

Gesundheitspolitischer Arbeitskreis - GPA – Report 02/24

97. Gesundheitsministerkonferenz beendet

Die zweitägige Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder ist am Donnerstag, den 13. Juni in Travemünde zu Ende gegangen.

Die Gesundheitsminister sowie die Gesundheitssenatorinnen der Länder haben unter Leitung der GMK-Vorsitzenden Prof. Dr. Kerstin von der Decken mehr als 50 Anträge beraten und Beschlüsse gefasst. Bundesminister Prof. Dr. Karl Lauterbach war als Gast anwesend.

Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken betonte das starke Signal, welches von der Gesundheitsministerkonferenz ausgehe, ob sich der Gast Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach davon beeindrucken läßt, bleibt offen.

Kommentierungen aus Schleswig-Holstein sind lesenswert und ein Bericht aus dem BMG ist auf Nachhaltigkeit überprüfbar.

GPA - Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der MIT-SH

Hans-Peter Küchenmeister - Vorsitzender, Dreiangel 8, 24161 Altenholz
0173-99 123 88, 0431-12 800 191, gpa@kuechenmeister.net, www.mit-sh.de
17.06.2024

Medien-Information

13. Juni 2024

Gesundheitsministerkonferenz 2024: Versorgung gemeinsam sichern – ambulante Versorgung, Arzneimittelversorgung, ÖGD und Kliniken im Fokus

LÜBECK-TRAVEMÜNDE. Die zweitägige Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder ist am heutigen Donnerstag (13. Juni) in Travemünde zu Ende gegangen. Die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister sowie die Gesundheitssenatorinnen der Länder haben unter Leitung der GMK-Vorsitzenden Prof. Dr. Kerstin von der Decken mehr als 50 Anträge beraten und Beschlüsse gefasst. Zudem tauschten sie sich zu aktuellen Themen wie der Krankenhausreform untereinander und mit Bundesminister Prof. Dr. Karl Lauterbach aus, der als Gast anwesend war.

Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken betont: „Von der Gesundheitsministerkonferenz geht das starke Signal aus, dass sich die Länder gemeinsam und parteiübergreifend für die Sicherung der Gesundheitsversorgung einsetzen. Für die zunehmenden Herausforderungen wie Fachkräftemangel, Unterversorgung oder Arzneimittelknappheit gibt es keine Lösung auf Knopfdruck, aber eine Vielzahl an Stellschrauben, an denen wir drehen müssen. Gute Rahmenbedingungen sowohl für die Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, als auch für im Gesundheitswesen tätige Unternehmen in Deutschland und Europa sind dafür essentiell. Die GMK hat eine Fülle von Vorschlägen und konkreten Verbesserungsforderungen in Travemünde beschlossen. Ich begrüße, dass der Bundesminister diese konstruktiv prüfen möchte und danke allen Beteiligten für das hohe Engagement. Das gilt im Namen aller Länder insbesondere auch allen im Gesundheitsbereich tätigen Menschen, die nicht nur täglich wertvolle Arbeit leisten, sondern auch wertvolle Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgung geben.“

Die Länder sind sich beispielsweise einig, dass die **ambulante medizinische Versorgung** gestärkt werden muss. Sie fordern daher in einem Antrag (3.17) vom Bund, umgehend bundesgesetzlichen Weichenstellungen für entsprechende Maßnahmen vorzunehmen. Zudem richten sie aufgrund der hohen Bedeutung für die zukünftige Versorgung eine eigene Länder-AG ein (3.16), die sich im Schwerpunkt mit der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung befassen und konkrete Vorschläge erarbeiten wird. Hamburgs **Gesundheitssenatorin Melanie Schlotzhauer**, Vertreterin der A-Länder: „Im Bereich der ambulanten Versorgung zeichnen sich zunehmend Engpässe ab. Dabei ist für Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung von besonderer Wichtigkeit. Wir sind uns deshalb länderübergreifend einig, Maßnahmen

zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung zu ergreifen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, Kommunen und Länder setzen hierzu bereits gezielt auf Fördermaßnahmen und innovative Ideen. So haben wir in Hamburg zum Beispiel lokale Gesundheitszentren geschaffen. Wir brauchen aber auch die Unterstützung des Bundes, um bundesgesetzliche Weichenstellungen in der ambulanten Versorgung vorzunehmen und eine bessere Überprüfbarkeit der Versorgungsaufträge sicherzustellen. Die Stärkung der ambulanten Versorgung kann nur in einem engen Schulterschluss von Bund und Ländern gelingen.“

Zudem sollen nach dem Willen der Länder das Anerkennungsverfahren für ausländische Ärztinnen und Ärzte beschleunigt werden, ohne dabei die Patientensicherheit zu vernachlässigen (7.4). Ein entsprechender Bundesratsantrag mit konkreten Vorschlägen wird vorbereitet. Auch nach Ansicht von **Karl-Josef Laumann, Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen** und Vertreter der B-Länder, ist dieser Schritt zwingend nötig: „Die bundesrechtlich geregelten Anerkennungsverfahren für ausländische Ärztinnen und Ärzte müssen schneller und vor allem pragmatischer werden. Dies wollen die Länder mit einer Bundesratsinitiative und konkreten Vorschlägen kurzfristig anschieben.“ Laumann begrüßt zudem, dass sich die GMK für eine **Überprüfung des Risikostrukturausgleichs** (5.4) ausgesprochen hat: „In den vergangenen Jahren haben wir gesehen, dass sich die Beitragssätze zwischen den Krankenkassen immer stärker unterscheiden. Grundsätzlich ist das positiv, da es den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen befördert. Wir wollen jedoch nicht, dass Kassen ins Hintertreffen geraten, weil sie aufgrund ihrer Historie besonders viele pflegebedürftige oder sozial benachteiligte Versicherte haben. Hier muss der Bund prüfen, ob der sogenannte Risikostrukturausgleich künftig angepasst werden muss.“ Laumann verweist schließlich noch auf die Klinikreform und das einhergehende **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)**: „Bei allen Akteuren besteht Einigkeit, dass wir eine Reform in der Krankenhausversorgung benötigen, damit die Bürgerinnen und Bürger die bestmögliche Qualität in der stationären Versorgung erhalten. Aber: Der Bund muss auf die zwischen den Ländern geeinten Forderungen eingehen, damit dies auch tatsächlich gelingt. Wir Länder werden uns im parlamentarischen Verfahren auch weiter dafür einsetzen, dass die Reform zu praxistauglichen Ergebnissen und somit zu einer wirklichen Verbesserung führt.“

Mit der **Sicherung der Arzneimittelversorgung** befassten sich die Länder in verschiedenen Anträgen. Unter anderem wird der Bund mit einem Beschluss (6.1) zum Erhalt der wohnortnahen Arzneimittelversorgung durch inhabergeführte Vor-Ort-Apotheken gebeten, die Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen. Die bisher in Aussicht gestellten Maßnahmen zur Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturereform reichen nicht, um die Lage der Apotheken nachhaltig zu verbessern und eine zuverlässige und niederschwellige Versorgung zu gewährleisten. Zudem fordern die Länder in einem weiteren Beschluss (6.2) das Bundesgesundheitsministerium auf, eine Rechtsgrundlage (im SGB V) zu schaf-

fen, die die Erstattung von Importarzneimitteln bundesweit einheitlich unabhängig von Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Apotheken sichert, um im Falle eines festgestellten Versorgungsmangels Importe zu erleichtern. In der Vergangenheit hatte es beispielsweise Engpässe bei Medikamenten zur Prophylaxe und Therapie einer HIV-Infektion gegeben. Verbesserungen soll es nach einem Vorschlag der Länder (3.3) auch bei der Verfügbarkeit von paracetamol- und ibuprofenhaltigen Arzneimitteln für Kinder geben. Dazu wird das Bundesgesundheitsministerium gebeten, mit einer Standardzulassung das Zulassungsverfahren deutlich zu erleichtern. Ein weiterer Beschluss (3.8) rückt die dringend erforderliche Stärkung der Arzneimittel-Produktionsstandorte Deutschland und Europa in den Fokus. Denn vor dem Hintergrund der geopolitischen Entwicklungen unterliegen die bestehenden Lieferketten der ständigen Gefahr, unterbrochen zu werden oder sogar zu kollabieren bzw. abgeschnitten zu werden. Schlüssel für die Stärkung ist, die Finanzierung von Generika so anzupassen, dass die Produktion in Deutschland und Europa wieder lohnend gestaltet werden kann, sowie der Abbau von unnötiger Bürokratie.

Einigkeit unter den Ländern bestand über die hohe Bedeutung **des Öffentliche Gesundheitsdienstes (ÖGD)** (8.1). Mit einem gemeinsamen eingebrachten Beschluss aller Länder (8.2) soll eine Bund-Länder-Vereinbarung zur gemeinsamen Weiterentwicklung des ÖGD ab 1. Januar 2027 erarbeitet werden. Ministerin Prof. Dr. Kerstin von der Decken betont: „Die Bemühungen um die Weiterentwicklung zu einem zukunftsfähigen und krisenresilienten ÖGD dürfen nicht mit Ablauf der ÖGD-Paktes Ende 2026 beendet sein. Wörtlich wurde in der damaligen Vereinbarung des Paktes zwischen Bund und Ländern festgehalten: *Bund und Länder sind sich darüber einig, dass die Finanzierung des Personalaufwuchses nachhaltig sein muss und über das Jahr 2026 hinaus verstetigt wird.* Dazu soll es einen Austausch geben. Es ist nicht akzeptabel, wenn der Bund sich davon einseitig verabschieden möchte. Darauf deuten aber die jetzigen Aussagen des Bundes hin. Damit würde der bisherige Erfolg gefährdet, und das ist nicht zu verantworten. Wir wollen eine nachhaltige strukturelle Stärkung des ÖGD, da die Herausforderungen durch Sicherheitslagen, Krisen, Klimawandel, Pandemien und die demografische Entwicklung weiter zunehmen werden. Dessen sollten sich alle bewusst sein und entsprechend verantwortungsvoll handeln“. Die kommunalen Gesundheitsämter sind ein Kernbestandteil des ÖGD.

Ausblick 2025 – Thüringen übernimmt: Gastgeber der Gesundheitsministerkonferenz 2025 wird der Freistaat Thüringen sein. Dazu die Thüringer Gesundheitsministerin Heike Werner: „Ganz klar ist, dass uns die großen Reformprojekte auf Bundesebene weiter beschäftigen werden. Die Krankenhausreform, die Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung, die Finanzierungsfrage und der Fachkräftemangel in der Pflege, die Sicherstellung der Medikamentenversorgung – das werden auch im kommenden Jahr die großen Themen bleiben. Einen besonderen Schwerpunkt möchten wir als Thüringen auf das Thema ‚Prävention‘ setzen. Gesundheitsvorsorge ist eine Gemeinschaftsaufgabe und darüber hinaus eine Frage der sozialen Gerechtigkeit. Ich freue mich darauf, dazu mit meinen Gesundheitsministerkolleginnen und -kollegen stärker in den Austausch zu kommen.“ Die

Hauptkonferenz im kommenden Jahr wird am 11. und 12. Juni in Weimar (Thüringen) stattfinden. Alle Beschlüsse der GMK werden zeitnah eingestellt unter <https://www.gmkonline.de/>

Verantwortlich für diesen Presstext: Oliver Breuer / Christian Kohl / Ministerium für Justiz und Gesundheit | Lorentzendam 35, 24103 Kiel | Telefon 0431 988-3706 E-Mail: pressestelle@jumi.landsh.de | Medien-Informationen der Landesregierung finden Sie aktuell und archiviert im Internet unter www.schleswig-holstein.de | Das Ministerium finden Sie im Internet unter www.schleswig-holstein.de/mjg

„Eine Leistung, die erbracht wird, muss auch bezahlt werden“

Mehr als 50 Anträge haben die Gesundheitsministerinnen und -minister der Länder auf ihrer Konferenz am Mittwoch und Donnerstag in Travemünde beraten und teils beschlossen. Dabei spielte auch der niedergelassene Bereich eine wichtige Rolle. Wo hier der größte Handlungsbedarf liegt und was es mit der angekündigten "Länder-AG" für die ambulante Versorgung auf sich hat, das fragte der änd die GMK-Vorsitzende und schleswig-holsteinische Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken (CDU).



[©Frank Peter](#)

Kerstin von der Decken ist seit Mitte 2022 Ministerin für Justiz und Gesundheit in Schleswig-Holstein und hat in 2024 den GMK-Vorsitz inne.

Frau von der Decken, Sie kommen gerade sozusagen frisch aus der jüngsten Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Welches Gefühl überwiegt bei Ihnen: Erschöpfung oder Zufriedenheit?

Beide Gefühle sind da, aber die Zufriedenheit überwiegt eindeutig, denn wir haben es geschafft, über 50 Anträge zu besprechen und auch Beschlüsse zu fassen, die meisten davon einstimmig.

Gibt es ein Ergebnis, über das Sie besonders froh sind?

Nein, es gibt jetzt keinen ganz bestimmten Antrag oder etwas, worüber ich mich besonders gefreut habe. Es war eine große Bandbreite an Themen, über die wir beraten haben, von der Arzneimittelversorgung über den ambulanten Bereich bis hin zum Öffentlichen Gesundheitsdienst. Und es war toll zu sehen, wie einig sich die Länder parteiübergreifend in den wichtigen Gesundheitsfragen sind. Das ist meiner Ansicht nach das beste Ergebnis.

Auch mit der ambulanten Versorgung hat sich die GMK befasst. Zum Beispiel haben die Länder vereinbart, eine Arbeitsgemeinschaft zu gründen, die sich mit der Sicherstellung der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung befassen soll. Können Sie dazu noch Genaueres sagen?

Wir gehen dabei in zwei Schritten vor. Wir haben jetzt eine Landesarbeitsgemeinschaft beschlossen, die nennt sich „Instrumente der Sicherstellung der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung der AOLG“. Und wir Länder haben dieser LAG den Auftrag gegeben, Vorschläge für konkrete bundesgesetzliche Maßnahmen zu erarbeiten. Wir möchten eine Art Bestandsaufnahme machen lassen, um zu sehen, an welchen Stellschrauben wir alle zu drehen haben, damit wir dann ein ganzes Paket an Maßnahmen fordern oder einleiten können.

Wo sehen Sie den größten Handlungsbedarf im niedergelassenen Bereich?

Da gibt es eine ganze Reihe an Dingen: Ein Beispiel ist die Umsetzung einer echten Entbudgetierung ohne neue Bürokratie. Wir brauchen auch ein klares Bekenntnis zu inhabergeführten und freiberuflich selbstständigen Praxen und Medizinischen Versorgungszentren. Wir brauchen eine Digitalisierung, die tatsächlich funktioniert und einen entlastenden Mehrwert hat. Die Praxen sollen nicht unfreiwillige Software-Tester werden. Dann gibt es natürlich noch viele weiche Faktoren, die für die Attraktivität der Tätigkeit im niedergelassenen Bereich eine Rolle spielen. Hier ist nicht nur das Gesundheitswesen gefragt, sondern auch das Umfeld, also beispielsweise die Kommunen.

Diese Forderungen stehen so in einer Resolution, die die Abgeordnetenversammlung der KV Schleswig-Holstein anlässlich der GMK verabschiedet hat. Ich teile diese voll und ganz.

Sie haben gerade die Entbudgetierung erwähnt. Für den hausärztlichen Bereich soll diese mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz ja demnächst kommen. Wünschen Sie sich eine solche auch für Fachärztinnen und Fachärzte?

Ja! Eine Leistung, die erbracht wird, die muss auch bezahlt werden. Das Instrument der Budgetierung ist ja eine Maßnahme, die zu Zeiten der sogenannten Ärzteschwemme eingeführt wurde. Wir sind jetzt aber in einer genau gegenteiligen Situation und insofern muss eine Entbudgetierung sowohl für den hausärztlichen als auch für den fachärztlichen Bereich kommen.

In einem weiteren GMK-Beschluss, der mit der Überschrift „Stabilisierung der ambulanten medizinischen Versorgung“ versehen ist, heißt es, es sei Ziel der Ländergesundheitsministerinnen und -minister, „im Rahmen ihrer kompetenzrechtlichen Möglichkeiten die ambulante Versorgungslage zu stabilisieren, gar noch zu verbessern und damit diesen Aspekt der Daseinsvorsorge für die Menschen verlässlich zu gewährleisten“. Machen die Länder sich Sorgen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstellungsauftrag nicht mehr allein bewältigen können?

Nein. Es geht uns Ländern einfach darum, unsere Expertise mit einzubringen. Das ist alles. Wir glauben nämlich, dass ein Austausch unter allen Beteiligten, also auch mit uns Ländern, zielführend ist.

Ihre Hamburger Amtskollegin Frau Melanie Schlotzhauer hat bei der PK am Donnerstag erläutert, dass die Länder künftig auch mitreden wollen bei der Bedarfsplanung, zum Beispiel, indem sie eine Stimme in den Zulassungsausschüssen bekommen. Damit greifen Sie ja schon enorm in die Selbstverwaltung ein...

Eine solche Forderung ist nicht Gegenstand des GMK-Beschlusses der Länder. Eine Diskussion dazu gibt es vor dem Hintergrund des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes, die weiterhin andauert.

Was die Niedergelassenen derzeit immer noch umtreibt, sind die Folgen des sogenannten Poolärzte-Urteils des Bundessozialgerichts. Hat sich die GMK damit auch befasst?

Dieses Thema war nicht auf der offiziellen Tagesordnung und es gab dementsprechend auch keinen Beschluss zu dieser Frage. Im Prinzip ist dazu alles gesagt und getan, was wir als Länder tun können. Wir haben den Bund aufgefordert, diesbezüglich eine Regelung zu treffen...

...Sie meinen eine sozialgesetzliche Änderung auf Bundesebene...

...ja, genau. Es gibt ja bereits eine Ausnahme von der Beitragspflicht für Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst. Und diese Ausnahme möchten wir einfach erweitern um die im Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen tätigen Ärzte und Ärztinnen. Wir halten das für den richtigen Schritt. Das System hat ja bislang so auch sehr gut funktioniert.

Wir wissen, dass der Bundesgesundheitsminister bereit wäre, einen solchen Schritt zu gehen, aber dass der Bundesarbeitsminister da anderer Ansicht ist. Die beiden müssen sich jetzt einigen. Es gibt nach dem derzeitigen Stand noch keine Lösung, aber die soll jetzt bald kommen. Insofern warten wir auf die Reaktion des Bundes.

Verlassen wir den ambulanten Bereich und kommen wir zu den Krankenhäusern. Der Bundesgesundheitsminister hat sich bei der Pressekonferenz nach der GMK sehr zuversichtlich gezeigt, dass die Klinikreform beziehungsweise das dazugehörige Gesetz wie geplant am 1. Januar 2025 starten kann. Sie haben sich da etwas zurückhaltender geäußert und deutlich gemacht, dass Sie von Herrn Lauterbach schon erwarten, dass er die unter allen 16 Ländern geeinten Forderungen doch noch berücksichtigt. Hand aufs Herz: Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass diese am Ende noch im Gesetzentwurf landen?

Das ist jetzt schwer zu sagen, ich kann leider nicht in die Zukunft schauen. Ansprechpartner ist jetzt nicht mehr der Bundesgesundheitsminister. Wir sind nun im parlamentarischen Verfahren. Das heißt, jetzt entscheidet der Bundestag und danach der Bundesrat. Und deswegen fokussieren wir uns jetzt auf diese beiden Institutionen. Über Änderungsanträge könnten die Fraktionen des Bundestages alle Forderungen der Länder in das Gesetz einarbeiten. Und wir werden alles daran setzen, die Bundestagsfraktionen von unseren fachlichen Anliegen zu überzeugen.

Es geht hier nicht um Parteipolitik, es geht um reine Fachlichkeit, das ist das Wichtige. Wir als 16 Bundesländer stellen parteiübergreifend unsere fachlichen Forderungen zum Wohle der Patientinnen und Patienten und zum Wohle der im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen und für die Strukturen, die wichtig für eine Sicherstellung der Versorgung sind. Und wir hoffen, dass wir bei den Abgeordneten durchdringen.

Sie haben bereits mehrfach gesagt, dass Sie damit rechnen, dass das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) am Ende vor dem Bundesverfassungsgericht landet. Halten Sie das immer noch für wahrscheinlich?

Ja, natürlich. Aber das liegt nicht nur in der Hand der Länder. Wir leben in einem Rechtsstaat und jeder, der sich in seinen Rechten beeinträchtigt sieht, hat die Möglichkeit, gerichtlich gegen Entscheidungen des Staates vorzugehen.

Es gibt mehrere, die gegen das KHVVG vorgehen könnten. Zum einen die Länder. Ein Gutachten hat aufgezeigt, dass so, wie das Gesetz derzeit formuliert ist, es unsere verfassungsrechtliche Planungshoheit beschneidet. Zudem hat der Bundesgesundheitsminister die Zustimmungspflichtigkeit des Gesetzes aufgehoben, obwohl Länderbereiche tangiert werden. Also, die Länder könnten klagen.

Es könnte aber auch jede Klinik klagen. Das würde zwar nicht sofort vor dem Bundesverfassungsgericht landen. Aber wenn wir Länder später das KHVVG umsetzen und eine Klinik umstrukturieren müssen und diese Klinik der Ansicht ist, dass das nicht richtig ist, dann kann sie dagegen gerichtlich vorgehen. Und in diesem Gerichtsverfahren ist es immer möglich, dass das Gesetz dem Bundesverfassungsgericht vorgelegt wird.

Und auch die Krankenkassen könnten klagen und haben das ja sogar schon in Aussicht gestellt. Grund ist die im Gesetz vorgesehene 50 Prozent-Beteiligung der Krankenkassen am Transformationsfonds.

Insofern ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieses Gesetz vor dem Bundesverfassungsgericht landet, von welcher Stelle auch immer die Klage eingebracht wird, ausgesprochen hoch. Gerade deswegen sind der Bundesgesundheitsminister, der Bundestag und der Bundesrat in der Verantwortung, ein Gesetz hinzukriegen, das erstens inhaltlich korrekt und zweitens verfassungsrechtlich in Ordnung ist. Sonst haben wir in einigen Jahren ein ganz großes Problem.

Ich würde gern noch auf ein weiteres Gesetz aus dem Hause Lauterbach zu sprechen kommen, zu dem jetzt ein Referentenentwurf vorliegt, und zwar auf die Reform der

Notfallversorgung. Hierbei ist unter anderem geplant, eine „notdienstliche Akutversorgung“ einzuführen, die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte rund um die Uhr sicherzustellen hätten. Ist das aus Ihrer Sicht sinnvoll und überhaupt umsetzbar?

Wir sind derzeit noch innerhalb des Verfahrens der Prüfung und Bewertung des Referentenentwurfs. Grundsätzlich ist es richtig und wichtig, die Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und niedergelassenem Bereich in den Blick zu nehmen und die Zusammenarbeit weiter zu entwickeln. Ob das in der Form machbar ist, muss auch unter Einbeziehung der Akteure bewertet werden.

Bei der Notfallreform geht es ja vor allem auch um eine bessere Steuerung von Patientinnen und Patienten in die passende Versorgungsebene. Was die Patientensteuerung angeht, wird in letzter Zeit vermehrt über die Vor- und Nachteile eines Primärarztsystems gesprochen. Was ist ihre Haltung dazu?

Ich kann die Idee grundsätzlich nachvollziehen, aber es gibt dabei viele Unbekannte: beispielsweise die Frage, ob Hausärztinnen und Hausärzte dafür überhaupt die Kapazitäten haben, wenn Sie unter Primärarztsystem verstehen, dass Patientinnen und Patienten immer erst zur Hausärztin und Hausarzt gehen sollen, um dann bei Bedarf weiter gelotst zu werden. Es wird Fälle geben, wo das sehr sinnvoll ist, aber eben auch welche, in denen das Ergebnis einfach ein zusätzlicher und unnötiger Arztkontakt ist. Daher müssen vor einer möglichen Entscheidung für oder gegen ein solches System die Auswirkungen genau geprüft werden.

15.06.2024, 10:21, änd, Autor/-in: sk

12. Juni 2024

Resolution

Anlässlich der Tagung der Gesundheitsministerinnen und der Gesundheitsminister der Länder in Lübeck-Travemünde fordern wir die gesundheitspolitisch Verantwortlichen im Bund und den Ländern dringend zu einem Richtungswechsel auf.

Ärzte/-innen und Psychotherapeuten/-innen wollen für ihre Patientinnen und Patienten da sein. Das erfordert Rahmenbedingungen, die die Arbeit erleichtern und eine innovative Weiterentwicklung der bewährten Strukturen der ambulanten Versorgung zulassen. Was wir nicht brauchen, sind ideologische Experimente und politische Verunsicherungen, die die Praxen der Niedergelassenen, die das Rückgrat der Gesundheitsversorgung bilden, in Frage stellen und in ihrer Existenz gefährden.

Wir fordern:

- Echte Entbudgetierung ohne neue Bürokratie und ohne eine Umverteilung von Mitteln innerhalb der ambulanten Versorgung
- Ein klares Bekenntnis zu inhabergeführten, freiberuflich-selbstständigen Praxen und Medizinischen Versorgungszentren, seien sie hausärztlich, fachärztlich oder psychotherapeutisch
- Eine Ambulantisierung der Versorgung mit klaren und fairen Wettbewerbsbedingungen für Kliniken und Praxen
- Eine Digitalisierung, die funktioniert, einen entlastenden Mehrwert hat und bei der Praxen nicht zu unfreiwilligen Software-Testern werden.
- Einen spürbaren Abbau der Bürokratie

Alle Gesetze, seien sie noch in der Planung oder bereits im parlamentarischen Verfahren, wie das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und das Notfall-Gesetz müssen sich daran messen lassen, welchen tatsächlichen Beitrag sie leisten, die Arzt- und Psychotherapeutenpraxen und damit das Rückgrat der gesundheitlichen Versorgung von 83 Millionen Menschen in Deutschland zu stärken.

Pressemitteilung

Bad Segeberg, 17.06.2024

97. Gesundheitsministerkonferenz zur ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung

Ärztegenossenschaft Nord begrüßt Bekenntnis der 97. Gesundheitsministerkonferenz zur ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung

„Unsere Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken hat als GMK-Vorsitzende - wie angekündigt - die ambulante Versorgung auf die Agenda gesetzt, und wir sind ihr dafür dankbar“, so der Vorsitzende der Ärztegenossenschaft Nord (äg Nord), Dr. Svante Gehring. Die äg Nord hofft nun aber, dass die beschlossene Landesarbeitsgemeinschaft, die Vorschläge für bundesgesetzliche Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung erarbeiten soll, nicht nur mit Gesundheitsexperten besetzt wird, sondern auch denen, die vor Ort die Arbeit leisten, eine Stimme gibt. „Wir haben genug von Expertenkommissionen, die aus dem Elfenbeinturm heraus Empfehlungen geben, die an jeder Realität vorbeilaufen“, so Gehring weiter.

Er beschreibt die Unwucht im System so: „Heute verdienen angestellte Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor umgerechnet häufig einen höheren Stundenlohn als ihre Chefs, die aber als Niedergelassene weiter in der Vollverantwortung für die Versorgung, das Personal, die Kostenseite und die Abläufe in ihren Praxen stehen!“

Die äg Nord sieht daher die Entbudgetierung aller Fachgruppen ohne neue Bürokratie, wie es auch die Ministerin fordert, und eine aufzustockende, angemessene Leistungshonorierung, die derzeit anderen Dienstleistungsbranchen weit hinterherhinke als unbedingte Voraussetzung zur Sicherstellung einer wohnortnahen ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung an. Diese sei lange überfällig, müsse fair sein, d.h. ambulanten und klinischen Sektor auf gleiche Augenhöhe bringen!

