

Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)

06.08.2020
Referentenentwurf

02.09.2020
Kabinettsbeschluss

10.09.2020
1. Lesung Bundestag

vs. 17./18.09.2020
2./3. Lesung Bundestag

vs. 09.10.2020
Abschluss Bundesrat

[Zum Download](#)
KHZG

Bundestag berät Krankenhauszukunftsgesetz in 1. Lesung


Am 10.09.2020 berät der Deutsche Bundestag den Entwurf eines „Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ in 1. Lesung, nachdem der Gesetzentwurf eine Woche zuvor vom Bundeskabinett beschlossen wurde. Mit dem „Krankenhauszukunftsgesetz“ sollen die Beschlüsse des Koalitionsausschusses vom 03.06.2020 umgesetzt werden. Wesentliches Ziel ist eine modernere und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser, wofür ein „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ mit einem Finanzvolumen von 3 Mrd. Euro aufgelegt wird. Die wichtigsten Regelungen im Überblick:

Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds

Mit der Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds sollen folgende Vorhaben finanziert werden: Anpassung der technischen und informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahmen, Ausbau digitaler Infrastruktur zur besseren internen und sektorenübergreifenden Versorgung, IT-Sicherheit (mindestens 15 Prozent der Fördersumme), gezielte Entwicklung und Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen, um diese sowohl für den Normalbetrieb als auch für Krisenzeiten effektiv zu gestalten.

Die Finanzmittel in Höhe von 3 Mrd. Euro werden über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt und durch den Bund refinanziert. Die Länder und/oder Krankenhausträger sind zu einer Ko-Finanzierung von mindestens 30 Prozent verpflichtet. Sofern länderseitig alle Mittel aus dem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ abgerufen und die hierfür erforderlichen Ko-Finanzierungsmittel ausschließlich durch die Länder erbracht werden, erhöht sich die Fördersumme von 3 Mrd. Euro des Bundes um bis zu 1,3 Mrd. Euro für die Gesamtlaufzeit des Programms. Gleichzeitig werden die Länder verpflichtet, im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds das durchschnittliche Niveau ihrer Investitionsmittel im Referenzzeitraum für die Dauer der Laufzeit des Fonds beizubehalten. Damit soll verhindert werden, dass die Länder ihre eigenen Mittel für die Investitionsförderung im Krankenhausbereich reduzieren.

Weiterhin ist geplant, den Stand der Digitalisierung der Krankenhäuser in den Jahren 2021 und 2023 zu evaluieren. Ab dem Jahr 2025 erhalten Krankenhäuser einen Abschlag von bis zu 2 Prozent pro stationären Fall, wenn sie die mit Zukunftsprogramm geförderten digitalen Dienste nicht nutzen.

 **Da die Bundesländer ihren Investitionsverpflichtungen seit Jahren nicht ausreichend nachkommen, unterstützt der Bund diese nun aktiv bei der Investitionsfinanzierung. Gleichzeitig können die Länder ihre Mittel in diesem Bereich nicht weiter reduzieren. Dieser Ansatz ist richtig und notwendig.**

Bei der Auswahl der Fördervorhaben sollte darauf geachtet werden, dass zunächst ein bestimmter, mindestens erforderlicher Digitalisierungsgrad für alle bedarfsnotwendigen Krankenhäuser sichergestellt wird. Nur so kann ein einheitlicher Kommunikations- und Versorgungsstatus sowie eine effiziente Ressourcennutzung gewährleistet werden. Da sich der Krankenhauszukunftsfonds an den Strukturen des Krankenhausstrukturfonds orientiert, sollte ebenso ein verbindliches Mitspracherecht der Krankenkassen bei der Auswahl der Maßnahmen eingeräumt werden.

Fortführung und Anpassung des Krankenhausstrukturfonds

Um Überschneidungen zwischen dem im Jahr 2016 eingeführten Krankenhausstrukturfonds und dem geplanten Krankenhauszukunftsfonds zu vermeiden, wird ersterer um zwei Jahre (bis 2024) verlängert. Der Förderbetrag erhöht sich dabei nicht. So steht weiterhin

ein Gesamtförderbetrag in Höhe von 2 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung, zuzüglich einer fünfzigprozentigen Ko-Finanzierung durch die Bundesländer/Krankenhausträger.

In einem ersten Entwurf des Gesetzes war vorgesehen, dass Vorhaben zur Digitalisierung und Bildung von integrierten Notfallstrukturen nicht mehr über den Krankenhausstrukturfonds, sondern nur noch über den Krankenhauszukunftsfonds gefördert werden sollten. Diese Änderung wurde jedoch wieder zurückgenommen.

- **Die ursprünglich vorgesehene neue Ausrichtung des Krankenhausstrukturfonds sollte wieder im Gesetzentwurf aufgenommen werden. Denn das Ziel des Krankenhausstrukturfonds muss es sein, die Konzentration und Umwandlung stationärer Einrichtungen anzustoßen sowie den Aufbau von Versorgungsverbänden zu unterstützen, um die Krankenhausstrukturen qualitäts- und bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.**

Weitere finanzielle Unterstützungsmaßnahmen für Krankenhäuser

Erlösrückgänge, die Krankenhäusern im Jahr 2020 nach Abzug der geflossenen Ausgleichszahlungen gegenüber dem Jahr 2019 auf Grund der Corona-Pandemie entstanden sind, sollen im Rahmen krankenhäusindividueller Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort anteilig ausgeglichen werden können. Die Regelung soll nur Erlösrückgänge von Krankenhäusern ausgleichen, die noch nicht anderweitig finanziert sind.

Es handelt sich hierbei um eine Anschlussregelung für die am 30.09.2020 auslaufenden pauschalen Ausgleichszahlungen an die Krankenhäuser, diese war mit dem COVID-19-Krankenhäusentlastungsgesetz vom 27.03.2020 eingeführt worden.

Weiterhin ist vorgesehen, dass Krankenhäuser zeitlich befristet Zuschläge für Mehrkosten vereinbaren können, die aufgrund des Coronavirus bei einer Krankenhausbehandlung entstehen. Diese sollen eine zielgenaue, krankenhäusindividuelle Finanzierung der Mehrkosten ermöglichen, etwa für den erhöhten Bedarf an persönlichen Schutzausrüstungen, welcher nicht anderweitig finanziert wird. Auch hierbei handelt es sich um eine Anschlussregelung für den Ende September 2020 auslaufenden einheitlichen Zuschlag für persönliche Schutzausrüstung für die Krankenhäuser.

- **Es ist sinnvoll, dass der Gesetzgeber eine Anschlussregelung für die notwendigerweise auslaufenden pauschalen Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser auf den Weg bringt. Dadurch, dass bei der Gegenüberstellung der Erlöse eine Ganzjahresbetrachtung von 2019 und 2020 erfolgt, kann die ungewisse Leistungsentwicklung im 4. Quartal 2020, in dem keine Ausgleichszahlungen mehr fließen werden, sachgerecht berücksichtigt werden.**

Dass Corona-bedingte Mehrkosten der Krankenhäuser für Schutzausrüstung weiter ausgeglichen werden sollen, ist nachvollziehbar. Die Voraussetzungen für die Abrechnung des Zuschlags sollten allerdings präzisiert werden, damit keine sachfremden Tatbestände über den Zuschlag abgerechnet werden können. Da es sich bei der Bewältigung der Corona-Pandemie um eine gesamtgesellschaftliche Kraftanstrengung handelt, sollte darüber nachgedacht werden, die Kosten für Schutzausrüstung aus Mitteln des Gesundheitsfonds zu finanzieren.

Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG)

06.08.2020
Referentenentwurf

vsL 23.09.2020
Kabinettsbeschluss

01.01.2021
Inkrafttreten

[Zum Download](#)
GPVG

BMG legt Entwurf für ein Versorgungsverbesserungsgesetz vor


Das Bundesgesundheitsministerium hat am 06.08.2020 einen Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege“ vorgelegt. Im „Versorgungsverbesserungsgesetz“ vorgesehen sind zum Teil weitreichende Änderungen etwa im Bereich der Selektivverträge, bei der Hebammenversorgung im stationären Bereich sowie bei der Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen:

Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Die gesetzlichen Regelungen für Verträge zur sogenannten besonderen Versorgung ermöglichen den Krankenkassen derzeit nur begrenzt, auf regionale Versorgungsanforderungen eingehen zu können. Mit dem Versorgungsverbesserungsgesetz wird der Gestaltungsspielraum für die Kassen erweitert: So sollen Krankenkassen besondere Versorgungsaufträge künftig mit allen, also auch nichtärztlichen Leistungserbringern, abschließen dürfen. Dadurch werden beispielsweise gemeinsame Versorgungsverträge mit kommunalen Sozialleistungsträgern und privaten Krankenversicherungen oder die Einführung integrierter Gesundheitszentren möglich. Durch die Regelung ergibt sich auch eine umfassende Vertragsfreiheit der Krankenkassen für besondere Versorgungsangebote im Krankenhausbereich.

Gleichzeitig wird die Verpflichtung gestrichen, wonach die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung spätestens nach vier Jahren nachweisbar sein muss.

Daneben sieht der Gesetzentwurf vor, Versorgungsinnovationen zu fördern, indem die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterzuführen.

 **Es ist sehr positiv, dass Hemmnisse für Selektivverträge aufgehoben und Gestaltungsspielräume für die Kassen, bis hin zu Selektivverträgen mit einzelnen Krankenhäusern, erheblich ausgeweitet werden. Mit der Möglichkeit zur Umsetzung regionaler Versorgungsinnovationen wird die Grundlage geschaffen, regionale Versorgungsverbände oder beispielsweise integrierte Gesundheitszentren einzurichten. Dies fordert die BARMER bereits seit Langem.**

Dass erfolgreiche Innovationsfonds-Projekte künftig weitergeführt werden dürfen ist sinnvoll, ebenso die Streichung des besonderen Wirtschaftlichkeitsnachweises, da die Kassen durch das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot ohnehin zu wirtschaftlichem Handeln gezwungen sind.

Förderprogramm für zusätzliche Hebammenstellen im Krankenhaus

Um die Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe zu verbessern und Hebammen sowie Entbindungspfleger zu entlasten, wird ein Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 aufgelegt. Damit werden den Krankenhäusern zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, um neue Stellen für Hebammen und assistierendes medizinisches Fachpersonal zu schaffen, beziehungsweise bereits vorhandene Teilzeitstellen aufzustocken. Ziel ist eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren, die im Regelfall bei 1:2 und unter optimalen Bedingungen bei 1:1 liegen soll, wie es im Gesetzentwurf heißt.

Ein vom Bundesgesundheitsministerium beauftragtes Gutachten zur Situation der Geburtshilfe in Krankenhäusern hatte aufgezeigt, dass zwar kein genereller Mangel an Hebammen vorliegt, aber das Betreuungsverhältnis nicht flächendeckend gleich ist.

- **Die Situation in der Geburtshilfe durch zusätzliches Personal zu verbessern ist notwendig. Um eine gute Versorgung auch nach Ende des Förderprogramms sicherzustellen, sollten die Krankenhäuser verpflichtet werden, nachzuweisen, dass sie das zusätzlich eingestellte Personal auch über das Jahr 2023 hinaus beschäftigen.**
Wichtig für die Qualität in der Versorgung ist auch der Bezug zur Anzahl der in einem Krankenhaus durchgeführten Geburten. Deshalb sollte vorgegeben werden, dass eine Teilnahme am Hebammenstellen-Förderprogramm eine Mindestgeburtenszahl von 500 pro Jahr voraussetzt.

Bessere Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Für eine bedarfsgerechte Personalausstattung in der stationären Altenpflege sollen mit dem Gesetzentwurf bis zu 20.000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte über einen Vergütungszuschlag aus dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung finanziert werden. Die vorgesehene Regelung ist ein erster Schritt zur Einführung eines bundesweiten Personalbemessungsinstruments in Pflegeeinrichtungen.

Laut Gesetzentwurf kann durch die Neuregelung mehr als eine zusätzliche Vollzeitstelle je Einrichtung geschaffen werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist.

Bereits mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hatte der Gesetzgeber festgelegt, dass stationäre Pflegeeinrichtungen ab dem Jahr 2019 neues Pflegepersonal einstellen können und dafür bis zu 13.000 zusätzliche Stellen für Altenpflegefachkräfte finanziert werden. Das im aktuellen Gesetzentwurf gewählte Verfahren zur Beantragung und Auszahlung der Gelder ist an die Regelung im PpSG angelehnt. Danach sollen die Pflegekassen auf Antrag die tatsächlichen Aufwendungen für jede einzelne zusätzliche Pflegehilfskraft in der jeweiligen Pflegeeinrichtung finanzieren.

- **Personalbedarf in der stationären Altenpflege besteht zum großen Teil bei den Pflegehilfskräften. Den Ausbau der Personalkapazitäten auf diesen Bereich zu konzentrieren, ist deshalb folgerichtig. Bei der Beantragung und Auszahlung der Gelder benötigen die Kassen jedoch ein bürokratiearmes Verfahren. Statt der aktuell vorgesehenen Regelung, sollte das seit Jahren etablierte Verfahren für die Finanzierung zusätzlicher Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen genutzt werden. Dabei weist die Pflegeeinrichtung nach, dass sie über entsprechendes Personal verfügt und erhält im Gegenzug einen Vergütungszuschlag.**

Erste DiGA vor Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) haben gesetzlich Versicherte erstmalig Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), z. B. Gesundheits-Apps, erhalten. Diese können durch einen Arzt verordnet oder durch eine Krankenkasse genehmigt werden. Nun befinden sich die ersten DiGA in der Prüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), wie dieses Ende August mitteilte. In der zweiten Septemberhälfte sei mit der Aufnahme der ersten digitalen Gesundheitsanwendungen in den Leistungskatalog der GKV zu rechnen, so das BfArM.

Voraussetzung für die Aufnahme in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Aufnahme einer DiGA in die Erstattungsliste des BfArM. Dazu prüft das BfArM aktuell u. a. die Angaben der Hersteller zur Qualität, zum Datenschutz und zu

den positiven Versorgungseffekten, die eine DiGA bietet. Auch den tatsächlichen Preis des Produkts muss ein Anbieter beim Antrag vorlegen.

Im ersten Jahr nach der Aufnahme in die Erstattungsliste des BfArM können die Hersteller den Preis für eine digitale Gesundheitsanwendung selbst festlegen. Gleichzeitig haben GKV-Spitzenverband und Herstellerverbände der Digitalunternehmen den Auftrag, die Vergütungshöhe der DiGA nach Aufnahme in die Erstattungsliste in einer Rahmenvereinbarung zu regeln. Dabei können etwa Höchstpreise vorgesehen werden, die eine zu starke finanzielle Belastung der GKV vermeiden sollen. Nach dem ersten Jahr sollen die Vertragspartner Vergütungsbeträge für DiGA vereinbaren, die auch erfolgsabhängige Preisbestandteile enthalten können.

➤ **Die medizinische Versorgung kann durch Gesundheits-Apps deutlich verbessert werden. Ärzte müssen eine passende App ohne zusätzlichen Aufwand verordnen können. Die Information der Ärzte über digitale Gesundheitsanwendungen sollte daher, etwa durch einen Steckbrief des BfArM je DiGA, noch verbessert werden.**

In der Rahmenvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Herstellerverbänden muss klar geregelt werden, dass Krankenkassen bereits während des ersten Jahres der Erstattungsfähigkeit in der GKV keine überhöhten Preise für digitale Gesundheitsanwendungen zahlen.

BARMER-Arzneimittelreport 2020

Schwerpunkt sektorenübergreifende Arzneimitteltherapie

Millionen Polypharmazie-Patienten sind durch Informationsdefizite bei der Einnahme von Medikamenten gefährdet. Sehr häufig liegen zum Zeitpunkt der Behandlung keine Angaben über die regelmäßige Einnahme von Medikamenten der Patienten vor. Wesentlicher Grund dafür ist, so geht es aus dem Arzneimittelreport 2020 der BARMER hervor, dass erhebliche Probleme in der sektorenübergreifenden Abstimmung von Arzneimitteltherapien bestehen.

Häufige Informationslücken bei der Arzneimittelversorgung

„In Jahrzehnten ist es nicht gelungen, die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg besser zu organisieren“, so beschreibt der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Dr. Christoph Straub, bei der Vorstellung des Arzneimittelreports die nach wie vor gravierenden Informationslücken zwischen den Versorgungssektoren. Eine Umfrage unter rund 2.900 Polypharmazie-Patienten über 65 Jahren hatte ergeben, dass lediglich 29 Prozent der Befragten über einen bundeseinheitlichen Medikationsplan verfügen. 17 Prozent verfügen sogar über gar keine Aufstellung ihrer Medikamente. Mit Blick auf 2,8 Mio. Polypharmazie-Patienten, die 2017 in eine Klinik aufgenommen wurden, lassen diese Zahlen ein hohes Fehlerpotential bei Behandlungen erkennen. Trotz des gesetzlich verankerten Rechts jedes Patienten, der drei oder mehr Medikamente regelmäßig einnimmt, auf einen Medikationsplan, bleiben Informationsdefizite bei der Krankenhausaufnahme bestehen. Bei der Krankenhausentlassung kehrt das Problem zurück, da 41 Prozent der Patienten das Krankenhaus mit mindestens einem neuen Arzneimittel wieder verlassen. Die häufig unzureichend dokumentierte Arzneimitteltherapie erschwert die anschließende Behandlung durch die niedergelassenen Ärzte. Eine Umfrage im Rahmen des Reports unter 150

[Zum Download](#)

BARMER-Arzneimittelreport 2020
Pressemappe

niedergelassenen Ärzten zeigt, dass nur bei jedem dritten betroffenen Patienten eine Therapieänderung ausreichend begründet wurde. Diese Erkenntnis und die Tatsache, dass über 30 Prozent der befragten Patienten die Therapie im Krankenhaus nicht erklärt wurde, stehen exemplarisch für das „Tappen im Dunkeln“ bei der Fortsetzung der medikamentösen Therapie des Patienten.

Projekt „TOP“ als Versorgungsform der Zukunft

Die BARMER will ab Oktober 2020 mit dem vom Innovationsfonds geförderten Projekt „Transsektorale Optimierung der Patientensicherheit“ (TOP) dazu beitragen, Medikationsfehler an den sektoralen Schnittstellen zu reduzieren. Dafür nutzt das Innovationsfondsprojekt Versichertendaten, die mit Einverständnis des Versicherten für den behandelnden Arzt sichtbar gemacht werden und über die individuelle Arzneimitteltherapie informieren. Der Patient hat dabei die Möglichkeit, den eigenen Medikationsplan über eine App einzusehen und mit dem Arzt elektronisch zu kommunizieren. Ziel des Projekts ist es, Informationsbarrieren zwischen den Sektoren abzubauen. Sicherheit und Aktualität der Daten müssen dabei zu jedem Zeitpunkt gewährleistet werden. „TOP“ soll in Zukunft Standard für die Versorgung aller Patienten werden.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren