

## KHVVG

22.11.2024

2. Durchgang Bundesrat

17.10.2024

2./3. Lesung Bundestag

25.09.2024

Anhörung im Gesundheits-  
ausschuss

05.07.2024

1. Durchgang Bundesrat

27.06.2024

1. Lesung Bundestag

## Krankenhausreform im Bundestag beschlossen

Die Krankenhausreform ist am 17.10.2024 in 2./3. Lesung vom Deutschen Bundestag beschlossen worden. Am 22.11.2024 ist der 2. Durchgang des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) im Bundesrat geplant.

Zuvor hatten sich die Abgeordneten der Ampel-Koalition auf ein umfangreiches Paket an Änderungsanträgen verständigt. Darin werden verschiedene Präzisierungen und Neuregelungen getroffen, etwa zu den Vorgaben für die Leistungsgruppen oder für die weitere Förderung der Ambulantisierung. Änderungen sind auch am geplanten Krankenhaustransformationsfonds oder bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen vorgesehen. Die wichtigsten Regelungen im Einzelnen:

### Änderungen am Krankenhaustransformationsfonds

Während die grundsätzliche Ausrichtung der Reform sowie die Finanzierungssystematik des Krankenhaustransformationsfonds bestehen bleiben, gibt es eine Reihe von Änderungen etwa bei den Förderkriterien für Transformationsfondsprojekte. Anders als bisher vorgesehen, sollen zukünftig sowohl zusätzliche Ausbildungskapazitäten bei Kooperationen und Verbundbildungen förderfähig werden, als auch Maßnahmen im Bereich der digitalen Infrastruktur von Krankenhäusern.

Als Voraussetzung für die Förderung von Transformationsfondsprojekten sah der Entwurf des KHVVG bislang die Verpflichtung für die Länder vor, in den Jahren 2026-2035 Haushaltsmittel zur Förderung der Krankenhausinvestitionen mindestens in Höhe des Durchschnitts der Jahre 2021-2024 aufzubringen. Dieser Zeitraum wird nun auf die Jahre 2021-2023 verkürzt. Gleichzeitig müssen die bereitzustellenden Investitionsfördermittel um die abgebildeten Kostensteigerungen des Orientierungswertes in 2024 erhöht werden.

Schließlich soll sich neben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch die private Krankenversicherung (PKV) an den Kosten des Transformationsfonds beteiligen, jedoch auf freiwilliger Basis. Sofern die PKV dies nicht tut, würde das Bundesgesundheitsministerium (BMG) dem Deutschen Bundestag erstmals bis Ende März 2026 eine Finanzierungsregelung unter Einbeziehung der PKV und der weiteren Kostenträger außerhalb der GKV vorschlagen.

 **Es ist nicht nachvollziehbar, warum aus einem Fonds zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen auch Ausbildungskapazitäten gefördert werden sollen, zumal die GKV bereits heute systemwidrig für einen erheblichen Anteil der Ausbildungsfinanzierung aufkommt. Die Regelung zur Berücksichtigung der Steigerungen des Orientierungswertes bei der Bereitstellung der Investitionsmittel ist schlüssig und sinnvoll, da sich das Kostenniveau zwischen 2021 (erstes Referenzjahr) und 2035 (letztes Jahr des Transformationsfonds) erheblich verändern wird.**

**Die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft ist eine Aufgabe der Bundesländer und muss deshalb durch öffentliche Mittel finanziert werden. Kritisch ist daher, dass der Konstruktionsfehler einer hälftigen Finanzierung durch die Beitragszahler nicht behoben wurde. Dies wird auch nicht durch eine freiwillige Beteiligung der PKV aufgelöst.**

### Einzelfallprüfungen von Krankenhausabrechnungen bleiben erhalten

Die Koalition nimmt Abstand von den bislang geplanten Stichprobenprüfungen für Krankenhausrechnungen (siehe Berlin kompakt Nr. 4/2024). Stattdessen soll die etablierte Einzelfallprüfung im Rahmen des Prüfquotensystems mit Blick auf eine mögliche Entbürokratisierung weiterentwickelt werden. Dafür wird der bisher prozentual, in Abhängigkeit vom

Nr. 10 // 17. Oktober 2024

Anteil der beanstandeten Rechnungen ermittelte Aufschlag, in einen pauschalen Aufschlag umgewandelt. Dadurch entfällt zukünftig die aufwändige Berechnung der konkreten Aufschlagshöhe. Zudem wird das Konfliktpotenzial zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen gesenkt, welches in der Vergangenheit vermehrt zu Rechtsstreitigkeiten geführt hat, heißt es im Änderungsantrag.

- **Bereits heute sind die Krankenkassen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen durch gesetzliche Vorgaben stark eingeschränkt. Eine Umstellung auf Stichprobenprüfungen hätte die Effizienz weiter eingeschränkt und zu massiven Mehrausgaben geführt. Es ist daher wichtig, dass die Einzelfallprüfungen von Krankenhausrechnungen erhalten bleiben und eine Entbürokratisierung des Verfahrens angestrebt wird.**

### Regelungen zur Personalbemessung im Krankenhaus

Mit einem weiteren Änderungsantrag plant die Regierungskoalition die Einführung eines Personalbemessungsinstruments für das ärztliche Personal in der somatischen Versorgung. Dieses soll den Personalbedarf für die im Arbeitsalltag der Krankenhausärzte anfallenden Aufgaben und Pflichten abbilden. Das Instrument müsse für einen flächendeckenden Einsatz geeignet sein und standardisierte und vergleichbare Daten liefern können, so der Antrag. Das BMG beauftragt hierzu bis spätestens Ende März 2025 die Erprobung eines Konzeptes zur Ermittlung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung. Die Ergebnisse sollen innerhalb von sechs Monaten vorliegen. Im Anschluss kann das BMG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats Vorgaben zur Ermittlung des ärztlichen Bedarfs erlassen.

Um die Notwendigkeit der Entwicklung und Einführung von einheitlichen Personalbemessungsinstrumenten für weitere Berufsgruppen im Krankenhaus zu untersuchen, soll eine Kommission gegründet werden. Diese soll mit Mitgliedern aus dem Kreis der Selbstverwaltung und aus Wissenschaft und Praxis bis Ende September 2025 besetzt werden.

- **Es stellt sich die Frage, welche Konsequenzen aus der Personalbedarfsermittlung auch für den ärztlichen Dienst gezogen werden: Mit Blick auf die Qualität der Versorgung müssten Krankenhausstandorte, die das benötigte Personal dauerhaft nicht in ausreichender Menge vorhalten, perspektivisch von dieser Leistungserbringung ausgeschlossen werden.**

**Sollte die Personalbemessung ein erster Schritt hin zu einer Wiedereinführung der Selbstkostendeckung – analog zum Pflegebereich im Krankenhaus – sein, wären erhebliche Kostensteigerungen für die Beitragszahler die Folge, ohne dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessert würde.**

**Zusätzliche Regelungen für sektorenübergreifende Versorger und Sicherstellungshäuser**  
Krankenhäuser sollen künftig Sicherstellungszuschläge erhalten können, auch wenn sie die Mindestqualitätsvorgaben für die Basisnotfallversorgung nicht erfüllen. Dazu sollen Vereinbarungen entgegen der Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) möglich werden. Auch hierzu liegt ein Änderungsantrag vor.

Darüber hinaus wird der G-BA beauftragt zu prüfen, inwieweit die Regelungen für Sicherstellungszuschläge angepasst werden können, damit auch Belegkliniken künftig berücksichtigt werden können.

Für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhausstandorte wird eine finanzielle Verbesserung im Rahmen der Vorhaltevergütung vorgesehen: So soll bei der Ermittlung ihrer Anteile an der Vorhaltevergütung die Mindestvorhaltezahle der jeweiligen Leistungsgruppe

verwendet werden, sofern ihre tatsächliche Fallzahl niedriger ist als die Mindestvorhaltezahl. Dies ist der so genannte Sockelbetrag. Ziel ist dabei, die Anteile der Vorhaltefinanzierung dieser Krankenhausstandorte gezielt zu erhöhen.

Mit einem weiteren Änderungsantrag wird die Definition eines Krankenhausstandorts gesetzlich vorgegeben. Eine entsprechende Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte letztere im Juli gekündigt. Die Standortdefinition spielt eine wichtige Rolle etwa bei der Krankenhausplanung und stellt sicher, dass beispielsweise Mindestpersonalvorgaben oder Qualitätsrichtlinien korrekt angewendet werden.

➤ **Sicherstellungszuschläge sollen die medizinische Grundversorgung in ländlichen Regionen gewährleisten. Dazu gehört auch die Notfallversorgung rund um die Uhr für akute Notfälle, die die Sicherstellungskrankenhäuser anbieten. Sie spielen damit eine zentrale Rolle für die Versorgung in der Fläche. Krankenhäuser ohne Notfallversorgung tragen erheblich weniger zur Sicherstellung der Versorgung bei und sollten daher auch keine Zuschläge erhalten.**

Dass für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhausstandorte eine weitere finanzielle Verbesserung in Form des Sockelbetrags im Rahmen der Vorhaltevergütung vorgesehen wird, ist falsch. Damit würden die Sicherstellungskrankenhäuser, die nach den bisherigen KHVVG-Regelungen keinerlei Qualitätsvorgaben für die Zuweisung von Leistungsgruppen zu erfüllen haben, weiter gegenüber solchen Kliniken gestärkt, die die Qualitätssicherungsvorgaben einhalten.

### **Ermächtigung von Kliniken für die ambulante Versorgung**

Die Möglichkeiten bestimmter Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung sollen ausgebaut werden. Vorgesehen ist eine Verpflichtung der Zulassungsausschüsse, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sowie Sicherstellungskrankenhäuser zur fachärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wenn in der jeweiligen Arztgruppe keine Zulassungssperre besteht.

Gleichzeitig werden pädiatrische Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung von Kindern und Jugendlichen ermächtigt, wenn Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung die Behandlung in einer pädiatrischen Spezialambulanz nötig macht.

Darüber hinaus ist eine Öffnung der zugelassenen Bundeswehrkrankenhäuser für die ambulante ärztliche Behandlung der GKV-Versicherten vorgesehen.

➤ **Durch die weitgehende Öffnung von Kliniken für die ambulante Versorgung erhalten die Bundesländer im Rahmen ihrer Krankenhausplanung einen größeren Einfluss auf diesen Versorgungsbereich. Eine Einbindung von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung sollte aber nur bei tatsächlich festgestellter Unterversorgung und in gleicher Weise für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung erfolgen. Parallelstrukturen müssen vermieden werden, so etwa in der Pädiatrie durch Angebote wie Sozialpädiatrische Zentren oder Psychiatrische Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche. Dies muss in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.**

### **Ausweitung der Hybrid-DRG-Leistungen**

Die spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) wurde zur Abrechnung von Leistungen eingeführt, die sowohl in der Arztpraxis als auch im Krankenhaus ambulant erbracht werden können. Mit einem weiteren Änderungsantrag soll die Anzahl der ambulant erbringbaren Leistungen erheblich ausgeweitet werden. Ziel ist, dass bis zum Jahr 2030

schrittweise zwölf Prozent (zwei Millionen) der bislang vollstationären Fälle ambulant erbracht werden.

Geplant ist zudem, die Kalkulation der Hybrid-DRG klar zu regeln. Im Auftrag von GKV-SV, DKG und Kassenärztlicher Bundesvereinigung werden das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) jährlich damit beauftragt. Bis 2030 sollen nicht nur die stationären, sondern schrittweise auch die ambulanten kostenbezogenen Daten regelhaft in die Kalkulation einfließen.

- **Es ist richtig, den Prozess der Ambulantisierung medizinischer Leistungen zu beschleunigen und mehr Leistungen mit sektorengleicher Vergütung zu schaffen. Denn die vorhandenen Potenziale zur Ambulantisierung sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Die im Änderungsantrag vorgegebenen Fristen sind dafür jedoch sehr knapp bemessen.**

## BMG plant mehr Kompetenzen für Pflegefachpersonen

Das Bundesgesundheitsministerium hat den lange angekündigten Referentenentwurf für ein Pflegekompetenzgesetz vorgelegt. In einem Eckpunktepapier hatte das BMG bereits Ende letzten Jahres Regelungen skizziert, die teilweise in den Gesetzentwurf eingegangen sind (siehe Berlin kompakt Nr. 2/2024). Anfang November soll der Gesetzentwurf vom Bundeskabinett beschlossen werden.

Der Entwurf sieht unter anderem vor, Pflegefachpersonen mehr Kompetenzen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu übertragen. Sie sollen künftig je nach Qualifikation und nach erfolgter ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung selbständig auch erweiterte heilkundliche Leistungen erbringen können. Die Partner der Selbstverwaltung erhalten den Auftrag, dafür einen Katalog von Leistungen zu erstellen, die bei zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, in Medizinischen Versorgungszentren, bei Pflegediensten und in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden können.

- **Mit der Übertragung weiterer heilkundlicher Kompetenzen auf Pflegefachpersonen können die vorhandenen Fachkräftressourcen in der Versorgung zielgerichteter und effizienter eingesetzt werden. In anderen Ländern ist dies bereits geübte Praxis. Auch wird damit das Berufsbild aufgewertet und eine Tätigkeit in der Pflege attraktiver. Die geplante selbständige Erbringung von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch Pflegefachpersonen ist jedoch ein Novum, was eine Klärung der Haftungsfrage erfordert.**

## Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in Einrichtungen wird geprüft

In einem Modellprojekt beim Medizinischen Dienst (MD) soll geprüft werden, ob Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen mit der Aufgabe betraut werden können, die Pflegebedürftigkeit festzustellen. Auch damit sollen die Kompetenzen des Pflegefachpersonals besser genutzt und zudem die Zusammenarbeit mit dem MD effizienter gestaltet werden. Die Pflegekassen sind in die Planungen des Modellprojekts nicht eingebunden. Der MD Bund wird verpflichtet, dem BMG bis zum 31.12.2027 einen Bericht über das wissenschaftliche Modellvorhaben zur Verfügung zu stellen.

- **Eine Pflegebegutachtung in Pflegeeinrichtungen sollte im Sinne der Pflegebedürftigen weiterhin in einem unabhängigen Verfahren stattfinden. Das Verfahren muss auch in Zukunft hohen Qualitätsanforderungen genügen und darf nicht zu mehr Arbeitsaufwand**

### Pflegekompetenzgesetz

06.11.2024

Kabinettsbeschluss

03.09.2024

Referentenentwurf

### Zum Download

Referentenentwurf

Pflegekompetenzgesetz

**führen. Bei einer Erprobung im Modellprojekt müssten die Pflegekassen mit ihrer Fachexpertise unbedingt eingebunden werden.**

## **Innovative Wohnformen mit Pflegeversorgung werden ausgebaut**

Der Entwurf sieht den Ausbau der pflegerischen Versorgung in sogenannten innovativen und quartiernahen Wohnformen vor. Ein Ziel ist dabei, Kosten der vollstationären Unterbringung zu sparen. Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung sollen zum Beispiel einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro monatlich erhalten. Die Leistungen in dieser Versorgungsform sollen sich von denen in der vollstationären Pflegeversorgung und in ambulant betreuten Wohngruppen unterscheiden. Das BMG rechnet für den Zeitraum von vier Jahren mit Minderausgaben für die Soziale Pflegeversicherung von bis zu 220 Millionen Euro.

- **Die Erweiterung der pflegerischen Versorgungsangebote um innovative Wohnformen ist nachvollziehbar – viele Pflegebedürftige wollen möglichst lange im häuslichen Setting gepflegt werden. Auf diese Weise können auch vollstationäre Einrichtungen entlastet werden. Ob die im Entwurf formulierten Einsparpotentiale für die Soziale Pflegeversicherung erreichbar sind, bleibt fraglich.**

## **Effizientere Vergütungsverhandlungen in der Pflege geplant**

Der Referentenentwurf sieht Regelungen vor, mit denen schnellere Ergebnisse zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern in den Pflegesatzverhandlungen erreicht werden sollen. Besonders die Umsetzung des Tariftreuegesetzes führt zu Belastungen der Verhandlungspartner. Die Selbstverwaltung soll entsprechende Empfehlungen für effizientere und bürokratiearme Verfahren auf Bundesebene vorlegen.

- **Die Vorschläge sind richtig: Die Vergütungsverhandlungen müssen im Sinne der Leistungserbringer und der Kostenträger digital und bürokratiearm gestaltet werden.**

## **Nachrichten aus Europa**

### **Arbeitsprogramm des designierten ungarischen EU-Gesundheitskommissars**

EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen hat in einem „Mission-Letter“ ihre Arbeitsaufträge an den designierten ungarischen EU-Kommissar für Gesundheit und Tierwohl, Olivér Várhelyi, skizziert.

- Im Mittelpunkt seiner Arbeit soll die Fortsetzung des bereits in der vergangenen Legislaturperiode begonnenen Aufbaus einer Europäischen Gesundheitsunion stehen. Diese soll die europäischen Gesundheitssysteme wettbewerbsfähiger machen und deren Resilienz stärken.
- Ein weiterer Schwerpunkt wird die Vorlage eines Entwurfs für einen „Critical Medicines Act“ sein, um Lieferengpässe bei Medikamenten und Medizinprodukten sowie Abhängigkeiten bei kritischen Arzneimitteln zu reduzieren.
- Außerdem wird sich Várhelyi unter anderem mit der Evaluation des Rechtsrahmens für Medizinprodukte sowie mit Maßnahmen zur Vorbeugung kardiovaskulärer Krankheiten beschäftigen müssen.
- Auch Vorhaben aus der vergangenen Legislaturperiode wie der Europäische Gesundheitsdatenraum, das Pharmapaket und der Kampf gegen Antibiotikaresistenzen sollen während der Amtszeit von Várhelyi abgeschlossen oder vorangetrieben werden.

Nr. 10 // 17. Oktober 2024

Die Personalie Várhelyi ist nicht unumstritten bei den Gesundheitspolitikern des Europäischen Parlaments. Die Anhörung in den Ausschüssen für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) sowie Landwirtschaft und ländliche Entwicklung (AGRI) ist für den 06.11.2024 terminiert. Sofern sich die EU-Abgeordneten gegen Várhelyi aussprechen, müsste Präsidentin von der Leyen einen neuen Kandidaten für den Posten des Gesundheitskommissars ins Spiel bringen.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

## Termine laufender Gesetzgebungsverfahren