„Wir begrüßen den Willen zur Strukturreform mit dem Ziel, die Krankenhausversorgung und deren Finanzierung auf neue Beine zu stellen, so diese nicht zu Lasten der niedergelassenen Ärzteschaft geht“, fordert Dr. Axel Schröder, stellvertretender Vorsitzender der äg Nord. Man könne die ambulante Versorgung nur aufrechterhalten und unternehmerisch agieren, wenn wirtschaftliche Rahmenbedingungen dies hergeben. Würden diese stimmen, dann bräuchte es nicht mehr,

Ärztegenossenschaft
Nord eG
Bahnhofstraße 1 - 3
23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551 9999-0
Fax: 04551 9999-19
Mail: aerztegenossenschaft@aegnord.de
Internet: www.aegnord.de

Die Ärztegenossenschaft Nord eG (äg Nord) vertritt die Interessen von ca. 1.800 Ärzten und Psychotherapeuten aus Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein.

Wir bündeln die politische und wirtschaftliche Kraft der freien Ärzteschaft aus gemeinsamer Verantwortung für eine menschenwürdige Medizin.

Wir organisieren lokale Versorgung im Sinne des Gemeinwohls. Das Ärztezentrum Büsum ist unser bekanntestes Leuchtturm-Projekt.

Die Ärztegenossenschaft Nord eG ist Mitglied bei MEDIGENO Deutschland e.V.



Wir sind zertifiziert!



Hier finden Sie unseren Genderkodex.



sondern weniger Staat und Gesetze! Das klare Bekenntnis der Ministerin von der Decken zu inhabergeführten und freiberuflich selbstständigen Praxen und Medizinischen Versorgungszentren sei da das richtige Zeichen!

Pressekontakt:

Ärztegenossenschaft Nord eG

Dr. med. Svante C. Gehring

Vorstandsvorsitzender

Tel.: 04551 9999-0, E-Mail: aerztegenossenschaft@aegnord.de



**Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit
anlässlich der
97. Gesundheitsministerkonferenz (GMK)
am 12. und 13. Juni 2024
in Lübeck-Travemünde**

Berlin, den 6. Juni 2024

Inhalt

1) Apothekenreform	3
2) Medizinforschungsgesetz.....	4
3) Reform der ambulanten Versorgung.....	5
4) GKV-Finzen	7
5) Krankenhausreform.....	9
6) Notfallreform	11
7) Gesundheitsberufe.....	13
8) Reform des Medizinstudiums	14
9) Pflegekompetenzgesetz / Etablierung des Berufsbilds der Advanced Practice Nurse.....	15
10) Digitalisierung	17
11) Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin	19
12) Gesetzentwurf zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz)	20
13) Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende	21
14) Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen	22

1) Apothekenreform

Der Erhalt eines flächendeckenden Apothekennetzes mit persönlicher Vor-Ort-Beratung ist von zentraler Bedeutung für die Arzneimittelversorgung. Der Fachkräftemangel, ein wachsendes Stadt-Land-Gefälle in der Bevölkerung sowie die Abwanderung in andere Beschäftigungszweige könnten perspektivisch zur Versorgungseinschränkungen in der Fläche führen. Zur mittel- und langfristigen Sicherstellung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung durch Apotheken ist eine Reform des Apothekenwesens in Planung. In den folgenden Bereichen sind Maßnahmen geplant:

- Honorierung
 - Durch Notdienste wird die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung rund um die Uhr gewährleistet. Apotheken, die sich in Regionen mit geringer Apothekendichte befinden, müssen häufiger Notdienste leisten als Apotheken in Regionen mit hoher Apothekendichte. Daher sollen die packungsbezogenen Zuschläge zur Vergütung von Notdiensten von 21 auf 28 Cent pro Packung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels erhöht werden, so dass für die Vergütung geleisteter Notdienste künftig etwa 50 Mio. Euro mehr zur Verfügung stehen.
 - Beginnend ab dem Jahr 2025 soll der prozentuale Anteil der Apothekenvergütung von derzeit 3 Prozent stufenweise auf 2 Prozent abgesenkt werden; die freigewordenen Finanzmittel sollen 1:1 in die Erhöhung des Packungsfixums überführt werden
 - Ab dem Jahr 2027 sollen GKV-Spitzenverband und die Apothekerschaft im Benehmen mit dem PKV-Verband jährlich die Anpassung des Packungsfixums vereinbaren können.
- Telepharmazie, d. h. die Nutzung technischer Einrichtungen zur Videokonsultation bei der Arzneimittelabgabe
- Neue Aufgaben in der Versorgung
- Flexibilisierung und Entbürokratisierung, u. a. die Ermöglichung flexiblerer Öffnungszeiten; die einfachere Gründung von Zweigapotheken; die Möglichkeit der Apothekenneugründung für approbierte Apothekerinnen und Apotheker, die

ihre Prüfung außerhalb Deutschlands bestanden haben; Fachkräfte aus dem Ausland sollen bereits während des Anerkennungsverfahrens wie Auszubildende für pharmazeutische Tätigkeiten eingesetzt werden können; Prüfung von Beschäftigungsmöglichkeiten weiterer Berufsgruppen mit geeigneter Ausbildung für unterstützende Tätigkeiten.

2) Medizinforschungsgesetz

Ziel des Medizinforschungsgesetz (MFG) ist es, die Rahmenbedingungen für die Entwicklung, Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten zu verbessern. Auf diese Weise soll die Attraktivität des Standorts Deutschland im Bereich der medizinischen Forschung gestärkt, der Zugang zu neuen Therapieoptionen für Patientinnen und Patienten beschleunigt und Wachstum und Beschäftigung gefördert werden. Mit dem MFG soll ein wesentlicher Teil der Pharmastrategie der Bundesregierung umgesetzt werden.

Der am 27. März 2024 durch das Kabinett beschlossene Regierungsentwurf adressiert die Rahmenbedingungen der Entwicklung, Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten durch eine Reihe von Maßnahmen. So sollen die Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen und die Zulassungsverfahren von Arzneimitteln und Medizinprodukten bei gleichzeitiger Wahrung der hohen Standards für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten vereinfacht, entbürokratisiert und beschleunigt werden. Dazu sind insbesondere Änderungen im Arzneimittelgesetz (AMG), Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetz (MPDG) und Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) erforderlich. Es sollen zum Beispiel die Bewertung mononationaler klinischer Prüfungen beschleunigt, dezentrale klinische Prüfungen ermöglicht und Kennzeichnungen vereinfacht werden. Durch die Einrichtung einer Spezialisierten Ethik-Kommission für besondere Verfahren auf Bundesebene, die Spezialisierung der Ethik-Kommissionen der Länder und die Einführung einer Richtlinienbefugnis des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen (AKEK) sollen weitere Vereinfachungen erreicht und Harmonisierungspotentiale gehoben werden. Ferner sollen die pharmazeutischen Unternehmer die Möglichkeit erhal-

ten, vertrauliche Erstattungsbeträge bei Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen zu vereinbaren. Schließlich soll im Bereich des Strahlenschutzes durch mehrere Maßnahmen eine Verzahnung der verschiedenen Anzeige- und Genehmigungsverfahren sowie eine Verkürzung der Fristen erreicht werden.

Der Bundesrat hat am 17. Mai 2024 Stellung genommen (BR-Drs. 155/24). Die Gegenüberstellung der Bundesregierung wurde am 29. Mai 2024 im Kabinett beschlossen.

3) Reform der ambulanten Versorgung

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) ist am 22. Mai 2024 vom Kabinett beschlossen worden. Das Gesetz zielt darauf ab, die ambulante regionale Versorgung zu stärken, die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte zu verbessern, die hausärztliche und die ambulante psychotherapeutische Versorgung weiterzuentwickeln, den Zugang zu Leistungen zu verbessern und die Transparenz zu erhöhen.

Wesentliche Regelungen sind:

- Gemeinden und Städten wird es erleichtert, kommunale MVZ zu gründen, damit sie die Versorgung vor Ort noch besser mitgestalten können.
- Die hausärztliche Tätigkeit wird durch Entbudgetierung attraktiver. Ebenso wie seit dem 1. April 2023 für die Leistungen der Kinder- und Jugendmediziner geregelt, werden nun auch die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in diesem Zusammenhang erbrachten Hausarztbesuche ohne Kürzungen vergütet. Zudem wird die Vergütung weiterentwickelt mit dem Ziel, die hausärztlichen Praxen von nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten zu entlasten (Versorgungspauschale). Mit der zusätzlichen Regelung einer Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen und Voraussetzungen (Vorhaltepauschale) sollen Hausarztpraxen, die für die Patientinnen und Patienten maßgeblich die hausärztliche Versorgung aufrechterhalten, gestärkt werden.
- Die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung wird verbessert und die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen wird vereinfacht. Es werden

insbesondere zusätzliche psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungsaufträge für vulnerable Patientengruppen geschaffen, um ihnen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern. Zudem wird eine separate Bedarfsplanung etabliert für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln.

- Erwachsene, Kinder und Jugendliche, die unter schweren Krankheiten leiden oder von Behinderung betroffen sind, erhalten einen besseren Zugang zu medizinisch notwendigen Hilfsmitteln. Hierfür sollen die entsprechenden Bewilligungsverfahren für Hilfsmittelversorgungen beschleunigt werden.
- Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen müssen künftig jährlich einheitliche Kennzahlen und Informationen zu ihrer Service- und Leistungsqualität erheben. Diese Kennzahlen sind vom GKV-Spitzenverband auf einer digitalen Vergleichsplattform zu veröffentlichen. Ziel ist eine bessere Vergleichbarkeit für Versicherte und eine Stärkung des Qualitätswettbewerbs unter den Kranken- und Pflegekassen.
- Die Stimme der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird gestärkt, Beteiligungsrechte werden erweitert und die Entscheidungen des G-BA beschleunigt.
- Die Fehlverhaltensbekämpfung der Kranken- und Pflegekassen wird gestärkt. Dafür werden die Landesverbände der Krankenkassen ausnahmslos in diese Aufgabe einbezogen, Datenübermittlungsbefugnisse erweitert und die Voraussetzungen für eine auf Künstlicher Intelligenz (KI) gestützten Datenverarbeitung bei der Fehlverhaltensbekämpfung gesetzlich klargestellt. Zudem wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2025 ein Konzept für eine bundesweite Betrugspräventionsdatenbank vorzulegen. Im Bereich der Geldwäscheprävention findet ein solches Instrument bereits Anwendung.

Mit diesen und weiteren Regelungen wird die ambulante Versorgung der Versicherten bedarfs- und patientengerecht weiterentwickelt und die gesetzliche Krankenversicherung an aktuelle Herausforderungen angepasst.

Weitere Reformvorschläge liegen vor, die im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens zum GVSG oder weiterer Gesetzesinitiativen umgesetzt werden sollen. Hierzu gehören

insbesondere: Etablierung von Gesundheitskiosken, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren, Modernisierung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung und Kryokonservierung, Schaffung eines Leistungsanspruch auf Präimplantationsdiagnostik, Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Sprachmittlung im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung mithilfe digitaler Anwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Schaffung einer Rechtsgrundlage im SGB V für Modellvorhaben zum Direktzugang von Heilmittelerbringern sowie diverse Weiterentwicklungen, Anpassungen und Vereinfachungen im Hilfsmittelbereich unter anderem durch die Vereinheitlichung administrativer Vertragsinhalte in einem verbindlichen Rahmenvertrag, die Schaffung einer rechtssicheren Grundlage für Festbeträge, die Fortentwicklung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Krankenkassen oder die Konkretisierung und Erweiterung der Informationspflichten der Krankenkassen gegenüber den Versicherten.

4) GKV-Finzenzen

In Folge pandemiebedingt geringerer Wachstumsraten der Beitragseinnahmen aufgrund einer schwächeren Wirtschaftsentwicklung sowie aufgrund des Wegfalls pandemiebedingt gezahlter ergänzender Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds drohte für 2023 ein massiver Anstieg des Zusatzbeitragssatzes.

Um diesen Anstieg zu begrenzen, wurde mit dem Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinStG) für das Jahr 2023 ein umfassendes Maßnahmenpaket auf den Weg gebracht. Neben einem ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 2 Mrd. Euro sowie einem Bundesdarlehen von 1 Mrd. Euro wurden sowohl weitere Finanzreserven der Krankenkassen (2,5 Mrd. Euro) als auch Finanzreserven des Gesundheitsfonds (4,7 Mrd. Euro) herangezogen. Des Weiteren konnten Einsparungen und Effizienzreserven auf Seiten der Leistungserbringer von rund 2,5 Mrd. Euro gehoben werden. Der ausgabendeckende GKV-durchschnittliche Zusatzbeitragssatz stieg um 0,3 Prozentpunkte und konnte bei 1,6 Prozent stabilisiert werden. Für 2023 verbuchten die Krankenkassen lt. vorläufiger Rechnungsergebnisse – bereinigt um die Vermögensabgabe an den Gesundheitsfonds – einen leichten Überschuss. Damit ist es mit dem GKV-FinStG gelungen, die Finanzsituation der GKV in 2023 zu stabilisieren. Allerdings zeigen

die vorläufigen Rechnungsergebnisse für 2023 auch eine deutlich anziehende Ausgabendynamik bei den gesetzlichen Krankenkassen, die sich auch in 2024 fortsetzen dürfte.

Auf Basis der Prognose des Schätzerkreises vom 12. Oktober 2023 hat das BMG für 2024 einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,7 Prozent festgelegt. Das entspricht einem Anstieg um 0,1 Prozentpunkte gegenüber 2023. Während der GKV-Schätzerkreis für 2024 von einer weiterhin stabilen Entwicklung der Beitragseinnahmen ausgeht, ist inflationsbedingt aufgrund nachholender Vergütungssteigerungen im ambulanten und stationären Bereich und dem Auslaufen des erhöhten Herstellerrabatts auf Arzneimittel mit einer anziehenden Ausgabendynamik in 2024 zu rechnen.

Mittelfristig ist davon auszugehen, dass die Beitragseinnahmen demographisch bedingt in den Jahren ab 2025 weniger stark wachsen werden als die Ausgaben („strukturelle Deckungslücke“). Anhebungen der Zusatzbeitragssätze sind daher auch in den kommenden Jahren zu erwarten. In welchem Umfang dies konkret bereits für das Jahr 2025 notwendig sein wird, kann erst durch den Schätzerkreis (im Herbst 2024 für 2025) valide prognostiziert werden. Erst zu diesem Zeitpunkt liegen alle notwendigen Informationen und Datengrundlagen für eine valide und verlässliche Schätzung vor.

Mit dem GKV-FinStG wurde das BMG beauftragt, bis zum 31. Mai 2023 Vorschläge für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erarbeiten. Die Empfehlungen wurden fristgerecht bis zum 31. Mai 2023 erarbeitet und am 9. Februar 2024 auf der Website des BMG veröffentlicht. Kern der Empfehlungen sind Maßnahmen zur Stabilisierung der Einnahmenseite sowie Strukturreformen auf der Ausgabenseite, die dazu beitragen sollen, die Effizienz und Qualität der Versorgung zu steigern. Diese Strukturreformen geht das BMG mit großer Intensität an: Mit den Digitalgesetzen, dem Gesundes-Herz-Gesetz, der Krankenhausreform sowie vielen weiteren Reformen sollen neben einer höheren Versorgungsqualität auch unnötige Ausgaben, die durch Fehl- und Überversorgung sowie ineffiziente Strukturen entstehen, vermieden werden.

5) Krankenhausreform

Im Zusammenhang mit den im Koalitionsvertrag vorgesehenen Reformen der Krankenhausversorgung und -finanzierung wurde im Mai 2022 die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ eingerichtet. Die Regierungskommission sollte nach dem Koalitionsvertrag insbesondere Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vorlegen, die das bisherige Vergütungssystem um ein nach Versorgungsstufen differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt.

Anfang Dezember 2022 hat die Regierungskommission ihre dritte Stellungnahme mit Empfehlungen für eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung vorgestellt. Diese wurden als grundsätzlich geeignete Diskussionsgrundlage für gesetzliche Anpassungen angesehen und im Zeitraum von Januar bis Juli 2023 im Rahmen einer „Bundesländer-Arbeitsgruppe für die Krankenhausreform“ gemeinsam mit den Ländern und Koalitionsfraktionen beraten und zu einem umfassenden Eckpunktepapier weiterentwickelt.

Auf der Grundlage der Eckpunkte für eine Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 hat das BMG einen Gesetzentwurf (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) erarbeitet. Nach Abschluss der notwendigen Abstimmungen wurde der vom BMG vorgelegte Entwurf am 15. Mai 2024 durch das Kabinett beschlossen.

Mit der Krankenhausreform werden folgende zentrale Ziele verfolgt: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung.

Damit in Deutschland auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gewährleistet werden kann, sollen künftig Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien festgelegt werden. Vorgesehen ist, dass Leistungsgruppen den Krankenhäusern durch die Planungsbehörden der Länder zugewiesen

werden können, wenn sie die jeweils geltenden Qualitätskriterien erfüllen. Neben der Steigerung der Behandlungsqualität ist zentraler Bestandteil der Reform die geplante Einführung einer Vorhaltevergütung - damit soll die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden. Die Vorhaltevergütung sollen Krankenhäuser für die Leistungsgruppen erhalten, die ihnen durch die Planungsbehörden der Länder zugewiesen wurden. Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen („Level 1i-Krankenhäuser“) soll zudem künftig eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zukommen. Sie sollen stationäre Leistungen wohnortnah sowohl mit ambulanten als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen verbinden. Hiervon können insbesondere Krankenhäuser profitieren, deren Fortbestand auf Grund des geringen stationären Versorgungsbedarfs in der Region nicht gesichert ist. Es besteht die Möglichkeit, das Leistungsangebot dieser Krankenhäuser sektorübergreifend an dem jeweiligen Bedarf an stationären, ambulanten oder pflegerischen Leistungen auszurichten.

Mit der geplanten Krankenhausreform sollen zudem Regelungen zur vollständigen und frühzeitigen Tarifierfinanzierung für alle Beschäftigtengruppen, zur Anwendung des vollen Orientierungswerts sowie zur besonderen Berücksichtigung der Belange von ländlichen und strukturschwächeren Räumen umgesetzt werden. Es ist darüber hinaus vorgesehen, einen zielgenauen Transformationsfonds aufzusetzen.

Zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten werden darüber hinaus seit Mai 2024 Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland durch das BMG in einem Transparenzverzeichnis, dem sogenannten Bundes-Klinik-Atlas veröffentlicht. Dafür werden die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zugeordnet und die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte sowie die personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang des Krankenhauses transparent dargelegt. Die Veröffentlichung hat keine Konsequenz für die Krankenhausplanung der Länder und für die Krankenhausvergütung. Eine erste Veröffentlichung erfolgte am 17. Mai 2024 (www.bundes-klinik-atlas.de).

Das Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG), welches die gesetzliche Grundlage für das Transparenzverzeichnis bildet, wurde in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren im Rahmen einer Fraktionsinitiative auf den Weg gebracht und am 19. Oktober 2023 vom Bundestag beschlossen. Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 22. März 2024 unter Berücksichtigung der Empfehlung des Vermittlungsausschusses beschlossen, keinen Einspruch gegen das Gesetz einzulegen. Das Gesetz ist am 28. März 2024 in Kraft getreten.

Zur kurzfristigen Unterstützung der Krankenhäuser sieht das KHTG auch verschiedene Maßnahmen zur Liquiditätsverbesserung bei der Pflegepersonalkostenfinanzierung vor (frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen, Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts von 230 Euro auf 250 Euro pro Tag, schnellerer Ausgleich von noch nicht finanzierten Pflegekosten, sog. vorläufiger Mindererlösausgleich auch für Folgejahre).

Im Verlauf der Beratungen mit den Ländern und den Koalitionsfraktionen zum Eckpunktepapier für die Krankenhausreform wurden im Auftrag des BMG zudem Simulationen zur Beschreibung der Auswirkungen der Reformpläne auf die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen (Folgenabschätzung) durchgeführt und gemeinsam mit den Beteiligten erörtert. Weitere Simulationen befinden sich in Planung.

6) Notfallreform

Im Koalitionsvertrag ist vorgesehen, das System der Notfallversorgung weiterzuentwickeln. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat am 13. Februar 2023 Empfehlungen zur Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland und am 7. September 2022 Empfehlungen zum Rettungsdienst und Finanzierung veröffentlicht.

Zentrales Ziel der Notfallreform ist es, die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – stärker aufeinander abzustimmen und zu vernetzen, um eine bedarfsgerechte Steuerung von Hilfesu-

chenden in die richtige Versorgungsebene sicherzustellen. Eine ambulante vertragsärztliche Versorgung im Notdienst muss flächendeckend sichergestellt sein, um Notaufnahmen zu entlasten.

Seit Sommer 2023 wurde in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Notfallversorgung“ daran gearbeitet, ein gemeinsames Verständnis und die gemeinsamen Ziele der Notfallreform herauszuarbeiten.

Am 16. Januar 2024 wurden Eckpunkte für eine Reform der Notfallversorgung vorgelegt, die auf der Grundlage der Empfehlungen der Regierungskommission und der Beratungen mit den Ländern erarbeitet wurden. Diese wurden in der Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 29. Januar 2024 vorgestellt und diskutiert. Auf Grundlage des Eckpunktepapiers wird derzeit ein Referentenentwurf vorbereitet. Vorgesehener Zeitpunkt für das Inkrafttreten des Gesetzes ist Anfang 2025.

Wesentliche Inhalte der Notfallreform sind:

- Ausbau, Stärkung und zwingende Vernetzung der Terminservicestellen mit den Rettungsleitstellen, um eine Überleitung von Hilfesuchenden zu ermöglichen. Zur Förderung der Terminservicestellen werden zusätzliche Mittel durch die gesetzliche Krankenversicherung und die KVen bereitgestellt.
- Bundesweite Vereinheitlichung der notdienstlichen Akutversorgung durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der KVen. Diese müssen rund um die Uhr eine telemedizinische Versorgung sowie Hausbesuche insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten bereitstellen. Sie erhalten gesetzlich die Möglichkeit, für den aufsuchenden Dienst auch qualifiziertes nichtärztliches Personal einzubinden oder mit dem Rettungsdienst zu kooperieren (Gemeindenotfallsanitäter).
- Flächendeckende Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) sowie dort, wo es die Kapazitäten zulassen, Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ). INZ und KINZ bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“) und einer KV-

Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe. Die Kooperationspartner der INZ sollen sich digital vernetzen, um Behandlungsdaten schnell austauschen zu können. Die Mindestöffnungszeiten der INZ werden gesetzlich festgelegt: (Wochenende/Feiertage: 9 Uhr bis 21 Uhr, Mittwoch/Freitag: 14 Uhr bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 Uhr bis 21 Uhr). Durch eine Anbindung an eine Terminservicestelle sollen Patientinnen und Patienten in INZ auch geeignete Termine für eine Weiterbehandlung angeboten werden können. Zudem soll auch die Abgabe von kurzfristig benötigten Arzneimitteln insbesondere durch Kooperationen mit Apotheken in unmittelbarer Nähe, ermöglicht werden. INZ/KINZ sowie dem aufsuchenden Notdienst soll die Ausstellung von Krankschreibungen ermöglicht werden.

In einem zweiten Schritt soll ein Eckpunktepapier für eine Reform des Rettungsdienstes konkretisiert werden.

7) Gesundheitsberufe

Reform der Ausbildungen in der Physiotherapie, der Logopädie und der Ergotherapie

Im Gesetzgebungsverfahren zur Reform der Berufe in der Physiotherapie wurde die Abstimmung mit den Bundesressorts im Januar 2024 eingeleitet. Die Beteiligung von Ländern und Verbänden hat noch nicht begonnen.

Mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) vom 12. Dezember 2023 werden die bestehenden Studiengänge in der Physiotherapie, der Logopädie und der Ergotherapie bis zum Inkrafttreten der künftigen Berufsreformen auf eine sichere Rechtsgrundlage gestellt – über das Auslaufen der Modellregelungen am 31. Dezember 2024 hinaus. Durch diese Rechtsgrundlage können die Länder bisherige akademische Strukturen in der Physiotherapie, der Logopädie und der Ergotherapie fortführen sowie neue primärqualifizierende Studiengänge einführen. Zugleich wird der weitere Reformfahrplan festgeschrieben. Die Logopädiereform wird sich zeitnah an die Reform der Berufe in der Physiotherapie anschließen, gefolgt von der Ergotherapie. Das hat der Gesetzgeber im Rahmen der Beratungen zum PflStudStG unterstrichen. Mit den Regelungen des PflStudStG lösen

sich die Studiengänge zugleich von ihrem Modellcharakter. Eine weitere Evaluierung ist nicht mehr vorgesehen.

Bezüglich der Logopädie unterstreicht der Gesetzgeber in seiner Gesetzesbegründung, dass aus Sicht von Bund und Ländern im Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe für die Logopädie die Prüfung einer Vollakademisierung in Betracht kommt.

Mit dem PflStudStG wurde auch der Ergotherapieausbildung eine konkrete Reformperspektive und Rechtssicherheit für die bestehenden Studiengänge wie auch für die Schaffung neuer akademischer Ausbildungsangebote bereits im Vorfeld der Reform eröffnet.

8) Reform des Medizinstudiums

Im Rahmen von Gesprächen in einer Bund-Länder-Fach-Arbeitsgruppe und in der Staatssekretärs-Arbeitsgruppe „Gesundheit und Wissenschaft“, die im September 2022 zunächst abgeschlossen wurden, ist es gelungen, sich auf eine teilweise modifizierte Umsetzung des „Masterplan Medizinstudium 2020“ zu verständigen und so die Kostenfolgen der Reform der Approbationsordnung für Ärzte deutlich zu verringern. Von Seiten des Bundes ist während der Gespräche mit den Ländern deutlich gemacht worden, dass sich der Bund an der Finanzierung der durch die Reform entstehenden Mehrkosten nicht beteiligt. Vor diesem Hintergrund wurde bundesseitig der Appell an die Länder gerichtet, ihren Aufgaben im Bildungsbereich nachzukommen. Der aufgrund der Gespräche mit den Ländern überarbeitete Referentenentwurf ist den Ländern am 15. Juni 2023 zur Stellungnahme übermittelt worden. Die daraufhin noch angepasste Fassung der Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung für das Bundeskabinett wurde im Dezember 2023 im Kreis der Bundesressorts abgestimmt und den Ländern zur Kenntnis gegeben. Die Verordnung befindet sich derzeit in der finalen Abstimmung. Im Anschluss soll sie dem Bundeskabinett vorgelegt und dem Bundesrat zur Beschlussfassung zugeleitet werden.

9) Pflegekompetenzgesetz / Etablierung des Berufsbilds der Advanced Practice Nurse

a) Mehr Aufgaben für die Pflege

Pflegefachpersonen sind für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Deutschland unentbehrlich. Sie sind aufgrund ihrer beruflichen oder hochschulischen Ausbildung sehr gut qualifiziert, verfügen häufig über eine oder mehrere, teils umfassende Weiterbildungen und große Patienten-nähe. Sie können häufig mehr Aufgaben ausführen als sie rechtlich derzeit eigenständig dürfen. Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen werden in Deutschland – das ist auch eine Lehre aus der Pandemie – in der Versorgung gegenwärtig noch nicht hinreichend genutzt. Damit bleiben zugleich Potenziale für eine Verbesserung der Versorgung, auch an Übergängen und im Bereich der Prävention, und Möglichkeiten zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche ungenutzt. International übernehmen Pflegefachpersonen, insbesondere mit Bachelor- oder Masterabschluss, zudem häufig weitergehende, eigenverantwortliche Aufgaben in der Versorgung und sorgen damit nicht nur für eine bessere Versorgung, sondern tragen im Rahmen einer Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams auch zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten bei. Dabei geht es nicht darum, Befugnisse anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu beschneiden, sondern den Pool der fachkompetenten Personen in der Versorgung zu erweitern, insbesondere zur Sicherstellung der Versorgung in Zeiten des demografischen Wandels. Die am 19. Dezember 2023 erstmalig vorgestellten „Vorläufigen Eckpunkte für ein Pflegekompetenzgesetz“ stießen auf breite Zustimmung von allen Seiten, sodass auf ihrer Grundlage derzeit ein Arbeitsentwurf für ein Pflegekompetenzgesetz erarbeitet wird. In diesen Prozess sind die Länder im Rahmen von regelmäßigen Runden auf Fachebene zu den jeweiligen Themenschwerpunkten intensiv eingebunden worden. Ein Gesetzentwurf soll vor der Sommerpause vorgelegt werden.

b) Advanced Practice und Community Health Nurses

Im Koalitionsvertrag 2021 wurde vereinbart, die professionelle Pflege durch heilkundliche Tätigkeiten zu ergänzen und u.a. das Berufsbild der „Community Health Nurse“ (CHN) zu schaffen. CHN leisten in anderen Ländern, z.B. in Finnland oder Kanada, einen

wichtigen Beitrag zur Primärversorgung. Internationale Studien zeigen, dass die Heil-
kundeübertragung auf qualifiziertes Pflegepersonal mit einer größeren Patientenzufrie-
denheit, mit weniger (wiederholten) Krankenhauseinweisungen und mit einer hohen Be-
handlungsqualität einhergeht.

Um erfolgreich zu sein, muss ein neues Berufsbild CHN in die vorhandenen Versor-
gungs- und Ausbildungsstrukturen integriert werden. Schließlich existieren bereits ein
gut ausgebautes und niedrigschwellig zugängliches ambulantes Versorgungssystem und
eine qualitativ hochwertige Pflegeausbildung. Die Regelung eines Berufsbildes der CHN
in einem Bundesgesetz ist ein Vorhaben, das einer sorgfältigen Vorbereitung bedarf. Das
BMG prüft derzeit, wie die Elemente der Tätigkeiten von CHN bereits jetzt in den Versor-
gungsalltag Eingang finden können. Dies wird in dem eigenständigen Gesetzgebungsvor-
haben zur Etablierung des Berufsbilds der Advanced Practice Nurse (APN) mitgedacht.

Mit diesem Vorhaben soll das Berufsbild der APN (unter Einbeziehung der CHN) nach
internationalen Vorbildern etabliert und perspektivisch entsprechende Befugnisse in der
Versorgung abhängig von den erworbenen Kompetenzen geschaffen werden. Für Pflege-
fachpersonen mit Berufsabschluss auf Master-Niveau, der zur eigenverantwortlichen
und selbständigen Ausübung von Heilkunde befähigt, soll somit künftig eine eigenstän-
dige Ausübung von Heilkunde in ärztlich oder pflegegeleiteten Einrichtungen (vergleich-
bar z. B. den Nurse Practitioners in den USA) ermöglicht werden. Daneben werden für
Pflegefachpersonen mit APN-Master-Abschluss entsprechend der im Studium vermittel-
ten Kompetenzen weitergehende Befugnisse im Rahmen der Verordnung von häuslicher
Krankenpflege, von Hilfsmitteln und ggf. von bestimmten Arzneimitteln geprüft.

Auch dieser Vorgang wird mit Blick auf die berührten Kompetenzen und Interessen
transparent gestaltet. Daneben ist die fachliche Klärung der erforderlichen Kompetenzen
für erweiterte Befugnisse erforderlich, um eine reibungslose Integration der neuen Be-
rufsbilder APN und CHN in die Versorgungslandschaft zu ermöglichen. In den Vorberei-
tungsprozess zur Regelung des Berufsbilds APN werden die Länder im Rahmen eines
Fachaustausches einbezogen.

10) Digitalisierung

Gemäß Koalitionsvertrag hat das BMG gemeinsam mit einer Vielzahl relevanter Stakeholder eine Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege erarbeitet und im März 2023 veröffentlicht. Sie bildet u.a. die Basis für das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens -Digital-Gesetz (DigiG) sowie das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG). Zu den wichtigsten Themenfeldern des DigiG gehören das automatische Bereitstellen der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle gesetzlich Versicherten durch Wandlung in eine sog. Opt-Out-Anwendung sowie Regelungen zur Nutzung der widerspruchsbasierten ePA im Rahmen der medizinischen Versorgung. Das Gesetz hat darüber hinaus zum Ziel, die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Digitalisierung im Gesundheitswesen maßgeblich zu verbessern, den Umsetzungsprozess zu beschleunigen, Interoperabilität zu verbessern und den Fokus auf die Nutzen- und Nutzerorientierung zu legen. Weitere Vorhaben aus dem Digital-Gesetz sind die Stärkung der Telemedizin und die Weiterentwicklung bzw. die tiefere Integration der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in den Versorgungsalltag.

Umbau der ePA in eine sog. Opt-Out-Anwendung

Die ePA ist die zentrale Anwendung der Telematikinfrastruktur und der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Um Nutzungshürden zu beseitigen und Potenziale der ePA zur Steigerung der Versorgungsqualität besser nutzbar zu machen, gibt das Digital-Gesetz einen grundlegenden Umbau der ePA zu einer Opt-Out-Anwendung, die „ePA für alle“, vor. Mit der Transformation der ePA sollen ihre Bereitstellung durch die Krankenkassen sowie ihre Nutzung im Rahmen der medizinischen Versorgung grundlegend vereinfacht werden. Die neu gestaltete ePA soll auch eine automatisierte Datenweitergabe zu Forschungszwecken ermöglichen. Die Nutzung der ePA durch die Patientinnen und Patienten bleibt - wie bisher auch - freiwillig. Die Nutzung ist auch privat Versicherten möglich, wenn die jeweilige private Krankenversicherung eine ePA anbietet.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Datengrundlage werden Leistungserbringer im Rahmen der Behandlung zur Befüllung der ePA mit wichtigen Daten ver-

pflichtet. Damit verbundene Aufwände der Leistungserbringer sollen durch eine möglichst einfache bzw. automatisierte Überführbarkeit der Daten in die ePA gering bleiben. Dabei sollen stärker als bisher konkrete Mehrwertstiftende Anwendungen fokussiert werden. Erste nutzbringende Anwendung der „ePA für alle“ ist der digital unterstützte Medikationsprozess, von dem künftig alle Versicherten profitieren. Weitere nutzbringende Anwendungen sollen mit weiteren Umsetzungsstufen der ePA sukzessive folgen. Der Rollout der „ePA für alle“ soll im Januar 2025 beginnen.

Ein weiteres Gesetz zur Umsetzung der Digitalisierungsstrategie ist das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), das ebenfalls am 26. März 2024 in Kraft getreten ist. Ziel des Gesetzes ist die Verbesserung der Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten, beispielsweise zu Forschungszwecken, sowie der Ausbau der de-zentralen Gesundheitsdateninfrastruktur.

Eine Maßnahme des GDNG ist die Einrichtung einer Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten. Diese wird als zentrale Ansprechpartnerin für Datennutzende zum Bürokratieabbau beitragen und Gesundheitsdaten besser auffindbar machen. Zudem wirkt sie bei der Verknüpfung von Datenbeständen mit. Daneben ist eine Weiterentwicklung des Forschungsdatenzentrum Gesundheit vorgesehen. Unter anderem soll zukünftig vorrangig der angestrebte Zweck der Datennutzung entscheidend für einen Datenzugang sein (Zweckbezug). Auf eine abschließende Liste antragsberechtigter Akteure wird entsprechend den Planungen zum europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) verzichtet werden. Zudem soll die Weiterverarbeitung von ePA-Daten zum Zwecke der Forschung und Qualitätssicherung zu einem Opt-Out-Modell fortentwickelt werden. Außerdem sind im GDNG Neuregelungen zur Datenschutzaufsicht im Gesundheitsbereich vorgesehen, die den bürokratischen Aufwand für Bundesländerübergreifende Forschungsvorhaben mindern sollen.

Darüber hinaus wird den Kranken- und Pflegekassen eine bessere Nutzung ihrer bereits vorliegenden Daten ermöglicht, wenn dies dem direkten individuellen Schutz der Ge-

sundheit der Versicherten dient, beispielsweise aus Gründen der Arzneimitteltherapiesicherheit. Leistungserbringer sollen zukünftig die ihnen zu Versorgungszwecken zur Verfügung stehenden Daten auch zur Forschung, zur Gewährleistung von Patientensicherheit und zur Qualitätssicherung nutzen dürfen.

Der ebenfalls im Koalitionsvertrag vorgesehene Ausbau der Gesellschaft für Telematik zu einer Digitalagentur ist ein weiterer Baustein für die erfolgreiche Umsetzung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen und soll durch das Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (RefE-GDAG) erfolgen.

11) Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin

Gemäß dem Koalitionsvertrag soll ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit errichtet werden. Die bisherige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll mit Inkrafttreten des Errichtungsgesetzes 2025 hierin aufgehen.

Das Institut mit dem Namen „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM)“ wird konzipiert, um den Lehren der Covid-19-Pandemie Rechenschaft zu tragen und berücksichtigt den dringenden Handlungsbedarf zur Verbesserung von Public Health auf Bundesebene. Die Expertise des Robert Koch-Instituts (RKI) in den Bereichen Forschung, Fachkommunikation, Infektionsschutz und Biosicherheit bleibt bestehen.

Ein zentraler Mehrwert des neuen Bundesinstituts besteht darin, dass elementare Voraussetzungen für die Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung geschaffen und verstetigt werden, nämlich durch die systematische Erhebung, Bündelung und Verzahnung von Daten, die Neu- und Weiterentwicklung evidenzbasierter Maßnahmen sowie die Etablierung einer modernen Gesundheitskommunikation aus einer Hand. Dank des neuen BIPAM stehen relevante Daten zur richtigen Zeit an den richtigen Stellen bereit und können als Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung bedarfsgerechter Kommunikations- und Public-Health Aktivitäten genutzt werden.

Ein weiterer Nutzen des BIPAM besteht in seiner hohen Flexibilität, Kompetenz und Expertise, wenn es um die Bewältigung von Krisen mit gesundheitlichen Auswirkungen geht, beispielsweise akuten Hitzewellen oder neuartigen Krankheitserregern. Die breite Datenbasis und die gebündelte Expertise stärken nicht nur Prävention und Gesundheitsförderung, sondern können auch Akteure wie den ÖGD mit evidenzbasierten Gesundheitsinformationen und der Bereitstellung regionaler Gesundheitsdaten unterstützen. Durch die Stärkung des ÖGD kann die Lebensqualität der Menschen gesteigert, ihr Leben verlängert und Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem reduziert werden. Weiterhin trägt dies auch dazu bei, die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Menschen zu erhalten, einen frühzeitigen Versorgungs- und Pflegebedarf zu vermeiden und allgemein das Wohlbefinden der Menschen zu steigern. In die Kompetenzen von Ländern und Kommunen wird dabei nicht eingegriffen.

Das BIPAM leistet somit einen wesentlichen Beitrag, um Deutschland für aktuelle und zukünftige bevölkerungsmedizinische Herausforderungen bestmöglich zu rüsten.

12) Gesetzentwurf zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind mit einem Drittel aller Todesfälle die häufigste Todesursache und verursachen die höchsten Krankheitskosten in Deutschland. Mit dem Ziel, zur Senkung der Krankheitslast durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen beizutragen, erarbeitet das BMG derzeit einen Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit auf der Grundlage des Impulspapiers vom 5. Oktober 2023. Der Gesetzentwurf umfasst mehrere Schwerpunkte: Zur Verbesserung der Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen ist u.a. vorgesehen, eine Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung mit Fokus auf Familiäre Hypercholesterinämie (FH), ein Einladungswesen zur J1-Untersuchung durch Krankenkassen sowie standardisierte Fragebögen zur Erfassung von Herz-Kreislauf-Risiken in den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche einzuführen. Zur Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen ist ebenfalls ein Einladungswesen der Krankenkassen zur Gesundheitsuntersuchung (GU) nach § 25 SGB V (Check-up) im Alter von 25, 35 und 50 Jahren vorgesehen; zudem sollen im Rahmen des Check-up für diese Altersgruppen u.a. die Leistungen mit Fokus auf

Herz-Kreislauf-Erkrankungen erweitert werden und Apotheken zur niedrigschwelligen Beratung mit Messungen zur Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen eingebunden werden. Zur Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen (DMP) ist u.a. vorgesehen, die Krankenkassen zu verpflichten, ihren Versicherten DMP anzubieten, und die DMP für Patientinnen und Patienten mit bestehendem hohem Risiko für die Manifestation einer DMP-Erkrankung (z.B. Koronare Herzkrankheit, Diabetes) zu öffnen. Zur Verbesserung der medikamentösen Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse wie Herzinfarkt und Schlaganfall ist vorgesehen, die Verordnungsfähigkeit von Statinen zu erleichtern. Zur Reduzierung des Nikotinkonsums ist u.a. vorgesehen den Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung auszuweiten, eine Abrechnungsmöglichkeit für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für Präventionsempfehlungen zur Nikotinentwöhnung einzuführen und eine Beratung zur Nikotinentwöhnung mit Kurzintervention in Apotheken anzubieten. Derzeit wird ein Referentenentwurf erarbeitet.

13) Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende

Ziel des Gesetzentwurfes ist es, neben der Erweiterung des Kreises der Organspenderinnen und Organspender sowie der -empfängerinnen und -empfänger die rechtlichen Grundlagen und die notwendigen Strukturen zu schaffen, um in Deutschland ein nationales Programm für die Überkreuz-Lebendnierenspende aufbauen zu können. Mit dem Aufbau eines solchen Programms für die Überkreuz-Lebendnierenspende wird insbesondere bei hoch immunisierten Patientinnen und Patienten die Wahrscheinlichkeit erhöht, ein passendes Organ zu erhalten. Zu diesem Zweck wird ein Pool von inkompatiblen Organspender- und Organempfängerpaaren gebildet, bei denen aus immunologischen Gründen eine Lebendnierenspende nicht möglich ist. Dieser Pool wird um nicht gerichtete anonyme Nierenspenden ergänzt. Aus diesem Pool werden dann die kompatiblen Organspender- und Organempfängerpaare ermittelt, zwischen denen ein Lebendnierenspende durchgeführt werden kann. Gleichzeitig verfolgt das Vorhaben das Ziel, den Spenderschutz über die bestehenden Maßnahmen hinaus maßgeblich zu stärken und eine umfassende und angemessene ärztliche Aufklärung zu gewährleisten und zu stärken. Zusätzlich sollen eine unabhängige psychosoziale Beratung und Evaluation der

Spenderinnen und Spender vor einer Spende verpflichtend eingeführt und eine individuelle Betreuung der Betroffenen im Transplantationszentrum über den gesamten Spendeprozess vor, während und nach der Spende sichergestellt werden. Der Referentenentwurf befindet sich in der Abstimmung. In dem Entwurf sind zudem notwendige Anpassungen der Regelungen zum Organspende-Register einschließlich der Anbindung der Gewebeeinrichtungen an das Organspende-Register vorgesehen. Zudem sieht der Entwurf eine Aufhebung der Verpflichtung der Ausweisstellen vor, eine Abgabe von Erklärungen zur Organspende in das Organspenderegister vor Ort zu ermöglichen.

Die Anhörung von Ländern und Verbände fand Ende Mai 2024 statt. Eine Kabinettsbeschluss soll nach gegenwärtigem Stand der Planung im Juli 2024 erfolgen.

14) Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen

Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, gemeinsam mit allen Beteiligten einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu erarbeiten.

Die Erarbeitung des Aktionsplans erfolgt gemeinsam mit den Beteiligten in verschiedenen Schritten. Mit der Auftaktveranstaltung am 18. Oktober 2023 hat Herr Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach den partizipativen Erarbeitungsprozess eingeleitet. Daran angeschlossen hat sich ein schriftliches Beteiligungsverfahren, das allen Akteurinnen und Akteuren bis zum 15. Dezember 2023 ermöglicht hat, sich am Erarbeitungsprozess mit eigenen Vorschlägen aktiv zu beteiligen. Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens haben sich mehr als 100 Personen, Verbände und Organisationen beteiligt, die insgesamt rund 3000 Vorschläge eingereicht haben. Das BMG hat die eingegangenen Maßnahmen aus dem schriftlichen Beteiligungsverfahren ausgewertet und wird diese im weiteren Erarbeitungsprozess des Aktionsplans berücksichtigen.

Im März 2024 haben auf der Grundlage der Vorschläge sieben Fachgespräche mit Verbänden und Organisationen sowie den Ländern (GMK-Vorsitz) zu den einzelnen Themenfeldern stattgefunden. Die Ergebnisse der Fachgespräche werden anschließend als Grundlage für die Erstellung des Aktionsplanentwurfs dienen. Im weiteren Verfahren

soll dem Steuerungskreis, den Verbänden und Organisationen, der Selbstverwaltung sowie den Ländern und Kommunen im Sinne des partizipativen Erarbeitungsprozesses ermöglicht werden, zu dem Entwurf des Aktionsplans Stellung zu nehmen.

Ziel ist es, gemeinsam mit den Verbänden und Organisationen realistische und umsetzbare Maßnahmen, die sich an unterschiedliche Verantwortungsebenen richten, zu identifizieren, um das Gesundheitswesen diverser, inklusiver und barrierefreier zu gestalten.

Es ist vorgesehen, den Aktionsplan im Sommer 2024 fertigzustellen, um die Möglichkeit zu haben, diese Legislatur noch Maßnahmen umzusetzen.