

GESCHÄFTS- BERICHT 2025





Inhalt

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

„Krankenhäuser mussten Leistungsgruppen beantragen, ohne zu wissen, welche Voraussetzungen sie für diese erfüllen müssen.“

Das Jahr 2025 hat die Krankenhäuser in vielerlei Hinsicht vor große Herausforderungen gestellt. Insbesondere die erhebliche Unsicherheit über die konkrete Ausgestaltung wichtiger Rahmenbedingungen belastete die Krankenhäuser 2025 sehr. So blieb etwa die Frage, welche Änderungen die neue Bundesregierung an der Krankenhausreform der Vorgängerregierung vornehmen würde, bis zum Ende des Jahres unbeantwortet. Die Krankenhäuser mussten daher Leistungsgruppen beantragen, ohne zu wissen, welche Voraussetzungen sie für diese letztlich erfüllen müssen. Ebenso mussten sie beim Transformationsfonds Fördermittel für Umstrukturierungsmaßnahmen beantragen, ohne finale Gewissheit über ihr zukünftiges Leistungsspektrum zu haben. Zu einer erheblichen Unsicherheit hat zudem der Streit zwischen dem Bund und den Ländern über die konkrete Ausgestaltung des 2 Milliarden Euro schweren Sparpakets zur kurzfristigen wirtschaftlichen Stabilisierung der GKV-Finzen geführt. Während zwischenzeitlich sogar eine Halbierung des erst im November in Kraft getretenen Rechnungszuschlags zur Debatte stand, konnten die Länder im Vermittlungsausschuss diese Zumutung gerade noch verhindern. Angesichts eines mit rund 70 Prozent historisch hohen Anteils von Krankenhäusern mit negativem Jahresabschluss war die in letzter Minute erzielte Entschärfung des Sparpakets jedoch nur ein schwacher Trost für die Krankenhäuser.

Hartes Ringen in der gemeinsamen Selbstverwaltung

Erneut schwierig gestalteten sich die Verhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Insbesondere in den Beratungen zur Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs und zum zukünftigen Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestätigte sich die Befürchtung der DKG, dass die gesetzlichen Vorgaben für die dringend gebotene Weiterentwicklung der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung unzureichend sind.

Langwierige Verhandlungen gingen auch den meisten der im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) getroffenen Beschlüsse voraus. Exemplarisch sei die im Juni 2025 beschlossene Novellierung der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) genannt. Nach monatelangem Ringen konnte ein Kompromiss erzielt werden, der bisherige bürokratische Hürden zumindest reduziert und die Umsetzung der Richtlinie für die betroffenen Einrichtungen erleichtert. Ein über zwei Jahre dauernder Beratungsprozess ging dem Beschluss zu den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern voraus. Mit der Überarbeitung der Notfallstufenregelungen schuf der G-BA im November 2025 endlich einen rechtssichereren und strukturierten Rahmen für die zukünftige Organisation der Notfallversorgung,

Europa immer wichtiger

2025 zeigte sich erneut, dass Europapolitik für die Krankenhäuser an Bedeutung gewinnt. Kurz vor dem Jahreswechsel 2024/2025 war die neue Europäische Kommission mit einem ambitionierten Programm in ihre Amtszeit gestartet. Zahlreiche gesundheitspolitische Gesetzgebungsverfahren wurden angestoßen bzw. weiter vorangetrieben, insbesondere im Bereich der Arzneimittel und Medizinprodukte. Mit Vereinfachungen der EU-Richtlinien zu Lieferkettensorgfaltspflichten und zur Nachhaltigkeitsberichterstattung wurden zudem erste bürokratische Entlastungen für die Krankenhäuser auf den Weg gebracht. Auch auf EU-Ebene stand das Thema Resilienz weit oben auf der politischen Agenda. Verdeutlicht hat sich das in Aktionsplänen und Strategien zur Prävention von und Reaktion auf Bedrohungen und Krisen, z. B. zur Stärkung der Cybersicherheit in Krankenhäusern. Diesem wichtigen Thema widmete die DKG ihren Parlamentarischen Abend in Brüssel. Rund 150 Vertreterinnen und Vertreter von EU-Institutionen, Mitgliedstaaten, Bundesländern und Verbänden diskutierten unter dem Motto „Sichere Gesundheitsversorgung in unsicheren Zeiten“ im März auf Einladung der DKG darüber, wie die EU den vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitsbereich begegnen kann.

Wichtige Reformen auch für 2026 geplant

Bedeutende gesundheitspolitische Weichenstellungen wird für die Krankenhäuser auch das Jahr 2026 bringen. Bereits für das Frühjahr ist der Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens für ein Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG) vorgesehen. Im Rahmen des DKG-Sommerempfangs im Juli 2025 hatte Bundesgesundheitsministerin Warken noch angekündigt, den Ländern mit dem KHAG „mehr Beinfreiheit“ für ihre krankenhauserplanerischen Entscheidungen einräumen zu wollen. Der im Oktober 2025 vorgelegte Regierungsentwurf ließ dieser Ankündigung allerdings nur wenige konkrete Taten folgen. Nicht auszuschließen ist deshalb, dass mit dem KHAG ein weiteres Gesetz des BMG im Vermittlungsausschuss enden wird. Maßgeblich prägen werden die gesundheitspolitische Debatte zudem die Notfallambulanzreform, das Gesundheitssicherstellungsgesetz und die voraussichtlich erforderlichen weiteren Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen.

Die DKG wird sich auch 2026 konstruktiv und mit aller Kraft dafür einsetzen, dass diese Reformen zu tatsächlichen Verbesserungen der Patientenversorgung führen und zukunftsfähige Strukturen und verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser geschaffen werden.

Dr. Gerald Gaß

Vorstandsvorsitzender der DKG



Ein Jahr mit besonderen Herausforderungen



Das Jahr 2025 hat alle politischen Akteure vor ungeahnte Schwierigkeiten gestellt – und das galt auch im großen Maß für die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die gesamte Gesundheitspolitik. Eigentlich waren die Erwartungen klar umrissen: 2025 sollte vor allem das Jahr der Umsetzung der Krankenhausreform werden.

Diese Annahmen erwiesen sich jedoch als Makulatur. Der plötzliche Bruch der Koalition Ende 2024 – von vielen politischen Beobachtern zwar vorhergesagt, im politischen Alltag aber dennoch ein Einschnitt – warf sämtliche Planungen über den Haufen. Wichtige Gesetzgebungsverfahren fielen der Diskontinuität zum Opfer, allen voran die dringend notwendige Notfallreform. Hier zeigte sich schonungslos, dass gerade in der Gesundheitspolitik entscheidende Weichenstellungen zu lange aufgeschoben worden waren. Fehlende frühzeitige Kompromisse und mangelhafte Kommunikation führten dazu, dass zentrale Reformprojekte nicht rechtzeitig umgesetzt wurden. Das galt und gilt auch für die Krankenhausreform selbst.

Nina wer?

Nach der Bundestagswahl sahen sich alle Akteure plötzlich mit neuen politischen Konstellationen konfrontiert. Auch die neue Bundesgesundheitsministerin stellte das System vor neue Herausforderungen. „Nina wer?“ war eine Frage, die nicht nur hinter vorgehaltener Hand gestellt wurde, als Nina Warken vom Bundeskanzler zur Ministerin berufen wurde.

Gleichzeitig eröffneten sich für uns – wie für andere Akteure im Gesundheitswesen – neue Chancen. Nach Jahren, die unter dem vorherigen Minister von Sprachlosigkeit geprägt waren und in denen Interessenvertreter pauschal als Lobbyisten diskreditiert wurden, entstand nun mit dem personellen Wechsel wieder Raum für einen konstruktiven, sachorientierten Dialog mit der Politik. Das allein war bereits ein Fortschritt.

Geblichen ist aber das fehlende Einvernehmen der regierungstragenden Fraktionen bei der Krankenhausreform. Selbst nach der Regierungsbildung auf der Basis eines gemeinsam erarbeiteten Koalitionsvertrags prägte der Streit über die grundlegenden Eckpunkte der Krankenhausreform das weitere Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG). Die politischen Debatten über das KHAG waren und sind eine extreme Gratwanderung. Die DKG und die Krankenhäuser haben von Beginn an deutlich gemacht, dass sie zu tiefgreifenden strukturellen Veränderungen bereit sind. Gleichzeitig war es unsere Aufgabe, klarzustellen, dass die von uns geforderten Anpassungen nicht dem Zweck dienen, einen möglicherweise überholten Status quo zu zementieren, sondern die Reform praktikabel, umsetzbar und verantwortbar zu machen. Gegner unserer Positionen versuchten immer wieder, konstruktive Kritik mit Schlagworten wie „Verwässern“ im Keim zu ersticken. Umso wichtiger war es als bundespolitische Stimme der Krankenhäuser, kontinuierlich die inhaltliche Abstimmung mit unseren Mitgliedsverbänden zu suchen. Trotz der auch zwischen den Mitgliedsverbänden im Detail vorhandenen Interessenunterschiede ist es über das gesamte Jahr hinweg gelungen, die Gemeinsamkeiten in den

Mittelpunkt zu stellen und Positionen zu entwickeln, die von allen mitgetragen werden. Dies ist keine Selbstverständlichkeit, gerade in Zeiten großer Umbrüche, und zeigt das gewachsene Vertrauen innerhalb unserer Gemeinschaft.

Deutliche Kritik am Sparpaket

In den ersten Monaten mit der neuen Ministerin galt es, sie unserer konstruktiven Unterstützung für die anstehenden Reformvorhaben zu versichern, aber auch da, wo es angezeigt war, Entscheidungen kritisch zu begleiten. Spätestens mit dem sogenannten kleinen Sparpaket, das einseitig zulasten der Krankenhäuser ging, war jedoch ein Punkt erreicht, an dem deutliche Kritik unausweichlich wurde.

Uns ist bewusst, dass die Ministerin ein schwieriges Erbe angetreten hat und vor der großen Herausforderung steht, steigende Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung zu vermeiden. Gerade deshalb bringen sich die Krankenhäuser auch in diese Debatte konstruktiv, aber klar ein. Anders als manche anderen Akteure haben wir bereits im vergangenen Jahr der GKV-Finanzkommission konkrete Vorschläge unterbreitet, die unseren eigenen Verantwortungsbereich betreffen. Es sind Vorschläge, die nicht mit der schlichten Logik von Leistungsbegrenzungen für die Versicherten arbeiten, sondern Effizienzfortschritte ermöglichen, ohne die Versorgung zu schwächen.

Wir tragen Verantwortung

Als Deutsche Krankenhausgesellschaft sehen wir uns in besonderer Verantwortung für das Gesamtsystem. Ja, wir sind Interessenvertreter der Kliniken. Aber Kliniken als Teil der Daseinsvorsorge dürfen und können nicht auf rein wirtschaftliche Interessen reduziert werden. Die Krankenhausträger und ihre Beschäftigten sind sich ihrer Verantwortung für die Stabilität der Versorgung und das Vertrauen in unseren Sozialstaat bewusst. Dies prägt auch unsere Rolle in der Selbstverwaltung. Wir tragen maßgeblich Verantwortung für die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der GKV und die Qualität der Versorgung. Auch hier zeigen sich Verantwortungsbewusstsein und Verantwortungsbereitschaft der DKG, denn diese Arbeit ist regelmäßig mit schmerzhaften Kompromissen für die Krankenhäuser verbunden.

