

KHVVG

Vor der Sommerpause

1. Lesung Bundestag

15.05.2024

Kabinettsbeschluss

13.03.2024

Referentenentwurf

Zum Download

Kabinettsfassung KHVVG

Bundeskabinett beschließt Krankenhausreform


Das Bundeskabinett hat am 15.05.2024 den Entwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossen. Der Gesetzentwurf wurde als besonders eilbedürftig eingestuft und soll nach dem Willen von Bundesgesundheitsminister Lauterbach noch vor der parlamentarischen Sommerpause in die 1. Lesung im Bundestag gehen. Ziel ist das Inkrafttreten am 01.01.2025. Der Gesetzentwurf bedarf auch weiterhin nicht der Zustimmung der Länder. Diese hatten bereits im Vorfeld der Kabinettsbefassung parteiübergreifend heftigen Widerstand gegen die Reform angekündigt.

Wesentliche Bestandteile des Gesetzentwurfs unverändert

Gegenüber dem Referentenentwurf vom März 2024 (siehe Berlin kompakt Nr. 4/2024) gab es nur wenige inhaltliche Änderungen. Gestrichen wurde der Versorgungsbereich der medizinisch-pflegerischen Leistungen, welcher in den neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen etabliert werden sollte.

Weiterhin zentraler Bestandteil des Gesetzes ist die künftige Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen sowie die Einführung einer Vorhaltevergütung auf Basis dieser Leistungsgruppen. Diese sollen maßgeblich durch Rechtsverordnungen ausgestaltet werden, welche Bund und Länder gemeinsam auf den Weg bringen sollen. Unverändert sind auch die Regelungen zum Transformationsfonds in Höhe von insgesamt 50 Milliarden Euro, der Umstrukturierungen der Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausreform in den Jahren 2026 bis 2035 mit bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziell unterstützen soll.

Neben zusätzlichen Liquiditätshilfen für die Kliniken im Rahmen einer vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen ist auch weiterhin die Reform der Krankenhausabrechnungsprüfung vorgesehen. So sollen die Krankenkassen Klinikrechnungen künftig nicht mehr zielgerichtet im Einzelfall nach Auffälligkeiten prüfen dürfen. Stattdessen soll der Medizinische Dienst nur noch im Rahmen von Stichprobenprüfungen tätig werden können. Neu im Kabinettsbeschluss ist in diesem Zusammenhang, dass die Zahlungsfrist für Krankenhausrechnungen nun dauerhaft auf fünf Tage festgesetzt wird.

 **In der aktuellen Ausgestaltung wird die Reform nicht zu mehr Qualität und Konzentration in der Versorgung führen. Zu befürchten ist, dass in den Verhandlungen mit den Ländern weitere Abstriche bei den Qualitätskriterien gemacht werden.**

Fest steht, dass die im Gesetzentwurf geplanten Regelungen, wie die faktische Abschaffung der Einzelfallprüfung durch die Medizinischen Dienste und die zusätzlichen Liquiditätshilfen, zu einem massiven Ausgabenschub in der gesetzlichen Krankenversicherung führen werden. Allein die systemwidrige, rechtlich problematische Umwidmung von Beitragsmitteln zum Umbau der Krankenhauslandschaft im Rahmen des Transformationsfonds wird die Versichertengemeinschaft mit jährlich bis zu 2,5 Milliarden Euro, also etwa 0,15 Beitragssatzpunkten belasten.

Kabinettsbeschluss zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz

Das Bundeskabinett hat am 22.05.2024 das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) beschlossen. Wesentliche Regelungen des Gesetzes wie die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung, die Einführung von Vorhalte- und Versorgungspauschalen sowie die Anhebung der Geringfügigkeitsgrenze bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung bleiben

GVSG

Vor der Sommerpause

1. Lesung Bundestag

22.05.2024

Kabinettsbeschluss

12.04.2024

Referentenentwurf

Zum Download

Kabinettsfassung GVSG

erhalten (siehe Berlin kompakt Nr. 5/2024). Dennoch wurden weitere Änderungen an dem Entwurf vorgenommen. So entfällt zum Beispiel der ursprünglich geplante Bonus für die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung.

Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gestrichen

Für Versicherte sollte ursprünglich ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen. Dafür war ein Bonus in Höhe von bis zu 30 Euro im Jahr vorgesehen. Diese Regelung wurde im Kabinettsentwurf fallen gelassen.

➤ **Die Entscheidung, den Bonus zu streichen, ist richtig. Denn die Annahme steuerbedingter Effizienzgewinne durch die hausarztzentrierte Versorgung lässt sich bislang nicht bestätigen.**

Änderungen bei der Vorhaltepauschale für Hausarztpraxen

Hausarztpraxen sollen in Zukunft sogenannte Vorhaltepauschalen für die Bereitstellung der Strukturen erhalten, die für die Erfüllung der hausärztlichen Aufgaben benötigt werden. Dazu gehören vor allem Haus- und Pflegeheimbesuche, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, eine Mindestzahl an zu versorgenden Patienten und die regelmäßige Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur.

Praxisöffnungszeiten auch an Samstagen sieht der aktuelle Kabinettsentwurf nicht mehr vor. Auch sollen die Regelungen für eine Vorhaltepauschale nicht bei Kinder- und Jugendärzten gelten. Neu ist auch die Klarstellung, dass die Einführung der Vorhaltepauschalen nicht zu Mehr- oder Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen darf.

➤ **Eine Vorhaltepauschale bricht mit der Logik der Vergütung im vertragsärztlichen Bereich. Eine Vorhaltefinanzierung ist auch nicht notwendig, denn Versorgerpraxen sind bereits jetzt voll ausgelastet. Wenn eine Vorhaltepauschale als neue Komponente der Finanzierung der hausärztlichen Versorgung dennoch umgesetzt werden soll, so muss sie spürbare Leistungsverbesserungen für die Versicherten bringen, wie zum Beispiel die Garantie eines verlässlichen Zugangs zur hausärztlichen Betreuung. Dass die Samstagssprechstunden nun herausgenommen wurden, schwächt diese Vorgabe ab.**

Jährliche oder halbjährliche Versorgungspauschalen

Zukünftig sollen Patientinnen und Patienten nur noch für medizinisch notwendige Behandlungen in die Praxen kommen, deshalb wird mit dem GVSG eine Alternative zur quartalsweisen Abrechnung geschaffen. Anders als im letzten Entwurf sollen Hausärzte die geplanten Versorgungspauschalen für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten nicht nur für einen Zeitraum von vier, sondern auch für zwei Quartale abrechnen können. Ein intensiver Betreuungsaufwand der Patienten ist ausdrücklich keine Voraussetzung für die Abrechnung. Im aktuellen Entwurf wird auch für die Versorgungspauschale klargestellt, dass damit keine Mehr- oder Minderausgaben für die GKV entstehen dürfen.

➤ **Versorgungspauschalen könnten unnötige Arztbesuche vermeiden. Für die Ausgestaltung fehlt es jedoch an konkreten Vorgaben, beispielsweise zur Parallelabrechnung mit anderen Pauschalen oder einer Definition eines „intensiven Betreuungsaufwandes“. Dass die geplante Pauschale kostenneutral umgesetzt wird, ist nicht zu erwarten.**

Stärkerer Einfluss der Länder bei Zulassungsverfahren wird zurückgenommen

Im GVSG war bisher geplant, den Einfluss der obersten Landesbehörden bei den Zulassungsverfahren zu stärken. So sollte bei Zulassungsverfahren mit besonderer Versor-

gungsrelevanz – wie Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen, Nachbesetzungsverfahren, zusätzlichen Arztstellen sowie zur Befristung von Zulassungen – das bereits bestehende Mitberatungsrecht der Landesbehörden weiterentwickelt werden. Vorgesehen war für diese Entscheidungen der Zulassungsausschüsse ein Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde. Diese Regelung findet sich nun nicht mehr im Kabinettsbeschluss.

➤ **Die Entscheidung, den Einfluss der Länder in einem Gremium der Selbstverwaltung nicht weiter auszubauen, ist richtig. Die Länder hätten Mitentscheidungsrechte über die Zulassung von Vertragsarztsitzen erhalten, ohne Finanzierungsverantwortung übernehmen zu müssen**

gematik wird zur Digitalagentur Gesundheit

Mit dem Umbau der gematik zu einer Digitalagentur Gesundheit nimmt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein weiteres Vorhaben zur Digitalisierung des Gesundheitswesens in Angriff - nach dem Digital-Gesetz und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz. Ein entsprechender Referentenentwurf für das „Gesetz zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit“ (GDAG) wurde vor wenigen Tagen den Verbänden zugeleitet, die bis zum 07.06.2024 die Möglichkeit haben, Stellung zu nehmen.

Digitalagentur erhält mehr Aufgaben und Rechte

Mit dem GDAG ist geplant, der neuen Digitalagentur umfangreichere Kompetenzen zu übertragen. Darüber hinaus erhält das BMG über eine Rechtsverordnungskompetenz die Möglichkeit, eigenverantwortlich die Aufgaben der Digitalagentur zu erweitern. Die Agentur kann künftig sowohl als Aufsichtsorgan als auch als eigenständiger Marktteilnehmer tätig werden. Sie wird mehr Durchgriffsrechte gegenüber Herstellern von Praxisverwaltungssystemen (PVS) erhalten: So soll unter anderem sichergestellt werden, dass ausnahmslos alle PVS es allen Leistungserbringern ermöglichen, effektiv und korrekt mit der Telematikinfrastruktur (TI) arbeiten zu können. Zudem werden Hersteller verpflichtet, informationstechnische Systeme interoperabel zu gestalten, um digitale Prozesse zu verbessern.

Die neue Agentur soll darüber hinaus die Entwicklung und den Betrieb von Komponenten und Diensten der TI sowie ausgewählter Anwendungen ausschreiben und den Nutzenden zur Verfügung stellen können. Mit dem Gesetzentwurf wird auch die operative Umsetzung des Europäischen Gesundheitsdatenraums vorbereitet. Die Digitalagentur soll dazu beitragen, den zuverlässigen Datenaustausch versorgungsrelevanter Daten innerhalb der Europäischen Union sicherzustellen. Auch die künftige Zusammenarbeit der Agentur mit dem Bundesforschungsdatenzentrum wird hier beschrieben.

➤ **Dass die Digitalagentur Gesundheit gleichzeitig als Aufsichtsbehörde und Marktteilnehmer agiert ist kritisch. Denn die Entwicklung versichertennaher Digitalanwendungen sowie die Ausgestaltung von Versorgungsprozessen sollten Aufgabe der Kassen und ihrer Partner bleiben.**

Die Weiterentwicklung von PVS-Systemen und der Interoperabilität werden die Akzeptanz für digitale Prozesse in der Praxis verbessern. Positiv ist die geplante Unterstützung durch die Digitalagentur bei der Umsetzung des Europäischen Gesundheitsdatenraums und der Arbeit des Forschungsdatenzentrums.

GDAG

15.05.2024

Referentenentwurf

[Zum Download](#)

Referentenentwurf GDAG

Es ist zu jedoch befürchten, dass der gematik mit der Fülle neuer Aufgaben, Rechte und Pflichten ein zu hohes Arbeitsvolumen übertragen wird. Schon heute werden Spezifikationen oft zu kurzfristig und in teilweise unzureichender Güte geliefert. Oberste Prämisse muss sein, dass die gematik die Aufgaben adäquat erfüllt, mit denen sie bereits heute betraut ist.

Keine Veränderungen bei Finanzarchitektur und Entscheidungsstruktur

Bei der neuen Digitalagentur Gesundheit bleibt es bei den bisherigen Gesellschafter- und Entscheidungsstrukturen. Das BMG soll weiterhin 51 Prozent der Anteile und damit das Letztentscheidungsrecht behalten. Der Betrag, den die gesetzlichen Krankenkassen pro Mitglied zur Finanzierung jährlich leisten müssen, kann vom Ministerium weiterhin per einfacher Rechtsverordnung erhöht werden.

- Obwohl die gesetzlichen Krankenkassen auch bei der neuen Digitalagentur über 90 Prozent der finanziellen Mittel aufbringen müssen, werden sie auch künftig keine grundlegenden Mitspracherechte haben. Diese Zwangsabgabe aus Beitragsmitteln für eine mehrheitlich staatliche Einrichtung lehnt die BARMER weiterhin ab. Richtig wäre es, für die Finanzierung Haushaltsmittel aus dem Etat des BMG zu verwenden, wozu aktuell aber der politische Wille fehlt. Zumindest sollte jedoch den Kassen (GKV / PKV) ein gesetzlich verbrieftes Mitspracherecht bei der Festsetzung der Mittel über das gesetzliche Niveau eingeräumt werden.

Regierungskommission zur Überwindung der Sektorengrenzen

Die sektorale Gliederung des Gesundheitswesens ist in Deutschland besonders stark ausgeprägt – und nach Ansicht der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Hauptursache für die Ineffizienz des Systems. In ihrer zehnten Stellungnahme unterbreitet die Kommission Reformansätze, die auf eine stärkere Durchlässigkeit von stationärem und ambulantem Sektor abzielen. Dabei liegt der Fokus auf dem in einer früheren Stellungnahme entwickelten Konzept einer integrierten ambulanten-stationären Versorgung in so genannten „Level II-Kliniken“. Diese haben bereits Eingang in das KHVVG gefunden und werden dort als „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ bezeichnet, denn auf die Level wurde in dem Gesetz verzichtet.

- Im Entwurf des KHVVG finden sich bereits einige Vorschläge der Kommission wieder. Wie die Diskussionen zwischen Bund und Ländern gezeigt haben, scheitert die von der Kommission als dringend notwendig erachtete Level-Einteilung am Widerstand der Länder. Wie wichtig die Level sind, wird hier noch einmal deutlich: Denn das zentrale Ziel der Reform muss die strikte Qualitätsorientierung der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern sein.

Aufgaben der „Level II-Krankenhäuser“

„Level II-Krankenhäuser“ sind Einrichtungen, die auf die Grundversorgung der Bevölkerung ausgerichtet sind und Leistungserbringern sowohl des stationären als auch des ambulanten Sektors offenstehen sollen. Ziel ist es dabei, möglichst ambulant zu behandeln und so die Zahl vollstationärer Behandlungen zu reduzieren. Auf dem Weg der telemedizinischen Vernetzung sollen die „Level II-Kliniken“ von der Expertise von Krankenhäusern höherer Versorgungslevel profitieren. „Level II-Krankenhäuser“ sollen nach Ansicht der Regie-

Zum Download

Zehnte Empfehlung der Regierungskommission: Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems

rungskommission nicht über Notaufnahmen oder Rettungsstellen verfügen. Die Leitung der Einrichtung kann bei einer qualifizierten Pflegeperson liegen.

Je nach regionalem Bedarf können die Häuser zu ambulant-stationären Gesundheitszentren ausgebaut werden und Leistungen etwa des AOP-Katalogs, der Übergangspflege oder der ambulanten Rehabilitation umfassen. Die Regierungskommission empfiehlt die Erarbeitung einer Positivliste anhand von OPS-Codes für die in den „Level li-Kliniken“ erbringbaren Leistungen durch die Selbstverwaltungspartner.

- **Die Entwicklung ambulant-stationärer Strukturen mit dem Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung ist genauso notwendig wie eine stärkere Ambulantisierung der medizinischen Behandlung. Allerdings entwickelt die Regierungskommission ihre Vorschläge ausschließlich aus stationärer Sicht. So erscheinen auch die im Zuge der Krankenhausreform bereits geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nicht geeignet, die unterschiedlichen Versorgungsbereiche bedarfsorientiert und prozessual miteinander zu verbinden. Eine sektorenübergreifende Konzeption muss zwingend auch den vertragsärztlichen Versorgungsbereich in die Überlegungen mit einbeziehen und gesetzliche Regelungen für eine vernetzte Zusammenarbeit der beiden Sektoren finden.**

Planung und Vergütung der „Level li-Krankenhäuser“

Aufgrund ihres Status werden „Level li-Krankenhäuser“ in den Krankenhausplänen der Länder ausgewiesen und erhalten für den stationären Bereich eine Investitionskostenfinanzierung durch das Land. Die von ihnen erbrachten Leistungen werden allerdings unterschiedlich geplant: So sind stationäre Leistungen Bestandteil der Krankenhausplanung. Sie sollen außerhalb des DRG-Systems vergütet werden, das InEK erhält dazu den Auftrag, sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen zu entwickeln. Diese werden unterschiedlich ausgestaltet, je nachdem, ob die Behandlung von angestellten Ärztinnen oder Ärzten, niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten oder von nichtärztlichem Personal durchgeführt wird.

Die Planung der ambulanten Leistungen sieht die Kommission hingegen bei einem regionalen Planungsgremium, in Anlehnung an den erweiterten Landesausschuss. Unter Vorsitz des Landes sollen die Kassen, die Krankenhäuser und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dem „Level li-Krankenhaus“ den Auftrag für die Erbringung ambulanter Leistungen erteilen und gegebenenfalls entziehen. Kliniken müssten die Leistungen mit der KV im Rahmen der Gesamtvergütung nach dem EBM abrechnen, sofern diese Leistungen einem unterversorgten medizinischen Fachbereich zugehören („ermächtigte li-Ambulanz“). Ist dies nicht der Fall („institutionelle li-Ambulanz“), so soll das „Level li-Krankenhaus“ mit den Kassen ein ambulantes Budget für die Leistungen verabreden, welches aus dem bislang stationären Budget ausgegliedert wird.

- **Die Umwandlung vorhandener Kliniken in sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen ist ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Krankenhausreform. Dazu muss grundsätzlich eine regionale Bedarfsanalyse der benötigten Leistungen durchgeführt werden. Sowohl die Regierungskommission als auch die Bundesregierung wollen mit ihren Plänen zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen parallel zum bestehenden DRG-System einen neuen, eigenständigen Vergütungsbereich schaffen, bei dem stationäre Leistungen über Tagesentgelte und ambulante Leistungen über den EBM vergütet werden sollen. In Bezug auf die Vergütung der stationären Leistungen über Tagesentgelte**

würde das Selbstkostendeckungsprinzip Anwendung finden, das zu Ineffizienzen und hohen Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung führt.

An Stelle der Einführung neuer Vergütungsformen wie der degressiven Tagesentgelte wäre eine grundlegende Weiterentwicklung der Vergütungssysteme notwendig, ganz besonders im ambulant-ärztlichen Bereich.

Weitere perspektivische Vorschläge der Regierungskommission

Für die Zukunft entwirft die Kommission ein Gesundheitssystem, das auf einem starken Primärarztssystem basiert und die „doppelte Facharztschiene“ überwinden soll. Darin wären nicht primärärztliche Fachärzte und Fachärztinnen nur noch in Kooperation mit Krankenhäusern tätig. Perspektivisch würden zudem der ambulante und der stationäre Versorgungsbereich sektorenübergreifend durch ein regionales Planungsgremium geplant. Die medizinische Versorgung würde dabei durch ein bevölkerungsbezogenes Regionalbudget vergütet.

- Die Einführung eines bevölkerungsbezogenen Regionalbudgets lehnt die BARMER ab. Angesichts der demografischen Entwicklung müssen die fachärztlichen Kapazitäten bestmöglich genutzt werden, unabhängig davon, wo Fachärztinnen und Fachärzte tätig sind. Das Ziel sind durchlässige Strukturen zwischen ambulanten, stationären und neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, in denen Ärztinnen und Ärzte, akademisch qualifizierte Assistenzberufe sowie nichtärztliche Berufe ohne Restriktionen kooperieren und die Versorgung flächendeckend sicherstellen können. Eine bedarfs- und qualitätsorientierte sektorenübergreifende Planung muss das Ziel bleiben. Nur so können finanzielle und personelle Ressourcen optimal genutzt, Doppelstrukturen vermieden und damit die Versorgung für Patientinnen und Patienten effizient gestaltet werden.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren