



Bundesministerium
für Gesundheit

Krankenhausreform und Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz



Spreestadt-Forum und Berliner Krankenhaus-Seminar zur
Gesundheitsversorgung in Europa





Michael Weller – Leiter der Abteilung 2: Gesundheitsversorgung Krankenversicherung

Berlin, 17. Juni 2024

Krankenhausreform



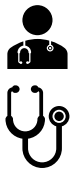
Zentrale Ziele der Krankenhausreform

-  **Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität**
-  **Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten**
-  **Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung**
-  **Entbürokratisierung**

Leistungsgruppen



Einführung eines Systems von Leistungsgruppen mit **bundeseinheitlichen Qualitätskriterien**



Festlegung von **Mindestvorgaben** je Leistungsgruppe



Ermittlung eines **Vorhalteanteils** je Land und je Leistungsgruppe



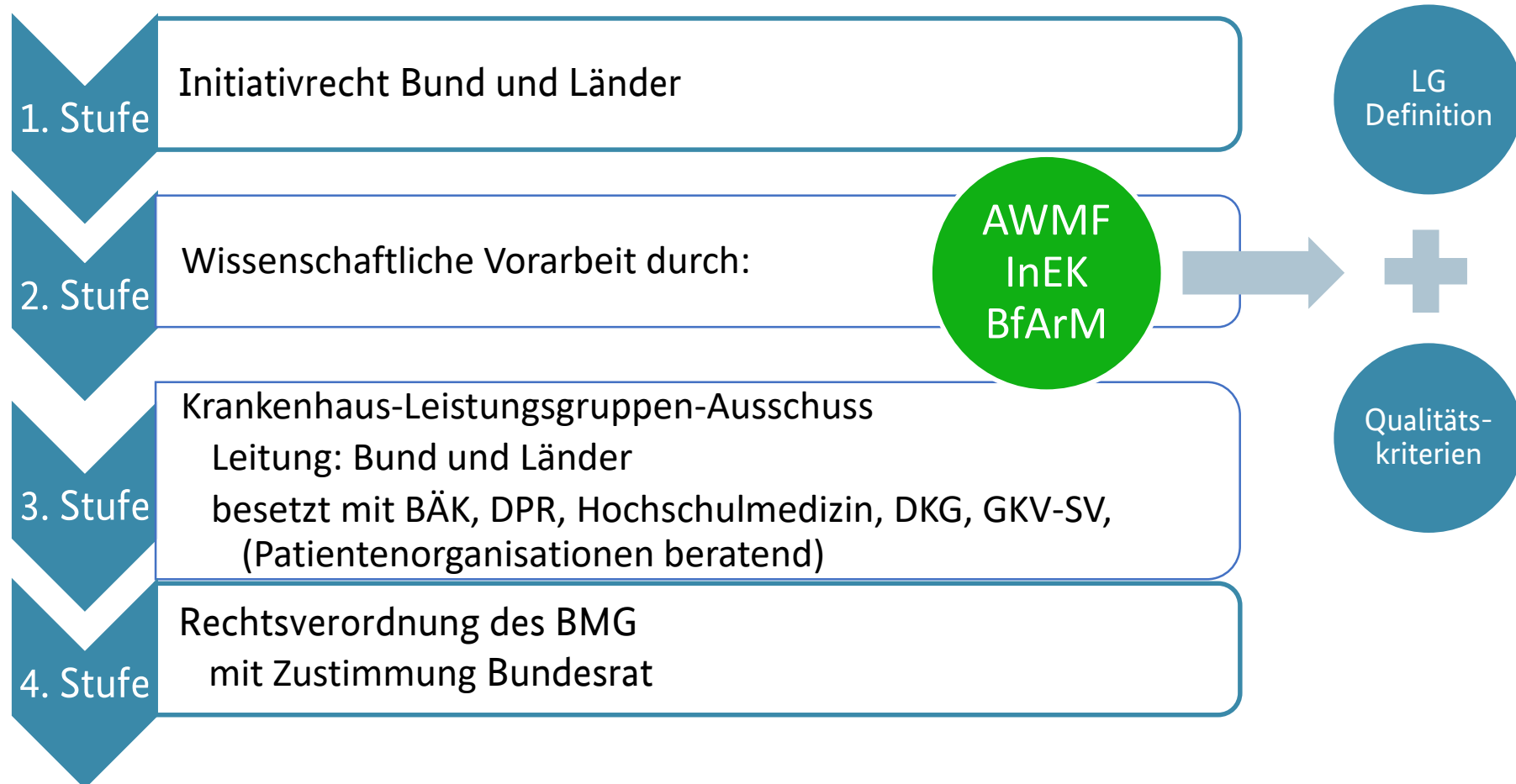
Kontrolle der Einhaltung der Qualitätskriterien durch den **Medizinischen Dienst** (MD) im Auftrag der Landesplanungsbehörden

Festlegung von Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien

- **Ausgangspunkt für die erstmalige Definition:**
 - **60** somatische Leistungsgruppen aus dem Krankenhausplan NRW 2022
 - **fünf** weitere Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
 - **KabE:** Leistungsgruppen und Qualitätskriterien werden in Anlage 1 zu § 135e SGB V geregelt
- Zu den **Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe** zählen nach dem Vorbild des NRW-Konzepts: Erbringung verwandter Leistungsgruppen, sachliche Ausstattung, personelle Ausstattung und sonstige Struktur- und Prozesskriterien.
- Das Vorliegen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen wird regelmäßig nach **bundeseinheitlichen Vorgaben vom Medizinischen Dienst geprüft.**
- Die Erfüllung der Qualitätskriterien ist grundsätzlich auch im Rahmen von **Kooperationen und Verbänden** zulässig.

Weiterentwicklung von Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien

Die **Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien** ist als dynamischer Prozess mit einem **vierstufigen Verfahren** angelegt:



Beispiel

Auszug

aus Anlage 1

(zu § 135e)

LG 38 Urologie	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozess- kriterien
	Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
Mindestvor- aussetzung:	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie	Endoskop Laparoskop, Sonographiegerät (einschließlich Doppler- oder Duplex-Sonographie)	FA Urologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
Auswahl- kriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauenheilkunde Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzell- transplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Infektiologie Angebot Nuklearmedizin Angebot Schmerztherapie Angebot Strahlentherapie	CT, MRT, PET/ PET- CT, Roboterassistierte Chirurgie	ZW Andrologie		

Mindestvorhaltezahlen (MVHZ)

- Die Festlegung von MVHZ zielt darauf ab, eine **qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung** in Krankenhäusern sicherzustellen.
- Künftig sollen **leistungsgruppenspezifische MVHZ** vom BMG in einer gesonderten **Rechtsverordnung** mit **Zustimmung des Bundesrates** festgelegt werden.
- Die Festlegung bzw. Überprüfung und Anpassung erfolgt auf Basis von Empfehlungen des **IQWiG** (in Form von Perzentilen) sowie Auswertungen des **InEK**.
- MVHZ sollen **ein Jahr** nach Inkrafttreten der Reform veröffentlicht werden.
 - **Die Erfüllung der MVHZ ist Voraussetzung für den Anspruch eines Krankenhauses auf Zahlung der Vorhaltevergütung!**

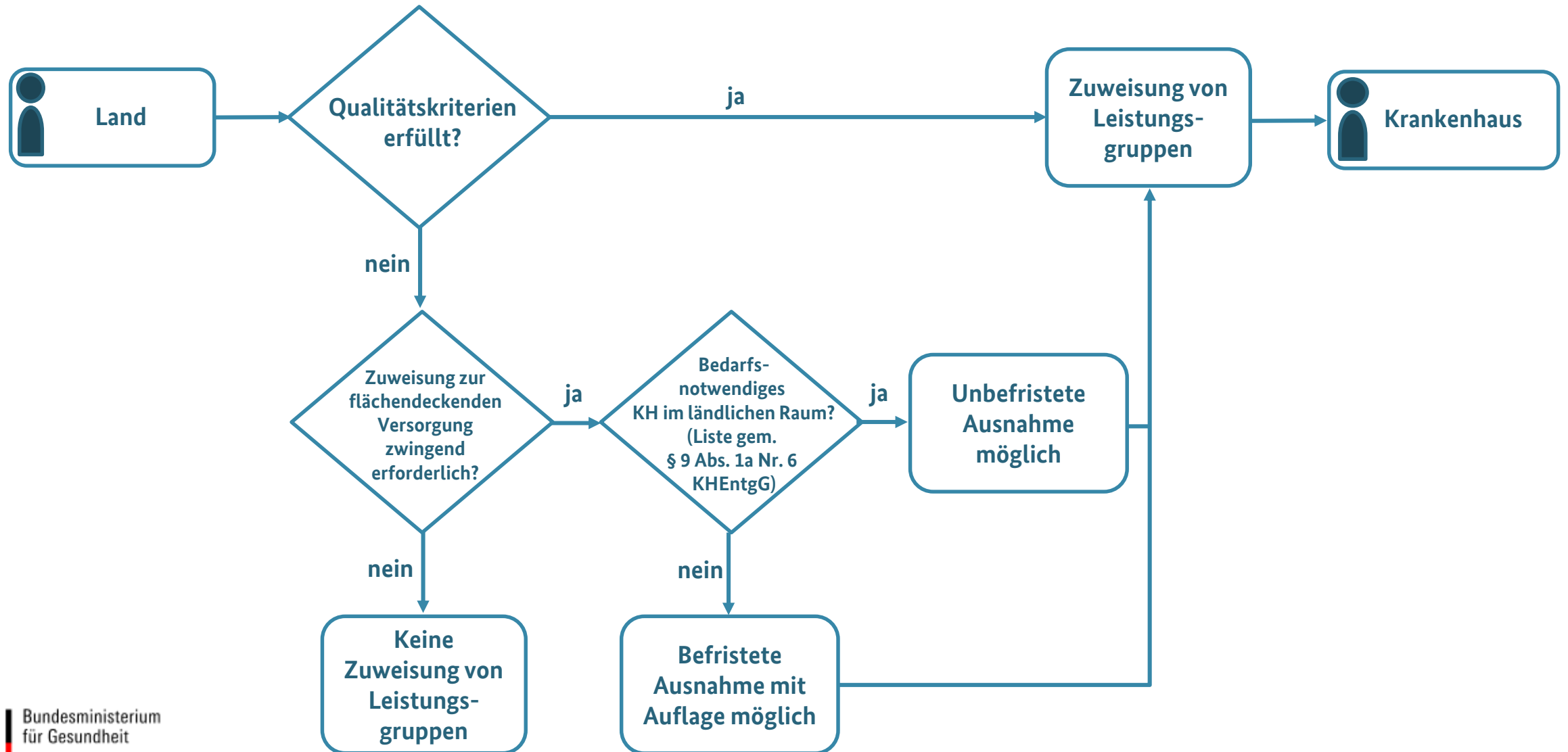
Vorgaben zur Facharztvorhaltung

-> Geltung für die Übergangszeit, in der **Qualitätskriterien nach dem NRW-Krankenhausplan** gelten.

Regelungen zur Anrechnung von Fachärztinnen und Fachärzten:

- Bei den Leistungsgruppen „**Allgemeine Innere Medizin**“ und „**Allgemeine Chirurgie**“ müssen die Vorgaben in den Qualitätskriterien zu Qualifikation und Verfügbarkeit von fachärztlichem Personal standortbezogen je Leistungsgruppe ohne Anrechnungsmöglichkeit eingehalten werden.
- Bei weiteren Leistungsgruppen können in **maximal 3 Leistungsgruppen** Fachärztinnen und Fachärzte auf die fachärztlichen Vorgaben voll angerechnet werden.
 - **Es soll vermieden werden, dass Fachärzte vollständig auf mehrere Leistungsgruppen angerechnet werden können.**

Zuweisung von Leistungsgruppen



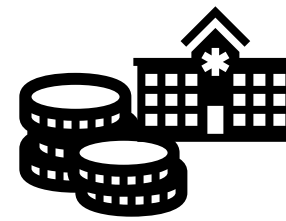
Ausnahmeregelungen

- Ausnahmsweise ist die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien zulässig, wenn dies zur **Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung** zwingend erforderlich ist.
- Zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Ausnahme werden **Erreichbarkeitsvorgaben** geregelt:
 - Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“: **30 PKW-Minuten**,
 - alle übrigen Leistungsgruppen: **40 PKW-Fahrtzeitminuten**.
- Die Zuweisung der Leistungsgruppe ist im Fall der Ausnahme grundsätzlich auf **höchstens drei Jahre** zu befristen und mit **Auflagen zur Qualitätssteigerung** zu verbinden.
- Für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum ist eine **dauerhafte Ausnahme** zulässig: Diesen Krankenhäusern, die auf der Liste gem. § 9 Abs. 1 a Nr. 6 KHEntgG aufgenommen sind und die Vorgaben der Sicherstellungszuschläge-Regelung – mit Ausnahme des Defizitkriteriums – erfüllen, darf eine Leistungsgruppe im Rahmen der Ausnahme unbefristet zugewiesen werden.

Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

- Die zuständige Landesbehörde kann grundsätzlich Krankenhäusern der Versorgungsstufe „**Level IIIU**“ Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen.
- Gibt es im Land keine Uni-Klinik, dürfen diese **ausnahmsweise „Level III“** Krankenhäusern zugewiesen werden.
- Die Zuweisung erfolgt im **Benehmen** mit den Kostenträgern. Die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben werden durch die Vertragsparteien auf Bundesebene näher ausgestaltet.
- Die **zuständige Landesbehörde** meldet dem InEK jeweils bis zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres, welchen Krankenhäusern die Aufgaben zugewiesen wurden.

Vorhaltevergütung



- **Vorhaltung von Strukturen** in Krankenhäusern soll künftig **weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung** zu einem **relevanten Anteil** gesichert werden.
- Krankenhäuser erhalten Vorhaltevergütung für diejenigen **Leistungsgruppen**, die ihnen durch die Landesbehörden **zugewiesen** wurden und deren **Mindestvorhaltezahlen (MVHZ)** sie erfüllen.
- Vorhaltevergütung wird generiert durch Absenkung der Fallpauschalen um einen **Anteil von 60 Prozent**. Die Pflegepersonalkostenvergütung ist Teil der Vorhaltung, bleibt von der Finanzierung her allerdings unberührt.

Zeitplan Vorhaltevergütung

Inkrafttreten
KHVVG

2025

2026

2027

2028

2029

2030

Land

Schaffung der krankenhauserplanerischen Grundlagen durch Länder und Mitteilung an InEK bis 31.10.2026

Mitteilung Länder an InEK bis 31.10.

Mitteilung Länder an InEK bis 31.10.

Mitteilung Länder an InEK bis 31.10.

Mitteilung Länder an InEK bis 31.10.

InEK

Ermittlung Vorhaltevergütung bis 30.11.
Bescheid an KH bis 10.12.

Ermittlung Vorhaltevergütung bis 30.11.
Bescheid an KH bis 10.12.

Ermittlung Vorhaltevergütung bis 30.11.
Bescheid an KH bis 10.12.

Ermittlung Vorhaltevergütung bis 30.11.
Bescheid an KH bis 10.12.

Ermittlung Vorhaltevergütung bis 30.11.
Bescheid an KH bis 10.12.

Krankenhäuser

Budgetneutralität der Vorhaltevergütung

Konvergenzphase (Budgetwirksamkeit)

Volle Wirkung der Vorhaltevergütung

Ermittlung der Vorhaltevergütung

1. InEK ermittelt jährlich Vorhaltevolumina je Land je Leistungsgruppe

2. InEK ermittelt Anteile der Krankenhausstandorte an den Vorhaltevolumina (grds. alle 3 J.)

3. InEK erteilt Bescheid über Vorhaltevolumen

Fallpauschalenkatalog nach KH-Reform (vereinfacht)

DRG	Bewertungsrelation	Pflegebewertungsrelation	NEU: Vorhaltebewertungsrelation
1			
2			
3			

Σ Vorhaltebewertungsrelationen je Land

Σ Vorhaltebewertungsrelationen je Leistungsgruppe



Leistungsgruppe 1

KH-Standort	Fallzahl	Vorhalte-Casemixindex	Anteil
1			x %
2			y %
...			...
Σ			100%

Leistungsgruppe 2



Leistungsgruppe x in Land A

Leistungsgruppe y in Land A



Σ Vorhaltebewertungsrelationen je Krankenhausstandort

Bescheid

Krankenhaus-träger

Regelungen für die Förderung der Spezialisierung von onkochirurgischen Leistungen

- Krankenhausstandorte, deren Fälle in einem onkochirurgischen Indikationsbereich zu den **untersten 15 %** gehören, dürfen bei Erbringung von onkochirurgischen Leistungen in diesem Indikationsbereich **nur noch die Vorhaltung und die Pflege** abrechnen.
- Die Abrechnung der rDRG nebst Zusatzentgelten sowie Zu- und Abschlägen und weiteren Entgelten soll nicht mehr möglich sein. Ein Leistungsverbot ist damit aber nicht verbunden.
- Das **InEK** wird beauftragt, unter Beteiligung der **Deutschen Krebsgesellschaft** Indikationsbereiche für alle onkochirurgischen Bereiche zu definieren. Die durch **BfArM** und InEK vorzunehmenden Vorbereitungsarbeiten erfolgen **2025**, um eine frühzeitigere Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis und Berücksichtigung im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zu ermöglichen.
 - **Durch das Abrechnungsverbot für bestimmte Entgelte, die rund 40 % des Erlöses eines Falles ausmachen, wird der Anreiz zur Erbringung onkochirurgischer Leistungen reduziert. Damit kann eine Konzentration und Spezialisierung in der Onkochirurgie gefördert werden.**

Förderbeträge und Zuschläge ab 2027

Neueinführung von Förderbeträgen/ Zuschlägen

• Förderbetrag Stroke Unit	35	Mio. Euro
• Förderbetrag Spezielle Traumatologie	65	Mio. Euro
• Förderbetrag Pädiatrie	300	Mio. Euro
• Förderbetrag Geburtshilfe	120	Mio. Euro
• Förderbetrag Intensivmedizin	30	Mio. Euro
• Zuschlag für Koordinierungsaufgaben	125	Mio. Euro
• Zuschlag für spezielle Vorhaltung von Unikliniken	75	Mio. Euro

Erhöhung bisheriger Zuschläge

Zuschlag Notfallversorgung	33	Mio. Euro
----------------------------	----	-----------

Finanzielle Verbesserungen für die Krankenhäuser ab 2024/2025

Refinanzierung von Personal- und Sachkosten über den Landesbasisfallwert (LBFW)

Tariflohnsteigerungen

... die ab dem 1. Januar 2024 Wirkung entfalten, sind vollständig zu berücksichtigen.

Personal- und Sachkostensteigerungen

Orientierungswert überschreitet die Veränderungsrate: der volle Orientierungswert ist bei der Vereinbarung des Veränderungswertes zu Grunde zu legen.

Wirksam für Tariflohnsteigerungen ab dem 1. Januar 2024

Finanzwirksamkeit ab dem Jahr 2025

Transformationsfonds

25 Mrd. Euro mit einer Laufzeit von zehn Jahren (bis zu 50 Mrd. inkl. Länder Ko-Finanzierung).

Neu ab 2026

Förderung der Geburtshilfe sowie der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Fortführung der Förderung mit jährlich 420 Mio. Euro auch in den Jahren 2025 und 2026.

Verlängert für 2025/2026

Zuschläge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser

Erhöhung der Zuschläge (§ 5 Abs. 2a KHEntgG) ab 2025: Sockelbetrag von 400.000 Euro auf 500.000 Euro jährlich / je Fachabteilung von 200.000 Euro auf 250.000 Euro jährlich.

Erhöhung ab 2025

Anpassungsregelungen der Landesbasisfallwerte (LBFW)

- Die **Tarifsteigerungen** aller Beschäftigten im Krankenhaus sind künftig **schneller und umfassend** zu berücksichtigen.
- Die Ermittlung der **Landesbasisfallwerte** wird entsprechend angepasst:
 - Tarifsteigerungen die ab 1. Januar **2024** Wirkung entfalten, werden **vollständig** refinanziert.
 - Zudem wird der **volle Orientierungswert** bei einem über der Grundlohnrate liegenden Wert ab dem Jahr **2025** finanzwirksam, wobei im Hinblick auf die Tarifrefinanzierung eine Doppelfinanzierung zu vermeiden ist.
 - Liegt der Orientierungswert unter der Grundlohnrate, gilt zudem weiterhin die dann höhere Grundlohnrate (**Meistbegünstigungsklausel**).
- Die Verbesserungen bei der Tarifrefinanzierung und beim Orientierungswert werden entsprechend auch bei besonderen Einrichtungen und Psych-Einrichtungen umgesetzt

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen („Level 1i-Krankenhäuser“)

- Sie sollen **stationäre Leistungen** wohnortnah mit **ambulant** und mit **pflegerischen Leistungen** verbinden.
- Hiervon können insbesondere Krankenhäuser profitieren, deren Fortbestand auf Grund des **geringen stationären Versorgungsbedarfs** in der Region nicht gesichert ist.
- Level 1i-Häuser unterfallen einer **speziellen Regelungssystematik**, u.a.
 - keine Zuweisung von Leistungsgruppen,
 - Stationäres Leistungsspektrum ist Gegenstand von Verhandlungen durch die Selbstverwaltung
- **Vergütung** der Leistungen:
 - Voll-/teilstationäre Leistungen: Sachgerecht kalkulierte degressive Tagessätze
 - Ambulante ärztliche und pflegerische Vergütung nach SGB V
 - Pflegerische Vergütung nach SGB XI

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen („Level 1i-Krankenhäuser“) – Leistungsrahmen (I)

- **Ambulanter Leistungsrahmen:**
 - Leistungen aufgrund von Ermächtigungen, AOP.
- **Pflegerische Leistungen:**
 - Übergangspflege (§ 39e SGB V),
 - Kurzzeitpflege (§ 39c SGB V),
 - Kurzzeit- und Nachtpflege (§§ 42, 41 SGB XI).

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen („Level 1i-Krankenhäuser“) – Leistungsrahmen (II)

- **Erweiterte ambulante Leistungserbringung:**
 - Ermächtigung zur ambulanten Leistungserbringung für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch bei drohender Unterversorgung (§ 116a Abs. 2 SGB V neu).
- **Allgemeinmedizinische ambulante Behandlung:**
 - Ermöglichung von allgemeinmedizinischen ambulanten Behandlungen im Sinne von allgemeinmedizinischen Institutsambulanzen (§ 116a Absatz 3 SGB V neu).
 - Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn in dem entsprechenden Planungsbereich Niederlassungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Versorgung bestehen (derzeit 80 % aller Planungsbereiche).
 - Die Weiterbildung für Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin kann an sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen „aus einer Hand“ im stationären und im ambulanten Bereich stattfinden.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen („Level 1i-Krankenhäuser“) – Leistungsrahmen (III)

- **Stationärer Leistungsrahmen:**
 - Wird durch die DKG und den GKV-SV im Benehmen mit dem PKV-Verband vereinbart.
 - **Mindestgrenze:** Welche Leistungen der Inneren Medizin und Geriatrie müssen angeboten werden
 - **Höchstgrenze:** Welche weiteren stationären Leistungen können zusätzlich erbracht werden.
 - Bei telemedizinischer Unterstützung durch ein kooperierendes Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen können im Rahmen der o.g. Vereinbarung auch Leistungen erbracht werden, die über den regulären stationären Leistungsrahmen hinausgehen.
 - Soweit der vereinbarte Leistungsrahmen auch belegärztliche Leistungen vorsieht, können diese im Rahmen der Festlegungen des jeweiligen Landeskrankenhausplans auch zum Leistungsportfolio gehören.