Entscheidend für das Jahr 2026 wird sein, ob dieses Verantwortungsbewusstsein von allen Beteiligten getragen wird. Auf Partikularinteressen zu beharren und die eigene Position zu optimieren greift zu kurz. Daseinsvorsorge und Gesundheitsversorgung sind zentrale Pfeiler demokratischer Stabilität. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wird dieser Verantwortung gerecht – und sie wird sich dieser Aufgabe auch weiterhin stellen.

BERICHTE AUS DEN GESCHÄFTSBEREICHEN





ABTEILUNG RECHT

Geschäftsbereich Zentrale Aufgaben

DKG-Hinweise zum Abschluss von Kooperationsverträgen

Die DKG hat Hinweise zum Abschluss von Kooperationsverträgen zur Erfüllung von Leistungsgruppenanforderungen einschließlich zweier Formulierungshilfen zu deren Abschluss erstellt. Diese werden perspektivisch weiterentwickelt.

DKG-Broschüren

Die DKG-Musterverträge „Allgemeine Vertragsbedingungen, Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“ sind in der 16. Auflage beim Kohlhammer Verlag erschienen. Die DKG-Musterverträge „Der niedergelassene Arzt im Krankenhaus“ sind in der dritten Auflage erschienen.

Hybrid-DRG und ambulant Operieren

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

Darüber hinaus hat die DKG auch in diesem Jahr eine Materialsammlung zum ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V und zur sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V erstellt, die in zweiter Auflage erschienen ist. Die Regelungsbereiche beider Paragraphen sind eng miteinander verknüpft, da beide Bereiche zur Ambulantisierung von Leistungen beitragen sollen. Daraus entstand die Idee, über beide umfassend zu informieren und Hilfestellungen für die Umsetzung im Krankenhaus zu geben.

LOPS-Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund

Aufgrund der Neuregelungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes hat der MD Bund seine Richtlinie zur Strukturprüfung überarbeitet und um Regelungen zur Prüfung der Leistungsgruppenzuordnung ergänzt. Die jetzt LOPS-RL genannte Richtlinie hat der MD Bund, nachdem auch die DKG Stellung genommen und der Bund sie genehmigt hatte, am 23. Mai veröffentlicht.

Rechtsschutzmöglichkeiten bei der Zuweisung von Leistungsgruppen

Für den Fall, dass Krankenhäuser gegen Entscheidungen der Landesbehörden bzw. Landesverbände der Krankenkassen über die Zuweisung von Leistungsgruppen vorgehen wollen, hat die DKG die den Häusern zur Verfügung stehenden Rechtsschutzmöglichkeiten zusammengefasst.

Rahmenvereinbarung mit der Heilfürsorge der Bundespolizei

Die Heilfürsorge der Bundespolizei hat ihre Versicherten mit einer elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet. Es ist beabsichtigt, ihnen dieselben digitalen Leistungen wie auch gesetzlich Krankenversicherten zukommen zu lassen und die Abrechnung auf ein digitales Verfahren umzustellen. Die DKG und das Bundesinnenministerium haben sich daher auf den Abschluss einer Rahmenvereinbarung verständigt.

Entlassmanagement

DKG, KBV und GKV-SV haben zwei Änderungsvereinbarungen geschlossen. Inhalte der 13. und 14. Änderungsvereinbarung waren die Übermittlung der bundeseinheitlichen Vordrucke zur Beantragung einer Anschlussrehabilitation ab dem 1. Mai 2025 im Datenaustauschverfahren sowie die Vereinbarung geänderter Inhalte dieser Vordrucke, die ab dem 1. April 2026 die bisherigen Formulare ablösen.

Elektronische Patientenakte

Zur weiteren Umsetzung der durch die ePA bedingten Anforderungen hat die DKG ausführliche Hinweise zur Einholung der Patienteneinwilligung in die Befüllung der ePA mit genetischen Daten gegeben, ein Musterformular zur Verfügung gestellt und rechtliche Umsetzungshinweise in aktualisierter Fassung veröffentlicht. Flankierend hat die DKG einen Fragenkatalog gemeinsam mit BÄK, BZÄK, KBV sowie KZBV erarbeitet.

Notfallstufenregelung des G-BA

In puncto Notfallstufenregelungen hat das Bundessozialgericht festgestellt, dass der G-BA eine eigenständige Stufe der Nichtteilnahme als Abschlagsstufe hätte festlegen müssen. Diesem Normsetzungsauftrag ist der G-BA nicht nachgekommen. Danach steht aus DKG-Sicht fest, dass die Rechnungsabschläge von 60 Euro für jeden vollstationären Fall in der Vergangenheit keine Rechtsgrundlage hatten. Die DKG hat ausführliche Hinweise nebst Muster-Formulierungshilfen gegeben, wie die ausgewiesenen/einbehaltenen Rechnungsabschläge auf unterschiedlichen Ebenen abgewickelt werden können.

Sofort-Transformationskosten-Rechnungszuschlag bei Modellvorhaben

Das BMG hat die DKG-Auffassung bestätigt, dass der Rechnungszuschlag für Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 7 Satz 1 BPflV auch bei Modellvorhaben nach § 64b SGB V Anwendung findet. Es wurde eine Absprache mit dem GKV-SV getroffen, wonach eine Abrechnung der im Rahmen dieser Modellvorhaben erbrachten Leistungen, sofern sie aus Liquiditätsgründen nicht bis zum 1. Januar 2026 zurückgestellt werden können, auch ohne Berücksichtigung des Rechnungszuschlags erfolgen und dieser ab dem 1. Januar nachträglich geltend gemacht werden kann.

Umsatzsteuer auf Entgelte für Wahlleistung Unterkunft

Als Folge der Verfügung der Oberfinanzdirektion Baden-Württemberg vom 13. August 2025 behandeln die Finanzverwaltungen die Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft vermehrt als teilweise umsatzsteuerpflichtig. Die DKG und der PKV-Verband haben vereinbart, durch gemeinsame Initiativen beim Finanzministerium bzw. Unterstützung von Musterprozessen vor der Finanzgerichtsbarkeit die vollständige Umsatzsteuerfreiheit dieser Entgelte zu erreichen.

Urheberrechte

Die Verwertungseinrichtung Audiovision (VEA) hat sich an Krankenhäuser und DKG gewandt, um Urheberrechte zu lizenzieren. Die DKG hat es abgelehnt, einen Rahmenvertrag zu verhandeln, und ihren Mitgliedern Empfehlungen gegeben, wie sie auf Schreiben der VEA reagieren sollten. Corint Media und DKG haben sich auf einen neuen Gesamtvertrag für die Vergütung in Patientenzimmern geeinigt, der bis zum 31. Dezember 2026 läuft.



Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Vor 20 Jahren waren die Aufgaben einer Pressestelle klar geregelt: Sie hat Pressemitteilungen veröffentlicht, Pressekonferenzen organisiert, Anfragen von Journalistinnen und Journalisten beantwortet und die Persönlichkeiten ihrer Organisation in den Medien platziert.

Das alles bleibt der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erhalten. Aber die Digitalisierung hat die Aufgaben massiv erweitert – das gilt insbesondere für Social Media. Vor bereits mehr als 20 Jahren gründete sich StudiVZ als deutsche Antwort auf das kurz vorher in den USA entstandene Facebook. Seitdem hat sich dieser Markt rasant und dynamisch entwickelt.

Ohne Social Media weniger öffentliche Wirkung

Organisationen, Verbände, Parteien haben ohne Social Media wenig Chancen, ihre Arbeit in die Öffentlichkeit zu bringen. So hätte die bereits totgesagte Linke Anfang 2025 ohne TikTok und Co. kaum ihren Wiederaufstieg geschafft. Umfragen deuten darauf hin, dass die AfD in diesem Jahr erstmals in Sachsen-Anhalt den Ministerpräsidenten stellen könnte. Ihr Kandidat hat schon als Landtagsneuling intensiv mit sozialen Medien gearbeitet und ist dort einer der reichweitenstärksten Politiker.

Auch die Öffentlichkeitsarbeit der DKG weitet sich auf Social Media aus. Bereits vor mehr als zwei Jahren haben wir unsere Arbeit professionalisiert, seitdem gehört eine Social-Media-Managerin zum Team. Die Zeiten, in denen man die sozialen Netzwerke nebenbei betreuen konnte, hier und da eine Pressemitteilung via Facebook oder Twitter veröffentlichte, sind endgültig vorbei. Jedes Netzwerk hat spezielle Anforderungen, jeder Algorithmus funktioniert anders. Ohne Profis lässt sich diese Arbeit nicht mehr bewältigen. Die Kennzahlen der DKG-Accounts zeigen die Entwicklung: Bei LinkedIn sind wir am erfolgreichsten. Seit dem Start 2023 hat die DKG 22.000 Follower gewonnen und kommt auf mehr als 600.000 Impressions pro Jahr. Der Instagram-Account ist 2025 um 70 Prozent gewachsen. Bei Facebook zeigt sich der Bedeutungsverlust des Netzwerks, hier waren es nur zehn Prozent. Seit April 2025 ist die DKG nun auch bei TikTok vertreten. Twitter alias X hat sie 2025 aufgrund des toxischen Umfelds verlassen.

Warum Social Media?

Als Verband der Selbstverwaltung hat die DKG die Aufgabe, die stationäre Versorgung in Deutschland zu organisieren und an der Verwaltung des Gesundheitswesens mitzuwirken. Gremienarbeit und fachliche Expertise prägen ihre Arbeit. Dennoch sind Social Media dabei ein wichtiger Hebel. Veränderungen in der Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung benötigen Öffentlichkeit und öffentlichen Druck. Diese lassen sich besser erzeugen, wenn es einen direkten Draht zu denjenigen gibt, die sie tragen. Entscheidungen fallen eher im Sinn der Krankenhäuser, wenn es im Vorfeld öffentliches Interesse gab.

Neuland TikTok

Ein TikTok-Account der DKG wäre vor ein paar Jahren noch undenkbar gewesen – pure Zeitverschwendung, denn das chinesische Netzwerk hatte vor allem banalen Content zu bieten und wurde fast komplett von Teenagern getragen. Das hat sich geändert. Über TikTok läuft heute jede Menge „ernsthafter“ Content. Die politischen Parteien, die ihren medialen Erfolg neuerdings in TikTok-Likes messen, sind nur die Spitze des Eisbergs, der weit in dunkle Tiefen massiver russischer, chinesischer und anderer Staatspropaganda reicht. TikToks Algorithmus bietet Neulingen bessere Chancen auf Reichweite als die Meta-Netzwerke Instagram und Facebook, bei denen man sich mühsam Relevanz erarbeiten und dafür auch bezahlen muss. Jedoch zeigt sich auch, dass die Welt nicht auf einen TikTok-Account der DKG gewartet hat. Gesundheitspolitische Clips erreichen viel weniger Menschen als kurzweilige Spaßvideos aus der DKG-Geschäftsstelle. Ein Blick in die Gesundheitsblase bei TikTok zeigt, dass viele Krankenhäuser engagiert auf der Plattform gestartet sind, mittlerweile aber aufgegeben haben.

Neue Formen – neue Herausforderungen

Von der Ursprungsidee der sozialen Medien, mit Freunden und Familie in Kontakt zu bleiben, unkompliziert auch über große Entfernungen hinweg kommunizieren oder neue Freunde finden zu können, ist nicht viel übrig geblieben. Diese Nutzung findet heute im Wesentlichen über Messenger-Dienste statt. Social Media heute dienen vorrangig dem Senden, Content muss produziert und Relevanz gehalten werden. Für einen Verband bedeutet das, von zahlreichen anderen Gruppen umgeben zu sein, die um Aufmerksamkeit werben und versuchen, ihre Inhalte zu vermitteln. Das wird immer anspruchsvoller. Auf der textlastigen Plattform Facebook reichten noch ein paar Zeilen aus, die möglichst kontrovers zur Diskussion einladen und so Interaktionen produzierten. Mit Instagram setzte sich das erste bildlastige Netzwerk durch. Und mit TikTok sind wir endgültig in der Welt der annähernd textfreien Videos angekommen. Das verlangt viel mehr zeitlichen und technischen Aufwand und viel mehr Expertise. Und es wandelt das Berufsbild in der Pressestelle: Der Pressesprecher moderiert nicht mehr nur seriöse Pressekonferenzen, schreibt Pressemitteilungen oder unterstützt den Vorstandsvorsitzenden bei Interviews. Er muss mittlerweile regelmäßig vor der TikTok-Kamera stehen und sich als Schauspieler für oftmals witzige Clips versuchen.

Wie geht es weiter?

Mit Social Media wird sich die Arbeit einer Verbandspressestelle weiter verändern. Es wird neue Netzwerke mit neuen Prinzipien geben, die wir heute noch nicht absehen können. Fest steht, dass sich die Aufgaben immer weiter ins Digitale verlagern werden, dass es immer anspruchsvoller wird, auf die eigenen Botschaften aufmerksam zu machen. Wir stellen uns auf das Unvorhersehbare ein.



KRANKENHAUS- PERSONAL

Geschäftsbereich I

Die Abteilung Krankenhauspersonal blickt auf ein vielseitiges Jahr zurück, geprägt von beschleunigten Gesetzgebungsverfahren und intensiven Verhandlungen auf Selbstverwaltungsebene. Die von der Abteilung erarbeiteten Positionspapiere wurden an den aktuellen Koalitionsvertrag angepasst. Dieser greift zahlreiche DKG-Vorschläge auf, insbesondere zu Bürokratieabbau und zur Fachkräftesicherung. Zudem wirkte die Abteilung maßgeblich an der Erstellung des 2025 erstmals veröffentlichten und von nun an jährlich erscheinenden DKG-Fachkräftemonitors mit und lieferte damit wichtige datenbasierte Grundlagen für die aktuelle Fachkräfte-debatte.

Gesetzesverfahren

Zur Umsetzung der Fachkräftesicherung wurden mehrere Gesetze auf den Weg gebracht. Das Gesetz zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) trat zum 1. Januar 2026 in Kraft und überträgt Pflegefachpersonen mehr Eigenverantwortung, indem sie künftig bestimmte bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Leistungen übernehmen können. DKG, GKV-Spitzenverband und PKV erarbeiten dazu einen Leistungskatalog. Die bundeseinheitliche Pflegefachassistenten-ausbildung startet am 1. Januar 2027. Im Gesetzgebungsverfahren befindet sich das Gesetz zur Beschleunigung der Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Geplant sind einfachere Anerkennungsprozesse und vier Jahre mehr Zeit für ATA/OTA-Schulen, ausgewählte Nachweise nach dem ATA-OTA-Gesetz zu erbringen.

Bürokratieabbau

Trotz mehrfacher Ankündigung ist ein eigener Gesetzentwurf zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen weiter ausstehend. In den wenigen bisherigen Vorstößen im Rahmen anderer Gesetze waren die Krankenhäuser nicht berücksichtigt. Mit der Aktualisierung des Positionspapiers durch die geschäftsbereichsübergreifende Projektgruppe und einer ergänzenden DKI-Blitzumfrage zur Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern weisen die Krankenhäuser erneut auf die Dringlichkeit entsprechender Maßnahmen hin und fordern die Politik zum Handeln auf.

Ärztliche Personalbemessung und Personalbemessung für weitere Berufsgruppen

Die Prüfung zur Etablierung einer Personalbemessung für den ärztlichen Dienst (§ 137m SGB V) und für weitere Berufsgruppen (§ 137n SGB V) ist weiterhin vorgesehen. Für die ärztliche Personalbemessung prüft die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG das von der Bundesärztekammer entwickelte Instrument ÄPS-BÄK auf Praxistauglichkeit. Ein Abschlussbericht wird dem BMG zugehen. Die DKG beobachtet die Entwicklungen engmaschig. Zur Erarbeitung gemäß § 137n SGB V richtet der Gesetzgeber eine Kommission ein. Sie besteht aus Vertretungen von GKV-Spitzenverband, PKV und DKG, zwei Wissenschaftlern sowie drei Fachvertretern. Die drei Trägerorganisationen haben Geschäftsordnung und Konzept gemeinsam ausgehandelt. Der Aufbau der Kommission startet 2026.

Wissenschaftliche Weiterentwicklung der PPR 2.0

Die DKG beauftragte die wissenschaftliche Weiterentwicklung der PPR 2.0 nach § 137l SGB V, die in eine analytische Weiterentwicklung und eine anschließende Erprobung gegliedert ist. Die KPMG AG wurde mit der analytischen Weiterentwicklung beauftragt und arbeitete dabei mit einem vom Auftraggeber ausgewählten Expertengremium aus Wissenschaft und Softwareentwicklung zusammen. Der Abschluss des Projekts war bis Ende 2025 vorgesehen. Im Anschluss folgt die Ausschreibung für die praktische Erprobung.

Pflegerische Weiterbildung

Im Berichtszeitraum bearbeitete die DKG zahlreiche Anträge auf Anerkennung von Weiterbildungsstätten und zur Erweiterung von Kooperationsverbünden, prüfte und siegelte 2.740 Zeugnisse und stellte 771 Berufsurkunden aus. Zusätzliche Dynamiken ergaben sich durch die Aufhebung einzelner pflegerischer Weiterbildungsverordnungen im Land Berlin sowie durch den wachsenden Einfluss hochschulischer Angebote für die pflegerische Weiterbildung. In der Folge wurden erste Weichen gestellt, um die seit Jahren etablierten DKG-Weiterbildungsempfehlungen an künftige Anforderungen anzupassen.

Operations- und Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten

Die DKG hat 2025 viele Anerkennungsverfahren (dies impliziert entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen) von Bewerberinnen und Bewerbern mit ausländischen Bildungsabschlüssen (aus EU-Ländern und vor allem aus Drittstaaten) bearbeitet. Somit konnten auch 2025 zahlreiche adäquat qualifizierte Fachkräfte den Krankenhäusern zugeführt werden.

BMG-Beirat „Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus“

Im Berichtszeitraum ist die Internetplattform www.pflegekrankenhaus.de unter Federführung der DKG weiterentwickelt worden. Die Internetplattform wird auch im Jahr 2026 von der DKG als eigenes Projekt fortgeführt.

Förderprogramm Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Im Rahmen des „Programms zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ standen 1.732 Vollzeitstellen in 729 Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung. Insgesamt befanden sich 2.824 Ärztinnen und Ärzte im stationären Bereich in der Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Allgemeinmedizin, davon 2.136 in Vollzeit und 688 in Teilzeit. Die Registrierungsstelle der DKG bearbeitete rund 4.700 Weiterbildungsmaßnahmen, darunter 1.783 Nachweise mit einem Gesamtvolumen von 26,5 Millionen Euro. Zur besseren Verzahnung der stationären und ambulanten Weiterbildung veröffentlicht die DKG ab 2026 Angaben zu den am Förderprogramm teilnehmenden Krankenhäusern, um die sektorenübergreifende Vernetzung der Weiterbildungsabschnitte in der Allgemeinmedizin zu stärken.

Politik

Geschäftsbereich I



Nationale Gesundheitspolitik

Die politische Arbeit der Geschäftsstelle war zu Beginn des Jahres maßgeblich von der auf den 23. Februar 2025 terminierten Bundestagswahl geprägt. Der Bruch der Ampelkoalition im November 2024 und die Auflösung des 20. Deutschen Bundestages im Dezember 2024 führten zum abrupten Stopp der gesundheitspolitischen Gesetzgebung. Mit der Reform der ambulanten Notfallversorgung, dem Pflegekompetenzerweiterungsgesetz und dem Gesundheitssicherstellungsgesetz konnten Gesetzgebungsverfahren, deren Umsetzung den Krankenhäusern ein wichtiges Anliegen war, nicht mehr abgeschlossen werden.

Ihre Erwartungen an die neue Bundesregierung hat die DKG in einem 10-Punkte-Papier formuliert, das sie der Öffentlichkeit im Rahmen der Jahresauftaktpressekonferenz am 14. Januar 2025 vorstellte. Im Mittelpunkt des Papiers standen Maßnahmen, die die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser auch in der durch die Krankenhausreform ausgelösten Transformationsphase sichern sollten. Darüber hinaus stellte die DKG in ihrem Papier klar, welche Nachbesserungen an der Krankenhausreform die neue Bundesregierung auf den Weg bringen muss, um die Reform zu einem Erfolg werden zu lassen. Neben grundlegenden Anpassungen des Leistungsgruppenkatalogs und der darin hinterlegten Strukturvorgaben sprach sich die DKG insbesondere für die Aussetzung der neuen Vorhaltefinanzierung aus.

Mit dem Regierungswechsel haben die Krankenhäuser große Hoffnungen verbunden. In ihrem im März 2025 veröffentlichten 100-Tage-Sofortprogramm legte die DKG die aus ihrer Sicht prioritär von der neuen Bundesregierung zu ergreifenden Maßnahmen zur Vermeidung drohender Versorgungslücken und zur Rettung der zahlreichen wirtschaftlich äußerst angeschlagenen Krankenhäuser dar. Die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD enthaltene Ankündigung, die Krankenhausreform der Vorgängerregierung grundlegend nachbessern und die Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023 schließen zu wollen, stimmte die Krankenhäuser vor diesem Hintergrund zunächst sehr optimistisch. Diesem Optimismus folgte jedoch spätestens zum Jahresende große Ernüchterung. Ursächlich für diesen Stimmungsumschwung war das von der neuen Bundesgesundheitsministerin Warken im Herbst 2025 vorgelegte Sparpaket zur kurzfristigen Stabilisierung der GKV-Finzen. Mit der Aussetzung der sogenannten Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 umfasste das Paket eine Maßnahme, die der Krankenhausversorgung im Jahr 2026 Mittel in Höhe von 1,8 Milliarden Euro entziehen wird.

Damit höhlt sie die Entlastungswirkung des erst kurz zuvor mit dem Haushaltsbegleitgesetz beschlossenen Krankenhausrechnungszuschlags, für den ein Volumen in Höhe von 4 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt wurde, massiv aus. Dass sich Bund und Länder im Vermittlungsausschuss im

Dezember auf eine Regelung geeinigt haben, die eine dauerhafte (basiswirksame) Absenkung der Landesbasisfallwerte verhindern soll, schwächte die Enttäuschung der Krankenhäuser über das Vorgehen der neuen Bundesregierung nur minimal ab.

Ein entschlosseneres Vorgehen hätten sich die Krankenhäuser von der Bundesregierung auch mit Blick auf die angekündigten Nachbesserungen an der Krankenhausreform gewünscht. Dass das ursprünglich für den Sommer 2025 angekündigte Gesetzgebungsverfahren für ein Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG) auch Ende des Jahres nicht abgeschlossen war, stieß bei den Krankenhäusern auf größtes Unverständnis.

EU-Gesundheitspolitik

Auch auf EU-Ebene platzierte die DKG im Berichtsjahr ihre Positionen und Anliegen. Bereits kurz vor Jahresbeginn begann die Amtszeit der neuen Europäischen Kommission. Angesichts des Ausgangs der Wahlen zum Europäischen Parlament und der veränderten wirtschaftlichen und geopolitischen Situation änderten sich auch auf EU-Ebene die politischen Prioritäten. Ganz oben auf der Agenda standen die Stärkung der europäischen Industrie, der Bürokratieabbau und die Resilienz. Passend dazu stand der Parlamentarische Abend der DKG im März unter dem Motto „Sichere Gesundheitsversorgung in unsicheren Zeiten“. Zur Veranstaltung in der bayerischen Vertretung in Brüssel kamen rund 150 Gäste aus dem Europäischen Parlament, der Europäischen Kommission, den Mitgliedstaaten, Ländern und Verbänden.

Aus DKG-Sicht besonders wichtige Gesetzgebungsverfahren waren im Berichtsjahr die Revision der EU-Arzneimittelrevision (EU-Pharmapaket), über die Rat und Parlament kurz vor Jahresende eine Einigung erzielen konnten. Auch die Verhandlungen über den bei der Bekämpfung von Arzneimittellieferengpässen bedeutenden „Critical Medicines Act“ stand am Ende des Jahres kurz vor dem Abschluss. Im Zusammenhang mit den Bürokratieabbaubestrebungen der neuen Europäischen Kommission waren zudem die beschlossenen Vereinfachungen der EU-Richtlinien zur Nachhaltigkeitsberichterstattung (CSRD) und zu den Lieferkettensorgfaltspflichten (CSDDD) für die Krankenhäuser besonders relevant. Hier steht nun die nationale Umsetzung bevor.

Mit der Vorstellung des „Health Package“ am 16. Dezember 2025 brachte die Kommission kurz vor Jahresende eine Überarbeitung der Medizinprodukteverordnung (MDR) und der Verordnung über In-vitro-Diagnostika (IVDR) auf den Weg. Zudem legte sie mit dem „Biotech Act“ ein Gesetzespaket vor, das Änderungen an verschiedenen Verordnungen und Richtlinien im Gesundheitsbereich sowie neue Regelungen zur Stärkung des Biotechnologiesektors und der Forschung vorsieht. Mit dem „Safe Hearts Plan“ möchte die Europäische Kommission zudem die Prävention und Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der EU stärken.



FINANZIERUNG UND VERSORGUNGS- PLANUNG

GESCHÄFTSBEREICH II



G-BA-Notfallstufenregelung

Die G-BA-Notfallstufenregelung wurde 2025 grundlegend angepasst. Hierbei handelt es sich einerseits um redaktionelle Änderungen, andererseits fanden inhaltliche Anpassungen statt, die vorrangig die Bereiche „Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung“ und „Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basis-, erweiterten und umfassenden Notfallversorgung“ betreffen.

Anlass der Neuregelung der Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ist ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 2. April 2025, in dem die teilweise Nichtigkeit der Notfallstufenregelung festgestellt wurde. Das BSG stellte klar, dass neben den zuschlagsberechtigten Notfallstufen und den Abschlagstatbeständen auch eine Stufe festgelegt werden muss, welche die Beteiligung eines Krankenhauses an der allgemeinen Notfallversorgung definiert und im allgemeinen Vergütungssystem entsprechend abgebildet wird. Gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband konnte ein Kompromiss zu den Kriterien der Regelungen für die neue Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung erzielt werden, der für die betroffenen Krankenhäuser weder eine Zuschlags- noch eine Abschlagszahlung vorsieht.

Die Vorgaben zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in den Notfallstufen stellen einen weiteren Kernpunkt der Anpassungen dar. Die DKG hat gemeinsam mit den Ländervertretungen einen abgestimmten Vorschlag eingebracht, der in dieser Form weitgehend angenommen wurde. Hierbei handelt es sich um eine Regelung betreffend die fachärztliche Vorhaltung in den Zentralen Notaufnahmen und die vorzuhaltende Anzahl an ärztlichem und pflegerischem Personal mit den entsprechenden Zusatzqualifikationen. Im ärztlichen Dienst betrifft dies die Zusatzqualifikation „Akut- und Notfallmedizin“ und in der Pflege die Fachweiterbildung „Notfallpflege“. Entsprechend den unterschiedlichen Notfallversorgungsstufen (Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung und umfassende Notfallversorgung) wurde ein abgestuftes Konzept beschlossen. Entgegen den Stimmen der DKG und der Ländervertretung wurden aber auch abweichende Festlegungen getroffen. Hierbei ist insbesondere die starre Vorgabe der Verfügbarkeit von fachärztlichem Personal innerhalb von 30 Minuten zu nennen. Dabei wurde sowohl von den Ländern als auch von der DKG wiederholt und eindringlich auf die schwerwiegenden Probleme einer solchen Regelung hingewiesen. Das qualifizierte Personal sollte flexibel entsprechend den konkreten Anforderungen und Bedarfen vor Ort eingesetzt werden können. Besonders in ländlichen Gebieten kann diese sehr starre Vorgabe voraussichtlich in der Umsetzung zu großen Schwierigkeiten führen.

Mit der vorliegenden Überarbeitung der Notfallstufenregelungen soll ein rechtssicherer und strukturierter Rahmen für die zukünftige Organisation der Notfallversorgung geschaffen werden.

Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG)

Im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) wurden im § 115f SGB V umfangreiche Anpassungen vorgenommen, wie die Vorgaben für eine deutliche Fallzahlsteigerung in Millionenhöhe bei gleichzeitiger Absenkung des Vergütungsniveaus auf EBM-Höhe.

Da ein Konsens über die Beauftragung der Institute InEK und InBA durch die Vertragsparteien zur Überprüfung der Auswahl der Leistungen und für die Erarbeitung eines Vorschlags zur Anpassung der Leistungsauswahl für das Jahr 2026 nicht erzielt werden konnte, erfolgte die Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Institute legten einen Vorschlag vor. Ein Konsens über eine fristgerechte Vereinbarung zur Auswahl der Leistungen für den Hybrid-DRG-Katalog 2026 anhand dieses Vorschlags konnte von den Vertragsparteien nicht gefunden werden. Ursache waren jeweils insbesondere die enorme Fallzahlausweitung und die Einbeziehung von Fällen mit einer Verweildauer von bis zu drei Kalendertagen.

Auch auf eine gemeinsame Beauftragung der Institute zur Entwicklung eines Vorschlags für die Kalkulation der Vergütung (differenziert nach dem Schweregrad der Fälle) 2026 konnten sich die Vertragsparteien nicht verständigen, sodass auch hier die Beauftragung durch das BMG erfolgte. Die Vereinbarung einer speziellen sektorengleichen Vergütung für die Hybrid-DRG auf Grundlage des Vorschlags der Institute konnte ebenfalls nicht erfolgen, da aus Sicht der DKG in dem Berechnungsschema u. a. keine sachgerechte Berücksichtigung der Ausweitung der Verweildauer von bis zu drei Kalendertagen bestand.

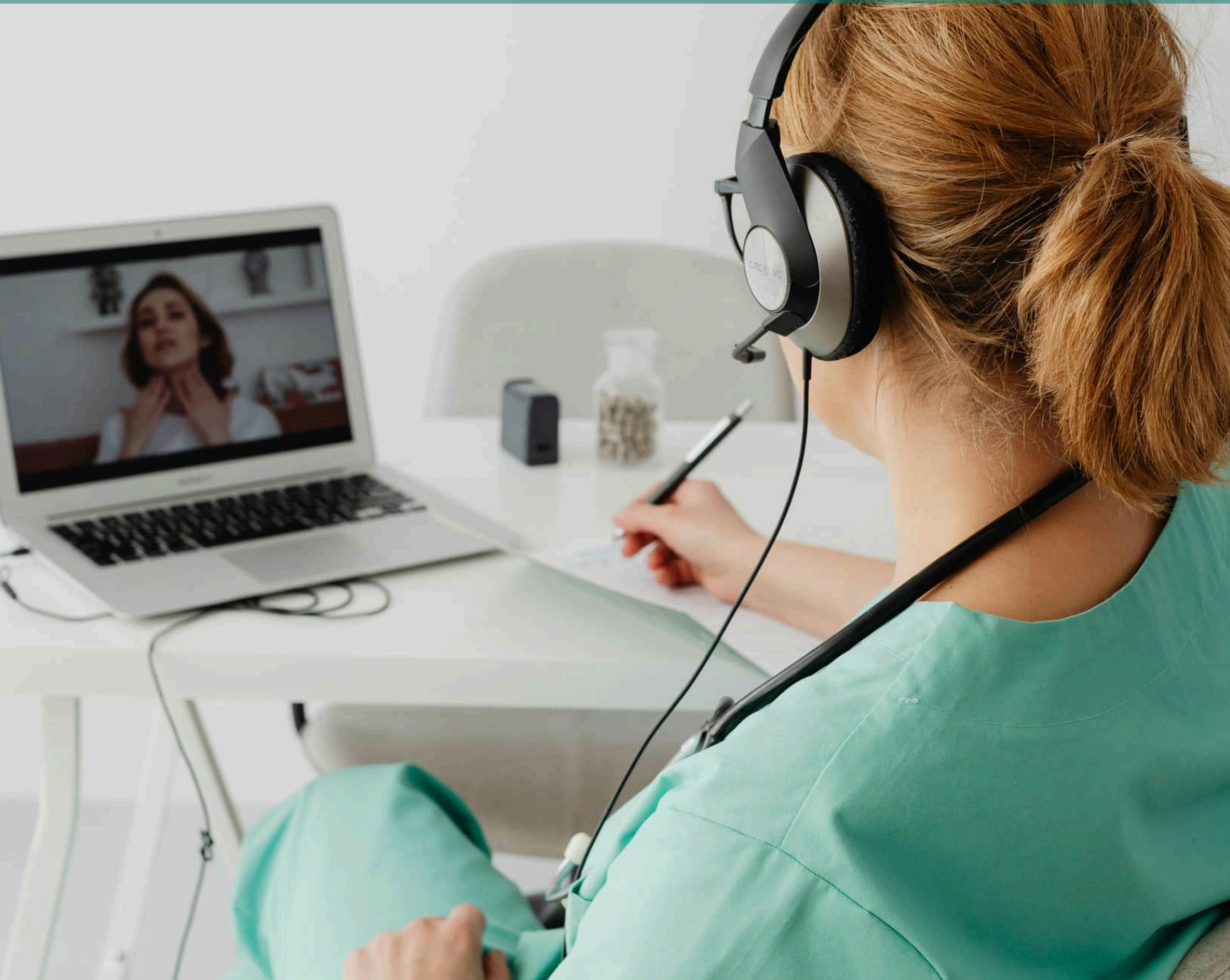
Die Festlegung sowohl der Leistungsauswahl als auch der Vergütung für die Hybrid-DRG 2026 erfolgte – überwiegend gegen die Stimmen der DKG – durch den ergEBA. Die Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband bzw. PKV wurden abgeschlossen.

Die Weiterentwicklung des aG-DRG-Katalogs für das Jahr 2026 war in diesem Jahr maßgeblich durch die starke Abhängigkeit vom Hybrid-DRG-Katalog geprägt. Da der aG-DRG-Katalog 2026 erst finalisiert werden konnte, als die Leistungsdefinitionen und Erlöse der Hybrid-DRG feststanden, verzögerten die Prozesse bei den Hybrid-DRG die Vereinbarung im Jahr 2025.

Für die DKG war u. a. die mit der Ausgliederung der Hybrid-Fälle verbundene Kosten-Erlös-Differenz entscheidungsrelevant. Da in diesem Jahr keine Einigung über die Höhe der Kosten-Erlös-Differenz erreicht werden konnte, verständigten sich die Vertragsparteien auf einen pauschalen Verhandlungskompromiss, mit einer den Case Mix erhöhenden Normierung in Höhe von 57,5 Millionen Euro ohne konkrete Zuordnung einzelner Tatbestände.

Digitalisierung & eHealth

Geschäftsbereich III



Der Geschäftsbereich III (GB III) – Digitalisierung und eHealth – leistete strategisch-technische und prozessuale Beratung im Vorfeld zahlreicher Digitalisierungsvorhaben in den Krankenhäusern, wie beispielsweise der elektronischen Patientenakte (ePA) und des Antrags auf Anschlussrehabilitation.

Telematikinfrastruktur /ePA für alle

GB III begleitet die Entwicklung aller sektorrelevanten Anwendungen der TI sowie die Modernisierungsvorhaben der TI-Plattform. Die Hinweise für die Umsetzung der ePA in den Krankenhäusern wurden unter Einbeziehung einer Experten-Arbeitsgruppe erarbeitet und in regelmäßigen Austauschrunden mit BMG, gematik, bvitg und IT-Experten aus Krankenhäusern diskutiert und fortgeschrieben. In Informationsveranstaltungen für Krankenhäuser wurde zudem über erfolgskritische Umsetzungsbeispiele, Herausforderungen und Best Practices für den Rollout der ePA in den Krankenhäusern informiert und weitere Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt. Zudem hat GB III in Zusammenarbeit mit der Experten-Arbeitsgruppe damit begonnen, die Herausforderungen und fachlichen Anforderungen an die Abbildung des digital gestützten Medikationsprozesses im Krankenhausumfeld zu erarbeiten, und wird dies 2026 fortsetzen.

KI, Gesundheitsdatenraum und Datenaustauschverfahren

GB III begleitete die Erstellung der Durchführungsrechtsakte der EU-Kommission zur Primärnutzung von Daten im Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS). GB III erstellte ein Positionspapier zur Nutzung künstlicher Intelligenz (KI) im Krankenhaus, welches im Oktober veröffentlicht wurde. Das Positionspapier wurde in den Gremien der DKG abgestimmt, eine Expertengruppe hat diesen Prozess intensiv begleitet. GB III hat die Erstellung eines KI-Atlas beauftragt, welcher Auskunft über den aktuellen Umsetzungsstand und die Perspektiven von KI in deutschen Krankenhäusern geben soll.

GB III hat die Weichen für die Einführung zukunftsfähiger Datenaustauschverfahren mit Krankenhäusern unter Verwendung der TI gestellt. Als erste Anwendung wurde die Übermittlung des Antrags auf Anschlussrehabilitation mit Krankenkassen ausgerollt und mit Rentenversicherungsträgern vorbereitet. Die Geschäftsstelle hat zudem notwendige Anpassungen der bestehenden Datenübermittlungsverfahren zu Abrechnungszwecken an die gesetzlichen Anforderungen vorgenommen und die Anbindung der Heilfürsorge der Bundespolizei an die elektronische Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken für 2026 vorbereitet.

Bundeseinheitliche Bestimmung und Bezeichnung von Fachabteilungen

Mit der Krankenhausreform sah der Gesetzgeber auch die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Bestimmung und Bezeichnung der im Verfahren nach § 301 Abs. 1 SGB V verwendeten

Fachabteilungsschlüssel vor. Zu deren Umsetzung haben die Partner der §301-Vereinbarung auf Bundesebene die Verhandlungen aufgenommen. Die Verhandlungen werden innerhalb der Geschäftsstelle von mehreren Geschäftsbereichen, u. a. auch von GB III, unterstützt und werden im Jahr 2026 fortgeführt.

Krankenhausentlassbrief

GB III standardisiert gemeinsam mit der zum Zweck der Entwicklung medizinischer Informationsobjekte von der KBV gegründeten mio42 GmbH den Krankenhausentlassbrief, für den ein Projektupdate veröffentlicht wurde. Der digitale Krankenhausentlassbrief wird ein zentrales Element des Entlassmanagements werden und stellt die Versorgungskontinuität und Information des Patienten über die ePA sicher. Im Jahr 2025 lag der Fokus der Bearbeitung im Geschäftsbereich auf der Vorbereitung einer Pilotierung sowie dem EHDS.

Register

GB III begleitete die Digitalisierung der Gewebespende und die Umsetzung des Implantateregisters. Handhabbare Verfahren für Krankenhäuser standen im Austausch mit dem BMG, dem BfArM und den Kostenträgern dabei im Mittelpunkt. Unklarheiten bei den gesetzlichen Grundlagen des Implantateregisters konnten durch eine gemeinsame Empfehlung der Selbstverwaltungspartner aufgefangen werden. Dennoch stellten Probleme in der Produktdatenbank und bei der KVNR-Vergabe durch private Krankenversicherungsunternehmen alle Beteiligten erneut vor besondere Herausforderungen.

IT-Sicherheit und physische Resilienz

Die 2024 von GB III eingerichtete AG „Resilienz“ wurde zu einer AG des Präsidiums erweitert, um neben den Vorbereitungen für die Erstellung eines branchenspezifischen Resilienzstandards auch zentrale Fragestellungen und Leitplanken für Krankenhäuser im Rahmen der physischen Resilienz zu erarbeiten. Unter anderem wurde gemeinsam mit dem hcb-Institut sowie dem Deutschen Krankenhausinstitut ein Gutachten über den „Investitionsbedarf zur Herstellung der Resilienz deutscher Krankenhäuser“ erstellt. Daneben engagiert sich die DKG in der Nationalen Plattform für Resilienz, welche die Umsetzung der Resilienzstrategie des Bundes begleitet.

GB III hat den branchenspezifischen Sicherheitsstandard (B3S) an die neuen gesetzlichen Regelungen und an die Vorgaben des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zur Bewertung des Reife- und Umsetzungsgrads (RUN) angepasst. Das BSI hat die Eignung der neuen Version 1.3 des B3S festgestellt.

ISiK – informationstechnische Systeme in Krankenhäusern

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



QUALITÄT DER VERSORGUNG & PSYCHIATRIE

Geschäftsbereich IV

Qualität der Versorgung und Psychiatrie

Die DKG arbeitet im Auftrag des Gesetzgebers daran, die Qualität der Patientenversorgung in Krankenhäusern kontinuierlich zu verbessern und eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in Deutschland zu gewährleisten. Sie behandelt zentrale Themen wie Patientensicherheit, Qualitätsmanagement, datengestützte Qualitätssicherung, Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Mindestmengen, Zweitmeinungsverfahren, Qualitätsverträge, Qualitätsprüfungen, Qualitätstransparenz sowie internationale Themen der Versorgungsqualität. Darüber hinaus beteiligt sich die DKG an der Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben in der Transplantationsmedizin und Organspende sowie in der Psychiatrie und Psychosomatik und engagiert sich bei den Themen Hygiene, Katastrophenschutz, Klimaschutz, Nachhaltigkeit, Krebsregister, Gesundheitskompetenz und Kinderschutz. Diese Aufgaben werden in zahlreichen Gremien der DKG, des G-BA, des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), der Bundesärztekammer sowie in Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner bearbeitet.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Um im Rahmen der Krankenhausreform flächendeckend eine wohnortnahe medizinische Grundversorgung sicherzustellen, werden sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen als neue Versorgungsform eingeführt. Sie sollen keine medizinisch-komplexen, risikoreichen oder spezialisierten Leistungen erbringen, sondern als Bindeglied der stationären, pflegerischen und ambulanten Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten und im Rahmen regionaler Versorgungsnetzwerke eine innovative Schlüsselrolle einnehmen. Die DKG setzt sich für ein möglichst breites Leistungsspektrum ein, sodass die Bundesländer ausreichend Spielraum bei der Zuteilung der konkreten Versorgungsaufträge erhalten.

Evidenzbasierung von Strukturanforderungen: Beschluss zur Verfahrensordnung des G-BA

Auf Initiative der DKG hat der G-BA am 18. September einen neuen Abschnitt in seine Verfahrensordnung aufgenommen, der künftig das Verfahren zur Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in den Richtlinien des G-BA regelt. Damit wird ein transparentes, wissenschaftlich fundiertes und rechtssicheres Vorgehen etabliert. Mindestanforderungen müssen ein belegtes Versorgungsrisiko und ein Qualitätsziel adressieren. Ihrer Festlegung geht eine Evidenzrecherche voraus, ergänzt bei Bedarf durch Expertenbewertungen. Jede Richtlinie wird evaluiert und bei Bedarf angepasst. Mit diesem Beschluss stärkt der G-BA die Verankerung wissenschaftlicher und evidenzbasierter Prinzipien in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung.

Qualitätssicherung in Hebammenkreißsälen

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz beauftragt den G-BA, in einer Richtlinie geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Kreißsälen festzulegen, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer dort angestellten Hebamme geleitet werden. Die hebammengeleitete Betreuung soll als ergänzendes Angebot in der Geburtshilfe etabliert werden. Die DKG hat bei der Richtlinienentwicklung im G-BA auf etablierte und bewährte Strukturen und Prozesse in Hebammenkreißsälen und auf entsprechende Konzepte in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hebammenverband (DHV) zurückgegriffen.

Patientensicherheit: Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0

Die DKG ist Mitbegründerin des Krankenhaus-CIRS-Netztes Deutschland 2.0, eines bundesweiten einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystems. Seit Inkrafttreten der „Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme“ des G-BA melden Krankenhäuser kritische Ereignisse an Fehlermeldesysteme und stellen sie der Öffentlichkeit als Lernquelle zur Verfügung, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Auf ihren Internetseiten präsentiert die DKG Best-Practice-Beispiele, wie Krankenhäuser gemeldete CIRS-Fälle nutzen. Zudem veröffentlicht die DKG regelmäßig den „Fall des Monats“, um auf besonders interessante CIRS-Fälle und Lösungsansätze aufmerksam zu machen.

Psychiatrische und psychosomatische Versorgung

Mit dem diesjährigen Beschluss zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) erreichte die DKG wichtige Flexibilisierungen beim Personaleinsatz und konnte bürokratische Aufwände reduzieren. Angesichts der ab 2026 in Kraft tretenden Sanktionen engagiert sich die DKG auch weiterhin bei der Weiterentwicklung der PPP-RL mit dem Ziel, die Umsetzung der Richtlinie zu erleichtern. Ihre aktualisierten Forderungen nach Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fasste die DKG in einem Positionspapier für die 21. Legislaturperiode zusammen.

Reform der datengestützten Qualitätssicherung

2025 hat der G-BA die umfassende Weiterentwicklung der 15 Verfahren der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung weitgehend abgeschlossen. Durch Anpassungen und Streichung von Qualitätsindikatoren sowie stärkere Nutzung von Abrechnungsdaten als Datenquelle konnte der Dokumentationsaufwand in Krankenhäusern reduziert werden. Um den Nutzen der Verfahren weiter zu steigern, setzt sich die DKG dafür ein, den Umgang mit auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen neu zu gestalten. Das IQTIG hat dafür ein Konzept vorgelegt, das aus Sicht der DKG zeitnah erprobt werden sollte. Zudem wurde 2025 die Einführung des Verfahrens Sepsis vorbereitet, das 2026 startet.



AMBULANTE UND STATIONÄRE KLINISCHE VERSORGUNG

Geschäftsbereich V

Die Umsetzung und Weiterentwicklung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVVG) haben die Arbeit des Geschäftsbereichs V für ambulante und stationäre klinische Versorgung im Jahr 2025 geprägt.

Leistungsgruppenausschuss erarbeitet Empfehlungen zur Krankenhausorganisation

Ein Element der Krankenhausreform ist die Einrichtung des Leistungsgruppenausschusses – ein Gremium, das für die Bundesregierung Vorschläge für die Struktur der Leistungsgruppen erarbeiten soll, die künftig darüber bestimmen, welche Leistungen Krankenhäuser anbieten und abrechnen können. In diesem Gremium arbeiten neben der DKG auch Vertreterinnen und Vertreter aus Krankenkassen, Bundesärztekammer, Hochschulmedizin und Pflege. Der Medizinische Dienst und die Patientenvertretung können beratend an den Sitzungen teilnehmen.

Der Leistungsgruppenausschuss berät sich fachlich-inhaltlich mit dem Ziel, Empfehlungen für eine Rechtsverordnung zu erarbeiten, mit der das Bundesgesundheitsministerium wiederum Krankenhausleistungen in Leistungsgruppen einteilt und Qualitätskriterien festlegt.

Als Basis dienen zunächst die 61 Leistungsgruppen, mit denen die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen bereits gearbeitet hatte. Geplant war die Rechtsverordnung für den 31. März, bis heute ist sie allerdings nicht erlassen.

Der Geschäftsbereich V hat sowohl die Beratungen zu der Geschäftsordnung als auch die fachlich-inhaltlichen Beratungen zu den einzelnen Leistungsgruppen im Ausschuss und dessen Arbeitsgruppe begleitet. Hierfür stand er im engen Austausch mit fachlichen Experten aus den Mitgliedsverbänden der DKG.

Nach der Verabschiedung der Geschäftsordnung hat der Ausschuss zahlreiche Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen erarbeitet. Die initialen Empfehlungen dienten vor allem dazu, Unrichtigkeiten und identische Vorgaben zu bereinigen und mehr Verständlichkeit zu schaffen. Erfreulicherweise sind diese ersten Beschlüsse zu den Leistungsgruppen bereits in das Krankenhausreformanpassungsgesetz – die Reform der Krankenhausreform nach dem Ende der Ampelkoalition – eingeflossen. Im Weiteren wurde ein einheitliches Verständnis unbestimmter Begriffe hergestellt. Der Ausschuss hat gleichermaßen darüber beraten, wie sich bestimmte medizinische Bereiche, z. B. die Kinder- und Jugend- sowie die Schmerzmedizin, abbilden lassen.

Daneben hat sich der Geschäftsbereich an den Verhandlungen über die Erarbeitung eines bundeseinheitlichen Fachabteilungsschlüssels beteiligt, der für die Zuordnung der Leistungsgruppen relevant ist. Der Fachabteilungsschlüssel ist ein Kode, der eindeutig einer Fachabteilung zuzuordnen ist. Er dient u. a. der Abrechnung und Qualitätssicherung.

Weiterentwicklung von Klassifikationen, Kodierrichtlinien und Schlichtung von Kodier- und Abrechnungsfragen

Der Geschäftsbereich V arbeitet im Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen mit und stellt dort zwei seiner Mitglieder. Das Kuratorium berät das Bundesinstitut für Arzneimittel

und Medizinprodukte (BfArM) bei seiner jährlichen Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen ICD und OPS. Aufgabe des Geschäftsbereichs ist es damit, die Interessen der Krankenhäuser bei diesen zentralen Klassifikationen zu vertreten. Abschließende Entscheidungsbefugnis hat das rein beratende Gremium und damit auch die Vertreterinnen und Vertreter nicht. Diese liegt ausschließlich beim BfArM bzw. beim Bundesgesundheitsministerium.

Der Geschäftsbereich V vertritt zudem die DKG im Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen, der mit dem MDK-Reformgesetz eingeführt wurde. 2025 hat der Schlichtungsausschuss über die Kodierung von Komplikationen bei Diabetes mellitus entschieden. Unter Beteiligung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und der Bundesärztekammer passen DKG und GKV jährlich die Kodierrichtlinien für den somatischen Bereich (DRG-System) und für das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen an.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

In den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses und im ergänzenden Bewertungsausschuss vertritt der Geschäftsbereich V die DKG zum Thema „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)“.

2025 hat der G-BA eine Anlage zur Behandlung von angeborenen Skelettsystemfehlbildungen sowie zur Behandlung des Kurzdarmsyndroms erarbeitet. Damit hat er zwei weitere Indikationsbereiche in die ASV überführt, die zuvor Teil der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK-RL) waren. Insbesondere die Abbildung der angeborenen Skelettsystemfehlbildungen erwies sich in Anbetracht der zahlreichen ursächlichen (seltenen) Erkrankungen und der unterschiedlichen Anforderungen an die Teamstruktur als herausfordernd. Weitere inhaltliche Schwerpunkte in der ASV waren die Anpassung des Aktualisierungsprozesses der Richtlinie und der Appendizes, infolge deren der G-BA nun zweimal jährlich über Anpassungsbedarf berät. Auch hat der G-BA Anpassungsbeschlüsse zu den im Dezember 2024 beschlossenen Anlagen zu Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung sowie zur Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation gefällt. Somit stehen Patientinnen und Patienten aus den genannten medizinischen Bereichen hoffentlich auch künftig bessere ambulante Versorgungsstrukturen zur Verfügung.

Förderung neuer Versorgungsformen und der Versorgungsforschung

Um neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung zu fördern, hat der G-BA einen Innovationsausschuss eingerichtet, in dem auch die DKG über den Geschäftsbereich für ambulante und klinische Versorgung vertreten ist. Der Ausschuss empfiehlt u. a., welche neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung überführt werden. Der Ausschuss hat 2025 sieben Förderbekanntmachungen veröffentlicht, rund 500 Anträge bewertet und 112 Projekte für eine Förderung oder zur Ausarbeitung eines Vollertrags ausgewählt.

METHODENBEWERTUNG, DISEASE-MANAGEMENT- PROGRAMME UND VERANLASSTE LEISTUNGEN

Geschäftsbereich VI

Die Abteilung 1 Geschäftsbereich VI – Evidenzbasierte medizinische Versorgung & G-BA – befasst sich insbesondere mit den Themen Methodenbewertung, Disease-Management-Programme und veranlasste Leistungen und begleitet für die DKG die diesbezüglichen Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Anerkennung der Liposuktion bei Lipödem als Kassenleistung

Die Bewertung nichtmedikamentöser Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, gern auch kurz als **Methodenbewertung** bezeichnet, dient der Konkretisierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu waren auch 2025 wieder zu einer ganzen Reihe von Themen Beratungen im G-BA anhängig. Besonders bemerkenswert war dabei ohne Zweifel der Abschluss des Bewertungsverfahrens zur Liposuktion bei Lipödem. Bekanntermaßen hatte diese Methode in der Amtszeit von Bundesgesundheitsminister Spahn für erhebliche Diskussionen im politischen Raum geführt. Der G-BA hatte seinerzeit eine Erprobungsstudie initiiert, welche die noch fehlenden Erkenntnisse für eine abschließende Bewertung erbringen sollte, was schließlich auch erfolgreich umgesetzt werden konnte. Auf dieser Grundlage konnte der G-BA 2025 die Liposuktion bei Lipödem nunmehr als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkennen. Er hat diese Entscheidung mit einem Beschluss über eine Qualitätssicherungsrichtlinie verknüpft, die bei der Anwendung der Methode zu beachten ist. Viel Aufmerksamkeit erlangte auch der 2025 nach aufwendigen Beratungen gefasste Beschluss über die Einführung einer Früherkennungsuntersuchung auf Lungenkrebs. Die Besonderheit: Die Früherkennung wendet sich ausschließlich an Raucher. Wenngleich der Nutzen dieses Verfahrens gar nicht infrage gestellt werden soll, bleibt ein Blick auf die Prävention des Tabakkonsums jedoch unausweichlich. In dieser Hinsicht besteht ohne Zweifel noch viel Luft nach oben, sei es beispielsweise durch eine Erhöhung der Tabaksteuer, Zugangserschwernisse oder mehr strukturierte gesundheitliche Aufklärung (Stichwort „Schulfach Gesundheitskompetenz“). Ein Aspekt, der im Aufgabenheft der Politik weit oben stehen sollte. Interessant dürfte der Beschluss zur Früherkennungsuntersuchung auf Lungenkrebs für Krankenhäuser sein, die auf die Behandlung von Lungenkrebs spezialisiert sind. Weist ein CT-Bild Auffälligkeiten auf, so soll es ein zweiter Radiologe mit besonderer Expertise zusätzlich begutachten.

Auch 2025 nahmen im Übrigen die Beratungen zu Erprobungen von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wieder einen wichtigen Platz ein. An den diesbezüglichen Studien nehmen vorwiegend Krankenhäuser teil. Aktuell sind etwa 18 solcher Studien in Vorbereitung oder am Laufen.

Disease-Management-Programme für chronisch kranke Menschen

Zu den Aufgaben des G-BA gehört es auch, Anforderungen an sogenannte Disease-Management-Programme (DMP) zu entwickeln und im Anschluss regelmäßig zu aktualisieren. Die damit verbundenen Angebote einer strukturierten Versorgung richten sich an Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen. Sie folgen einem fach- und sektorenübergreifenden Ansatz und orientieren sich eng an Leitlinienempfehlungen und betreffen mittlerweile zwölf Erkrankungsbilder. Allerdings befinden sich noch nicht alle davon in der Umsetzung. 2025 gab es Aktualisierungen in den Anforderungen an die DMP Diabetes mellitus Typ 1, Koronare Herzkrankheiten und Depression. Außerdem hat der GB-A erstmals Regelungen zu einer möglichen weiter gehenden digitalen Ausgestaltung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 beschlossen.

Der Bereich der **veranlassten Leistungen** umfasst Richtlinien des G-BA zu einer ganzen Reihe nichtärztlicher Maßnahmen, die ebenfalls von maßgeblicher Bedeutung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten sind. Auch Krankenhäuser dürfen solche Maßnahmen unter bestimmten Voraussetzungen im Zuge der Entlassung verordnen, um einen fließenden Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung zu sichern. Beispiele für solche Leistungen stellen die häusliche Krankenpflege, Heilmittel und andere dar. Auch 2025 wurden einzelne Richtlinien bedingt durch gesetzliche Änderungen oder Hinweise aus der Versorgung angepasst. Dies betraf auch nochmals die Richtlinie für die außerklinische Intensivpflege, da weiterhin Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser komplexen Richtlinie berichtet wurden.

Gewebe und Blut

Abseits der Themenkomplexe mit G-BA-Bezug befasst sich die Abteilung auch mit der Thematik „Gewebe und Blut“. Dahinter verbergen sich u. a. Blutbestandteile, die Hornhaut des Auges, Herzklappen, Knochen oder Knorpel. Diese haben mittlerweile einen festen Platz in der Behandlung und unterliegen umfänglichen Vorschriften. Von Bedeutung, insbesondere auch für Krankenhäuser, wird künftig die komplexe EU-Verordnung für Blut, Blutbestandteile, Gewebe und Zellen (SoHO-VO) sein. DKG-intern befasst sich eine Arbeitsgruppe damit. Aufgrund der Komplexität und Vielfalt arbeiten in ihr auch die DKG-Geschäftsbereiche für Recht, für Digitalisierung und Politik sowie eine Reihe von Fachexperten aus den Krankenhäusern mit. Die Arbeitsgruppe hat einerseits das Ziel, eine Orientierungshilfe zur Umsetzung der Verordnung zu erarbeiten und andererseits den noch bis 2027 andauernden Weg der Implementierung der Verordnung mit Hinweisen an maßgebliche Akteure, wie beispielsweise das Bundesministerium für Gesundheit, konstruktiv zu begleiten.



ARZNEIMITTEL UND NOTFALLMEDIZIN

Geschäftsbereich VI

Versorgungsrelevante Aspekte rund um die Themen Arzneimittel und ambulante Notfallbehandlung an Krankenhäusern haben die Arbeit der Abteilung geprägt. Dabei wirkte die DKG an zahlreichen gesetzlichen Aufgaben im G-BA, an aktuellen Entwicklungen bei (innovativen) Arzneimitteln, nationalen und europäischen Gesetzgebungen und Diskussionen rund um eine Reform der ambulanten Notfallversorgung intensiv mit.

Positionspapier für Arzneimittelversorgung an Krankenhäusern
Vor dem Hintergrund zunehmender regulatorischer Vorgaben für Krankenhausapotheken und zahlreicher Herausforderungen rund um die Versorgung mit Arzneimitteln hat der Bereich erstmals ein umfangreiches DKG-Positionspapier erstellt. Das Papier thematisiert eine Reihe von zentralen Problemen und Lösungsansätzen. Neben praktisch relevanten Handlungsfeldern mit Fokus auf Abläufe in Krankenhäusern und Krankenhausapotheken beinhaltet es auch eine Reihe regulatorischer Lösungsansätze, die aus Sicht der Krankenhäuser vor dem Hintergrund steigender GKV-Arzneimittelausgaben, bestehender Lieferengpässe und hoher Bürokratielast von besonderer Relevanz sind.

Anstrengungen zur Bekämpfung von Arzneimittellieferengpässen

Die DKG stand auch 2025 im Austausch mit Politik, Krankenhäusern, Verbänden, Bundesoberbehörden und Herstellern, um Lieferengpässe von krankhausrelevanten Wirkstoffen abzumildern und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Playern zu stärken. Für nachhaltige Ergebnisse in dieser multikausalen Problematik sind aber Anstrengungen auf nationaler und internationaler politischer Ebene notwendig. Die DKG unterstützt daher erkennbare Ansätze für ein nationales Handeln und begleitet aktiv den Pharma- und Medizintechnologie-Dialog. Auch begrüßt sie Ansätze zu einem gemeinsamen europäischen Handeln im Rahmen der aktuellen EU-Gesetzgebung. Nach wie vor fehlen in Deutschland aber Verpflichtungen der Arzneimittelhersteller zur Belieferung von Krankenhäusern. Dabei wäre dies ein erster wichtiger Schritt zur Stabilisierung der stationären Arzneimittelversorgung, auch im Hinblick auf Resilienzstrategien des Bundes.

Erstmals Medikament zur kausalen Behandlung der frühen Alzheimer-Demenz

Mit Lecanemab steht in Deutschland erstmals ein Medikament zur Verfügung, das an den Ursachen einer frühen Alzheimer-Demenz ansetzen und das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen soll. Es wird erwartet, dass die Therapie vorrangig an Krankenhäusern verabreicht wird, da ihr Einsatz aufwendig ist und mit Nebenwirkungen einhergehen kann. Mit der nicht ganz reibungslosen EU-Zulassung ging eine gewisse Unruhe in Deutschland einher.

Mit der Behandlung assoziierte Arzneimittel- und Diagnostikkosten, Nebenwirkungsprofile, richtige Patientenselektion und Verordnungsbefugnisse haben die Diskussionen bestimmt. Zuletzt legte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Rahmen des AMNOG-Verfahrens eine Nutzenbewertung vor, die dem Medikament keinen Zusatznutzen bescheinigt. Die Diskussionen sind also noch nicht abgeschlossen. Aufgrund der Krankenhausrelevanz wird die DKG sie weiterhin kritisch, aber im Sinne von Patientinnen und Patienten konstruktiv begleiten.

Neuer Anlauf für Notfallreform

Nach mehreren vergeblichen Anläufen der Vorgängerregierungen hat sich das BMG unter neuer Führung des dringenden Reformbedarfs in der ambulanten Notfallversorgung angenommen. Ende des Jahres legte es einen entsprechenden Referentenentwurf vor, der die ambulante Notfallversorgung verbessern soll. Die DKG unterstützt das Vorhaben intensiv, denn die Defizite sind seit vielen Jahren und nunmehr Jahrzehnten deutlich spürbar, sowohl bei den Bürgerinnen und Bürgern als auch beim medizinischen Personal in Notaufnahmen. Daher hat die DKG bereits Mitte des Jahres und im Vorfeld eines Gesetzgebungsverfahrens ein ausführliches Positionspapier veröffentlicht und zu dem vorgelegten Referentenentwurf umfangreich Stellung bezogen.

Leider bleibt der Referentenentwurf weit hinter den Vorstellungen der Krankenhäuser zurück. Auch wenn die Krankenhäuser das Ansinnen teilen, Patientinnen und Patienten zentral zu steuern und Integrierte Notfallzentren flächendeckend zu etablieren, fehlt die politische Vehemenz, die zentrale Patientensteuerung transparent und verbindlich und damit ernsthaft zur Wirkung zu bringen. Zudem ist die von den Krankenhäusern geforderte Vorhaltevergütung ausgeblieben. Auch fehlen Elemente zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Die Menschen müssen aber unterscheiden können, ob Schmerzen, Erkrankungen und Verletzungen in einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis behandlungsbedürftig sind oder ob sie von selbst bzw. mit Hausmitteln heilbar sind. Genauso müssen sie allgemeine medizinische Behandlungsbedarfe von echten Notfällen unterscheiden können. Soll das System der Notfallversorgung ohne Überlastung funktionieren, darf es nicht mehr undifferenziert als Anlaufstelle für sämtliche medizinische Probleme herhalten müssen.

Die Krankenhäuser stehen bereit, in Zukunft noch enger mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zusammenzuarbeiten und die ambulante Notfallversorgung aufrechtzuerhalten. Krankenhäuser müssen aber fair behandelt und ihre Aufwände refinanziert werden. Nur so können die KVen weiterhin bei der Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung unterstützen. Trotz dieser Unzulänglichkeiten sieht die DKG dem geplanten parlamentarischen Verfahren 2026 konstruktiv entgegen.



Zeitschrift das Krankenhaus

Das Hoffen auf einen neuen Politikstil prägte die Stimmung der Kliniken nach der Bundestagswahl Ende Februar 2025 – und viele Beiträge und Berichte in „das Krankenhaus“. Eine „Zeitenwende auch in der Gesundheitspolitik“ forderte DKG-Vorstandsvorsitzender Dr. Gerald Gaß im Editorial der Februarausgabe. Das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) konnte diese Hoffnung nicht wirklich erfüllen, wie zahlreiche Autoren aus unterschiedlicher Perspektive erläuterten und kritisierten.

Ob und wann die Reform mit der Einführung von Leistungsgruppen und einer neuen Versorgungslogik tatsächlich ihre Wirkung entfalten kann und wie die Bundesländer agieren, bestimmte 2025 die Berichterstattung in der Rubrik „Politik“ wie auch Fachbeiträge der Wissenschaftler und Klinikmanager. Doch war auch zum Ende des Jahres noch nicht abzusehen, wie am Ende das KHAG aussehen wird. So war es auch 2025 nicht gelungen, klare Rahmenbedingungen für die Kliniken zu schaffen.

Ist eine Verbesserung für die Krankenhäuser, für die dort Beschäftigten, für die Patienten in Sicht? Die Hoffnung auf finanziellen Ausgleich, die mit dem Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) zur Umsetzung der Krankenhausreform verbunden war, wurde im Herbst deutlich gedämpft, wenn nicht gar zunichtegemacht. Anfang Oktober gab die Bundesregierung ihre Sparpläne zur Entastung der gesetzlichen Krankenversicherungen bekannt: mit Kürzungen von 1,8 Millionen Euro zulasten der Krankenhäuser.

Mit dem KHAG und den angekündigten Sparmaßnahmen sende die Politik ein fatales Signal, es gehe nicht um eine bessere, planvollere Versorgung – es gehe um Reduktion, Einsparung und Rückzug, so der Tenor der Berichte am Ende des Jahres. Dr. Gerald Gaß schrieb: „Die Wahrheit ist: Diese Reform, so wie sie derzeit ausgestaltet wird, ist kein Reformwerk, sondern ein kalter Strukturwandel.“

Die sich weiter zuspitzende wirtschaftliche Situation der Kliniken in Deutschland sowie mögliche Lösungsansätze in Praxis und Politik fanden in vielen der rund 120 fundierten Artikel und Fachbeiträge rund um Krankenhausführung und -management in 13 Ausgaben von „das Krankenhaus“ ihren Niederschlag. Daneben gab es zahlreiche Fachbeiträge beispielsweise zur wachsenden Bürokratielast und möglichen Ansätzen für einen Abbau regulatorischer Anforderungen. Ein weiteres Kernthema waren auch im Jahr 2025 die Resilienz und Krisentauglichkeit der Kliniken. Die hcb GmbH und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) haben im vergangenen Jahr im Auftrag der DKG die Krisenresilienz deutscher Krankenhäuser untersucht. Die Ergebnisse des Gutachtens, das in „das Krankenhaus“ vorgestellt wurde, sind eindrucksvoll: Allein um die Resilienz im Fall von Cyberangriffen und Sabotage herzustellen, werden rund 2,7 Milliarden Euro benötigt.

Ebenso beschäftigte die Fach- und Gastautoren der ins Stocken geratene Gesetzgebungsprozess für eine Reform der Notfallversorgung und die Ambulantisierung stationärer Leistungen und die Einführung der Hybrid-DRGs – „ein Weg mit erheblichen

Risiken und Nebenwirkungen“, war das Ergebnis einer profunden Analyse in der Oktoberausgabe.

Welcher Gestaltungsspielraum wird Ländern und Klinikträgern bleiben? Wird die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verbessert? Ist die versprochene Entbürokratisierung in Sicht? In den meisten Beiträgen wurden diese Fragen auch 2025 unterm Strich negativ beantwortet. Dr. Gerald Gaß betitelte das Editorial der Aprilausgabe mit „Den Bürokratiewahnsinn stoppen!“. Und im Oktober-Editorial forderte er „Überregulierung stoppen statt Leistungen rationieren“.

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

Beiträge zu Insolvenzen, zu Strategien der Krisenbewältigung und zur Kliniksanieierung waren regelmäßig Thema in „das Krankenhaus“. Immer wieder berichteten Praktiker aus den Kliniken unterschiedlicher Trägerschaft über die Auswirkungen der Gesundheitspolitik vor Ort. So erläuterte der Geschäftsführer des Krankenhauses Stockach GmbH Michael Hanke beispielsweise in „Makroökonomische Gesundheitspolitik und mikroökonomische Realitäten“ die Gesundheitspolitik aus der Perspektive einer Klinik der Grundversorgung: „unkalkulierbare und ruinöse Rahmenbedingungen“.

Auch die Rubriken „Rechtsprechung“, „Recht und Praxis“ sowie „Steuerrecht“ gaben wie gewohnt fundierte Hinweise zu wichtigen juristischen Aspekten der stationären Versorgung.

Die Zeitschrift begleitete mit ihrer Berichterstattung die Debatten der Selbstverwaltungspartner im G-BA. Die Analysen und Stellungnahmen der DKG und ihrer Mitgliedsverbände zu den aktuellen krankenhauspolitischen Themen und zu den zentralen Anliegen der Krankenhäuser wurden in Texten, Berichten und Interviews verdeutlicht, die teilweise unter www.daskrankenhaus.de frei verfügbar sind. Die Website der Zeitschrift, die auch für Nichtabonnenten leicht zugängliche Artikel etwa aus den Rubriken „Politik“ oder „Nachrichten“ stets aktuell anbietet, erfreut sich steigender Nachfrage. Auch der regelmäßige Newsletter anlässlich des Erscheinens der jeweils aktuellen Ausgabe und zu Schwerpunktthemen im „Newsletter kompakt“, der neben aktuellen Nachrichten die Perspektive und die besondere Situation der Kliniken eines Bundeslands oder einer Trägergruppe beleuchtet, stößt auf zunehmendes Interesse.

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.

Das Präsidium der DKG



Präsident

Ingo Morell

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



Vizepräsidentin

Dr. Gundula Werner

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



Vizepräsident

Thomas Lemke

- Vorstandsmitglied im Bundesverband Deutscher Privatkliniken
- Vorstandsvorsitzender Sana Kliniken AG

weitere Mitglieder

Von den Spitzenverbänden

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband

- Hendrik Hahndorf, Vorstandsvorsitzender Arbeiterwohlfahrt Landesverband Sachsen-Anhalt

Bundesverband Deutscher Privatkliniken

- Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer Bundesverband Deutscher Privatkliniken

Deutscher Caritasverband e.V.

- Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin Katholischer Krankenhausverband Deutschland

Deutscher Landkreistag

- Jörg Freese, Beigeordneter Deutscher Landkreistag

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband

- Lisa Marcella Klieme, Der Paritätische Gesamtverband

Deutscher Städte- und Gemeindebund

- Marc Elxnat, Dezernatsleiter Deutscher Städte- und Gemeindebund

Deutscher Städtetag

- Manfred Wendl, Vorstand Klinikum St. Marien Amberg

Deutsches Rotes Kreuz

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

Deutsche Rentenversicherung Bund

- Brigitte Gross, Direktorin Deutsche Rentenversicherung Bund

Diakonie Deutschland

- Pfarrer Christoph Radbruch, Vorstandsvorsitzender Deutscher Evangelischer Krankenhausverband

Verband der Universitätsklinika Deutschlands

- Jens Bussmann, Generalsekretär Verband der Universitätsklinika Deutschlands

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

- Dr. Leo Latasch, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Von den Landesverbänden

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft

- Landrat Heiner Scheffold (Vorstandsvorsitzender), Alb-Donau-Kreis, Ulm

Bayerische Krankenhausgesellschaft

- Landrätin Tamara Bischof (Vorsitzende), Kitzingen

Berliner Krankenhausgesellschaft

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

Krankenhausgesellschaft Brandenburg

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

Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen

- Thomas Kruse (Vorsitzender)

Hamburgische Krankenhausgesellschaft

- Joachim Gemmel (1. Vorsitzender), CEO der Asklepios-Kliniken

Hessische Krankenhausgesellschaft

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

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern

- Jan Weyer (Vorsitzender), Geschäftsführer DRK-Krankenhaus Grevesmühlen

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

- Landrat Rainer Rempe (Vorsitzender), Hannover

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

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

Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz

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

Saarländische Krankenhausgesellschaft

- Dr. Christian Braun (Vorsitzender), Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor Klinikum Saarbrücken gGmbH

Krankenhausgesellschaft Sachsen

- Dr. Sven U. Langner (Vorstandsvorsitzender), Dresden

Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt

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

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein

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

Krankenhausgesellschaft Thüringen

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

Das Präsidium der DKG

weitere Mitglieder

Beratende Mitglieder

- Dr. Dirk Tenzer, Vorsitzender des Fachausschusses Personalwesen und Krankenhausorganisation
- Matthias Einwag, Vorsitzender des Fachausschusses Krankenhausfinanzierung, Hauptgeschäftsführer Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
- Roland Engehausen, Vorsitzender des DKG-Fachausschusses Daten-Information und -Kommunikation, Geschäftsführer Bayerische Krankenhausgesellschaft
- Friedrich R. München, Vorsitzender des Fachausschusses für Recht und Verträge, Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V., Leipzig
- PD Dr. Michael A. Weber, Vorsitzender des Fachausschusses Medizin, Präsident Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands
- Dr. Stephan Pantenburg, Präsident Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf

Die Geschäftsstelle der DKG



Geschäftsleitung

Vorstandsvorsitzender **Dr. Gerald Gaß**

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

Februar 2026 RA Claudia Reich

- Sekretariat 030 39 801 1001

Presse und Öffentlichkeitsarbeit

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

- Sekretariat 030 39 801 1021

Geschäftsbereich Zentrale Aufgaben

Geschäftsbereichsleitung: **RA Andreas Wagener/ab Februar 2026 RA Claudia Reich**

- Rechtsabteilung, Leitung: RA Andreas Wagener/ab Februar 2026 RA Claudia Reich
- Sekretariat 030 39 801 1410

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

Geschäftsbereich I - Krankenhauspersonal und Politik

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

- Abteilung Krankenhauspersonal, Leitung: Sabrina Krause
- Sekretariat 030 39 801 2011

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

Geschäftsbereich II - Finanzierung und Versorgungsplanung

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

- Sekretariat 030 39 801 1210

Geschäftsbereich III - Digitalisierung und eHealth

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

- Sekretariat 030 39 801 1310

Geschäftsbereich IV - Qualität der Versorgung und Psychiatrie

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

- Sekretariat 030 39 801 1710

Geschäftsbereich V - Ambulante und stationäre klinische Versorgung

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

- Sekretariat 030 39 801 1510

Geschäftsbereich VI - Evidenzbasierte medizinische Versorgung und G-BA

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

- Abteilung Methodenbewertung/DMP/Veranlasste Leistungen, Leitung: Dr. med. Michael Brenske
- Sekretariat 030 39 801 1611

- Abteilung Arzneimittel und Notfallmedizin, Leitung: Özlem Acikgöz
- Sekretariat 030 39 801 1610

Redaktion „Das Krankenhaus“

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

- Sekretariat 030 20 8472 943

Fachausschüsse, Kommissionen und Sachverständigengremien



Fachausschüsse (FA)

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

Kommissionen (Ko.)

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

Arbeitsgruppen (AG)

- AG § 301-Datenübermittlung
- AG Attraktivität Pflegeberufe
- BMG-Beirat Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus
- BMG-Expertenkommission OTA/ATA
- AG B3S-Überarbeitung
- AG Budgetfragen
- AG DEMIS
- AG Drittauslagerung von Krankenhausleistungen
- AG DeQS-Richtlinie
- AG EBM
- AG Entlassmanagement Expertentreffen
Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
- AG ePA für alle
- AG Ersteinschätzung Notfallmedizin
- AG Expertengruppe Definition von
Krankenhausstandorten
- AG Fachabteilungen
- AG Fächerübergreifende Steuerungsgruppe
Gemeinsames Gespräch DKG/LKG/LAK Umweltschutz
im Krankenhaus
- AG Forschungsprojekt KI-Atlas
- AG Fortschreibung eVV
- AG Hybrid-DRG
- AG Hygiene

- AG Integrierte Notfallzentren - eLA
- AG IT-Strategie
- AG Klassifikationen
- AG Klimaschutz/Nachhaltigkeit im Krankenhaus
- AG KHVVG-konforme Kooperationsverträge für
Fachkliniken
- AG Konzertierte Aktion Pflege
- AG Krankenhausstrukturplanung des FA „Medizin“
- AG Lieferkettensorgfaltspflichtgesetz
- AG MD
- AG MD-Datenübermittlung
- AG Notfallversorgung
- AG Organspende und Transplantationsmedizin
- AG OTA/ATA
- AG Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie
- AG Pflegefinanzierung
- AG Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument
- AG Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
- AG Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- AG Resilienz
- AG Schlichtungsausschuss
- AG Steuern
- AG SoHo
- AG Weiterentwicklung der Pflegeberufe
- AG Weiterentwicklung Qualitätsberichte

Mitwirkung in Gremien der Selbstverwaltung

- Bundesschiedsstelle
- Schlichtungsausschuss Bund
- Spitzengespräch DKG/GKV/PKV
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Plenum)
Innovationsausschuss
- Beirat des Zentrums für Krebsregisterdaten

Mitwirkung in den Gremien zur Organspende und Transplantationsmedizin

- Prüfungs- und Überwachungskommission,
- Ständige Kommission Organtransplantation,
- Gremien der Deutschen Stiftung Organtransplantation
- Eurotransplant

Mitgliedschaft in internationalen Verbänden und Organisationen

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

Impressum

Herausgeber

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Redaktion

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

Anschrift

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

Hausanschrift und Kontakt

Wegelystraße 3, 10623 Berlin

Telefon +49.30.39 801 0
Telefax +49.30.39 801 30 00

pressestelle@dkgev.de
www.dkgev.de

Redaktionsschluss

23. Januar 2026

Fotonachweis

Titel: KI-generiert ChatGPT
S. 1-3: Georg Lopata
S. 5: KI-generiert Luma
S. 6: Georg Lopata
S. 7: Jonathan Borba
S. 8: Georg Lopata
S. 9: anonym/gemeinfrei
S. 10: Karola G
S. 11: Zakir Rushanly
S. 12-14: Cottonbro Studio
S. 15: Jörn Wegner
S. 16 oben: Jens Jeske/kkvd
S. 16 Mitte: Mario Klötzer
S. 16 unten: privat