dr. med. Roland Laufer, Dipl.-Volkswirt

Sekretariat:
Annika Wetzel, Telefon 030 39 801-12 10
Kristin Waldek, Telefon 030 39 801-12 11

Stellvertretender Geschäftsführer:
Urban Roths, Arzt

Referent/-in:
Lisa Beuerle, M.Sc.
Hanna Degen, M.Sc.
Michael Draheim, M.Sc.
Anja Georgi, Dipl.-Kauffrau (FH)
Stefan Koerdt, Dipl.-Kaufmann (FH)

Alexander Krebs-Müllenberg,
Dipl.-Soz.-Wissenschaftler

Jonas Stüben, M.Sc.
Jochen Vaillant, Dipl.-Sozialökonom
Oliver Wiedmann, M.Sc.

DEZERNAT III

IT, Datenaustausch und eHealth

Geschäftsführer:
Markus Holzbrecher-Morys, Dipl.-Informatiker

Sekretariat:
Carmen Uhlig, Telefon 030 39 801-13 10

Stellvertretender Geschäftsführer:
Alexander Bayer, LL.M., M.A.

IT-Administrator:
Dmytro Furayev, Dip.-Ingenieur (FH/UA)

Referent/-in:
Boris Adloff, MaHM, Dipl.-Biologe
Mario Beck, Dipl.-Informatiker
Dr. rer. nat. habil. Peter Geibel,
Dipl.-Informatiker

Dr. rer. nat. Kerstin Kapp
Ingo Meyer, Dipl.-Informatiker
Marko Wilczek, Mathematiker

<p>DEZERNAT IV Justitiariat</p> <p>Geschäftsführer und stellvertretender Vorstandsvorsitzender: Andreas Wagener, Rechtsanwalt</p> <hr/> <p>Sekretariat: Anja Selke, Telefon 030 39 801-14 10 Zeljka Kulin, Telefon 030 39 801-14 11</p> <hr/> <p>Stellvertretender Geschäftsführer: Alexander Korthus, Rechtsanwalt, LL.M.(Medizinrecht)</p> <hr/> <p>Referent/-in: Ina Haag, Rechtsanwältin Andrea Hauser, LL.M., Rechtsanwältin Jasmin Hommel, MBA Ingo Schliephorst, Assessor jur.</p>	<p>DEZERNAT V Medizin I</p> <p>Geschäftsführerin: Dr. med. Nicole Schlottmann</p> <hr/> <p>Sekretariat: Laura Müggenburg, Telefon 030 39 801-15 10 Cornelia Reinsch, Telefon 030 39 801-15 11 Mandy Reiser, Telefon 030 39 801-15 12</p> <hr/> <p>Stellvertretender Geschäftsführer: Dr. med. Mitja Bojko, MPH</p> <hr/> <p>Referent/-in: Dr. med. Martin Abendroth Dr. med. Susanne Bornemann Dr. med. Katja Greiner-Petter, MBA Dr. med. Catarina Jahnke Brigitte Kaßuba, Ärztin, Dipl.-Biochemikerin Kristina Oheim, Assessorin jur. Anke Wittrich, Fachärztin für Strahlentherapie, Dipl.-Medizininformatikerin</p>	<p>DEZERNAT VI Medizin II</p> <p>Geschäftsführer: Dr. med. Michael Brenske, Facharzt für Anästhesiologie</p> <hr/> <p>Sekretariat: Melanie Reimann, Telefon 030 39 801-16 10 Annette Kubik, Telefon 030 39 801-16 11 Sho Chen Kabouli, Telefon 030 39 801-16 14</p> <hr/> <p>Stellvertretende Geschäftsführerin: Özlem Acikgöz, Ärztin</p> <hr/> <p>Referent/-in: Dr. med. Isabel Aenderl Dr. PH Kerstin Boldt, Apothekerin Klaus Brühne, MBA, M.A. Dr. med. Robert Cuno Dr. med. Jana Elgeti, MHBA Dr. med. Tatjana Friebe Angela Gäbler-Rohrig, Fachärztin für Augenheilkunde Dr. med. Renata Izabella Kawka, MBA Pete Kwak, M.Sc. Dr. PH Angela Neumeyer-Gromen, Ärztin, MPH Dr. med. Maïke Schier</p>
<p>DEZERNAT VII Qualitätssicherung, Transplantationsmedizin, Psychiatrie</p> <p>Geschäftsführer: Dr. med. Thilo Grüning, M.Sc., LSHTM, DEAA, Facharzt für Anästhesiologie</p> <hr/> <p>Sekretariat: Cornelia Leßmann, Telefon 030 39 801-17 10 Luise Abert, Telefon 030 39 801-17 11</p> <hr/> <p>Stellvertretender Geschäftsführer: Emanuel Voigt, Dipl.-Biologe</p> <hr/> <p>Referent/-in: Antonia Brandi, Assessorin jur. Dr. med. Dirk Carstanjen, Facharzt für Transfusionsmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement Till Eicken, M.A. Denes Göckler, M.Sc. Dörte Jäckel, M.Sc. Dr. med. Iris Jahn Dr. med. Iris Juditzki, M.san. Fachärztin für Radiologische Diagnostik Tabea Leusser, M.A. Julia Müller, M.Sc. Anja Röske, Dipl.-Pflegerin (FH) Christiane van Emmerich, Dipl.-Kauffrau Dr. med. Doris Voit, MBA Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Ärztl. Qualitätsman., EFQM, KTQ, DTM&H</p>	<p>STABSSTELLE Personal- und Finanzwesen / Verwaltung</p> <p>Leiterin: Sonja Reith</p> <hr/> <p>Stellvertretende Leiterin: Jeannette Sandberg</p> <hr/> <p>Sachbearbeitung: Juliane Weber Carola Neumann</p> <hr/> <p>Empfang: Karl-Georg Kannenberg Vermittlung/Post/Kopierzentrale Telefon 030 39 801-10 60</p> <hr/> <p>Sekretariat/Springer: Sascha Linow Telefon 030 39 801-10 42</p>	<p>Stand: Mai 2022</p> <p>Organisationsstruktur der DKG</p>
	<p>STABSSTELLE Zeitschrift »das Krankenhaus«</p> <p>Chefredakteurin: Katrin Rüter de Escobar, M.A. Telefon 030 20 847-29 41</p> <hr/> <p>Redakteurin: Daniela Goldscheck Telefon 030 20 847-29 42</p>	

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Publikation meist die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

[→ zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Herausgeber

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. [DKG]

Redaktion

Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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

Mai 2022

Fotonachweis

DKG/Christoph Reichelt: Titel, U2, 3, 22, 27, 28, 34, 40, 41,
52, 53, 59, 60, 62, 63, 65, 83

DKG/Dirk Heckmann: 14, 17, 18, 19, 32, 67, 68, 69

DKG/Georg Lopata: 2, 8, 9, 12, 46, 55

DKG/Andreas Schoelzel: 38, 45, 70

DKG/Klaus Mihatsch: 8 links, 9 oben, links

DKG/Volkmar Otto: 7

DKG/Jörn Wegner: 71

Depositphotos: 6, 20, 30, 44, 49, 54, 58

GFO/Tim Friesenhagen: 75 oben

Mario Kloetzer: 75 Mitte

Sana Kliniken AG/Esther Neumann: 75 unten

Gestaltung

www.cream-design.de