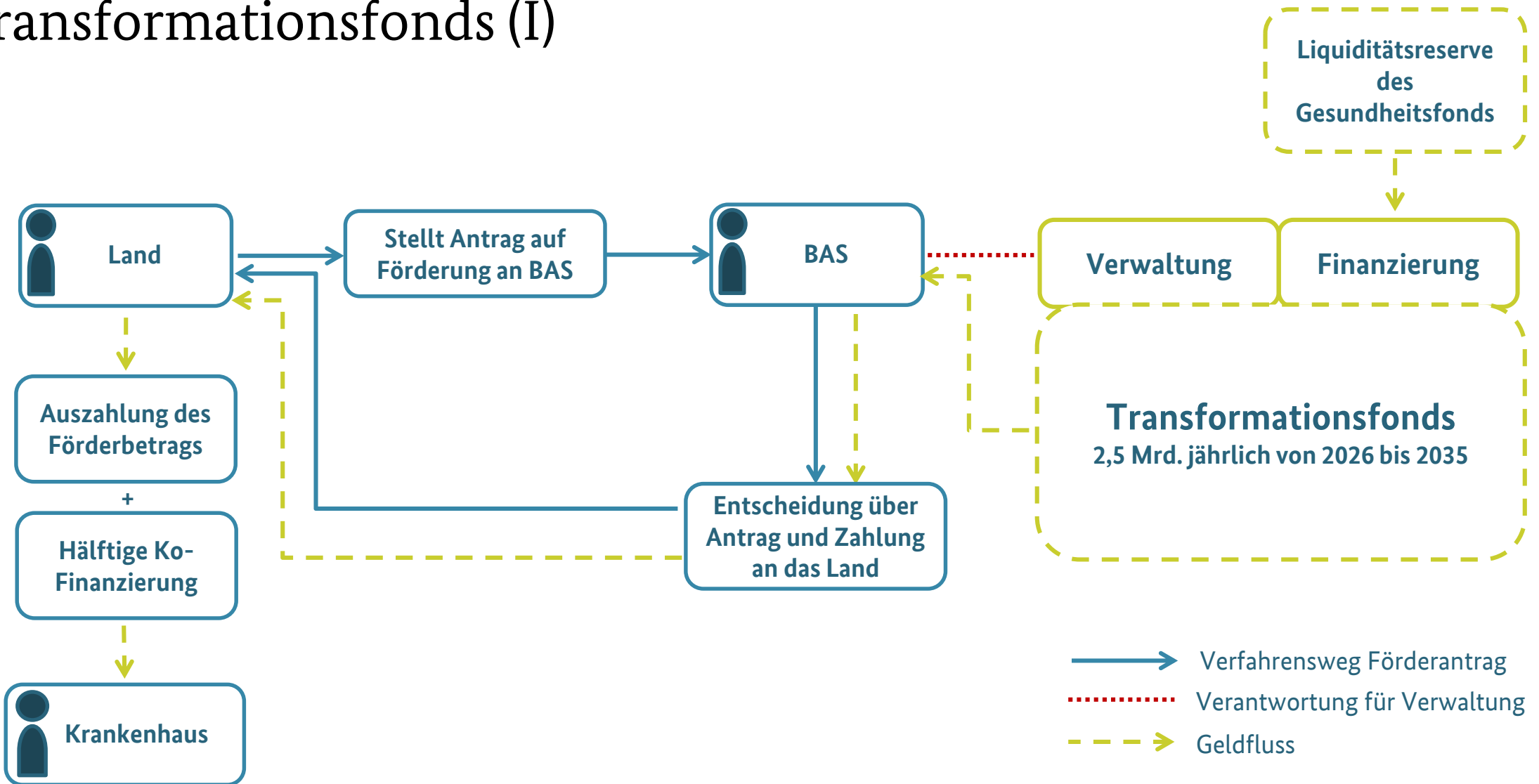
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen („Level 1i-Krankenhäuser“) – Leistungsrahmen (IV)

- Bestimmte Leistungen gehören nicht zum stationären Leistungsrahmen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen: Stationäre kardiovaskuläre Interventionen einschließlich des zentralen Nervensystems und der peripheren Gefäße, stationäre onkologische Therapie, einschließlich interventioneller und operativer Behandlungen, stationäre Endoprothetik, stationäre Operationen an der Wirbelsäule, stationäre bariatrische Chirurgie.

Gesamtvolumen

- Für vom Land zugewiesene **stationäre** Krankenhausleistungen ist ein krankenhausesindividuelles Gesamtvolumen zu vereinbaren, aus dem **degressive krankenhausesindividuelle Tagesentgelte** abgeleitet werden. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung am Bett gehen vollständig in das Gesamtvolumen ein.
- Bei der Vereinbarung von Vorgaben für die sachgerechte Ermittlung von krankenhausesindividuellen Tagesentgelten für Level 1i Einrichtungen haben die Vertragspartner auf Bundesebene auch **bundeseinheitliche Vorgaben** für eine **spürbare Degression** der Tagesentgelte vorzunehmen.

Transformationsfonds (I)



Transformationsfonds (II)





Gefördert werden sollen insbesondere:

- **Konzentrationsvorhaben** zur Erfüllung der Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen, zur Bildung von integrierten Notfallstrukturen, Krankenhausverbänden, telemedizinischen Netzwerkstrukturen und Zentren zur Behandlung von seltenen Erkrankungen sowie
- Vorhaben zur Umwandlungen bestehender Plankrankenhäuser in **sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen** (Level 1i-Krankenhäuser).
- Bestimmte Vorhaben von **Hochschulkliniken** sind im Rahmen des Transformationsfonds ebenfalls förderungsfähig.

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) 

Das GVSG als zentrales Reformvorhaben für den ambulanten Bereich

Zentrale Ziele

-  Stärkung der **ambulanten Versorgung**
-  Gewährleistung der **bedarfsgerechten, hochwertigen und flächendeckenden hausärztlichen Versorgung**
-  **Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung**
-  **Zugang der Patientinnen und Patienten zu ambulanten Behandlungsangeboten wird verbessert**

Die wesentlichen Regelungen (I)

- Erhöhung der **Attraktivität der hausärztlichen Versorgung** durch:
 - **Entbudgetierung**
 - **Versorgungspauschale**
 - **Vorhaltepauschale**
 - **Bagatellgrenze in Höhe von 300 Euro** im Rahmen der **Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlich verordneten Leistungen**

Die wesentlichen Regelungen (II)

- **Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung und Vereinfachung** der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen durch:
 - **Separate Bedarfsplanung** – Bildung einer eigenen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe
 - Schaffung von **zusätzlichen psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungsaufträgen für vulnerable Gruppen**
 - verschiedene Anpassungen bei der bestehenden **Finanzierung der Weiterbildung** der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
 - **Entbürokratisierung** - Vereinfachungen und Flexibilisierungen beim **Antrag auf Kurzzeittherapie** als auch beim **Konsiliarbericht**

Weitere wichtige Maßnahmen des GVSG (I)

- **Besserer Zugang zu Hilfsmitteln für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, die unter schweren Krankheiten leiden oder von Behinderung betroffen sind**
 - Beschleunigung der entsprechenden **Bewilligungsverfahren für Hilfsmittelversorgungen**
- **Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) wird erleichtert**
- **Mehr Beteiligungsrechte der Pflegeberufe und der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)**
- **Beitragsfreiheit in der GKV und SPV für Waisenrentnerinnen und Waisenrentner nach Aufnahme eines Freiwilligendienstes**

Weitere wichtige Maßnahmen des GVSG (II)

- **Stärkung des Qualitätswettbewerbs zwischen den Kranken- und Pflegekassen** sowie Schaffung eines **übersichtlichen und niedrighschwelligigen Vergleichsangebots** für Versicherte
 - künftig jährlich einheitliche Kennzahlen und Informationen zu ihrer **Service- und Leistungsqualität**, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf digitaler Vergleichsplattform veröffentlicht werden
- Regelungen zur **Stärkung und Effektivierung der Fehlverhaltensbekämpfung der Kranken- und Pflegekassen**
- Regelungen zu **digitalen Sitzungen und Beschlussfassungen von Selbstverwaltungsgremien** im Gesundheitswesen

Weitere konkrete Gesetzgebungsvorschläge

- Weitere Gesetzgebungsvorschläge stehen zur Diskussion, die im parlamentarischen Verfahren beraten werden können:
 - Etablierung von Gesundheitskiosken
 - Errichtung von Primärversorgungszentren
 - Bildung von Gesundheitsregionen
 - Förderung von Medizinstudienplätzen durch die GKV

Zusammenfassung

- GVSG ist **zentrales gesundheitspolitisches Reformvorhaben**
- Parallel zur Krankenhausreform wird die **ambulante Versorgung** gestärkt
 - auch in Zukunft muss eine **hochwertige flächendeckende Versorgung** der Bürgerinnen und Bürger sichergestellt sein
- Mit GVSG werden daher wichtige Änderungen auf den Weg gebracht
 - Erhöhung der **Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit**
 - **Begegnung der hausärztlichen Nachbesetzungsproblematik**
 - **Erleichterung des Zugangs zur Versorgung**

Weitere Gesetzesvorhaben, u.a.

- **Notfallreform**
 - Anhörungen terminiert
 - Rettungsdienstregelungen könnten im Parlamentarischen Verfahren beraten werden
- **Gesundes-Herz-Gesetz**
 - Interne Regierungsabstimmung läuft
- **Pflegekompetenzgesetz**
 - BMG-interne Abstimmung kurz vor Abschluss
- **Weitere gesetzgeberische Aktivitäten: Apothekenreform, Medizinforschungsgesetz, Gematik, BiPAM, Bürokratieentlastung ,...**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt

Bundesministerium für Gesundheit
Glinkastraße 35
10117 Berlin

poststelle@bmg.bund.de
Tel. +49 30 18 441-0
Fax +49 30 18 441-4900