

Gesundheitsversorgungs- weiterentwicklungsgesetz (GVWG)

23.10.2020
Referentenentwurf

[Zum Download](#)
Referentenentwurf GVWG

Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung liegt vor

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vorgelegt, in dem eine Vielzahl unterschiedlichster Sachverhalte geregelt werden soll. Das Themenspektrum reicht von der medizinischen Versorgung über das Mitglieds- und Beitragsrecht bis hin zu Systemfragen. Wir stellen eine Auswahl vor:

Verschärfung von Mindestmengenregelungen im Krankenhaus

Um die Qualität in der stationären Versorgung zu erhöhen, sollen die bestehenden Regelungen zu Mindestmengen und zu deren Durchsetzung verschärft werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird verpflichtet, kontinuierlich über die Anpassung bestehender sowie die Festlegung weiterer Mindestmengen zu beraten und zu entscheiden. Für das Verfahren wird jeweils eine gesetzliche Frist von zwei Jahren vorgegeben. In diesem Zusammenhang erhält das BMG das Recht, Anträge auf Festlegung einer Mindestmenge zu stellen.

Daneben werden dem G-BA weitergehende Gestaltungsmöglichkeiten bei der Festlegung von Mindestmengen eingeräumt: Beispielsweise kann er die Zulassung zur Leistungserbringung an die Voraussetzung knüpfen, dass ein Krankenhaus die Mindestmengen zu mehreren Leistungen gleichzeitig oder ergänzende Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität erfüllt.

Um die Wirksamkeit der Mindestmengenregelungen zu erhöhen, werden Ausnahmetatbestände gestrichen, die in der Vergangenheit dazu geführt haben, dass Krankenhäuser weiterhin Leistungen erbringen durften, obwohl sie die entsprechende Mindestmenge nicht erreicht hatten.

Des Weiteren werden die mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten Qualitätszu- und -abschläge wieder abgeschafft, da sie nicht rechtssicher umzusetzen sind. Zudem seien die zu erzielenden Qualitätsverbesserungen ungewiss, so der Gesetzentwurf.

 **Mindestmengenregelungen sollen gewährleisten, dass medizinische Eingriffe nur dort stattfinden, wo Behandlungsteams über die erforderliche Erfahrung verfügen und die Abläufe eingespielt sind. Trotzdem verfehlen zahlreiche Krankenhäuser die Mindestmengen bislang deutlich. Die gesetzlichen Änderungen und Klarstellungen sind deshalb sinnvoll und notwendig. Es ist insbesondere richtig, dass die Ausnahmetatbestände von den Mindestmengenregelungen aufgehoben werden und künftig auch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in die Mindestmengenregelung aufgenommen werden können.**

Qualitätszu- und -abschläge sind ein ungeeignetes Instrument zur Qualitätssicherung und haben sich als nicht umsetzbar erwiesen. Es ist daher richtig, dass diese aus dem Gesetz gestrichen und stattdessen wirksame Qualitätssicherungsinstrumente, wie Mindestmengen, gestärkt werden.

Stärkung von Qualitätsverträgen zwischen Kassen und Krankenhäusern

Die mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführten Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für vier Leistungen, beziehungsweise Leistungsbereiche, sollen verbindlicher ausgestaltet werden. Die bislang geringe Anzahl geschlossener Qualitätsverträge reiche für eine tragfähige Erprobung als Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität nicht aus, so der Gesetzentwurf.

Um das Engagement der Krankenkassen zu erhöhen, wird die Erprobung von Qualitätsverträgen eine Pflichtaufgabe für die Kassen. Zusätzlich wird ihnen ab dem Jahr 2022 ein jährliches Ausgabevolumen von 0,30 Euro pro Versicherten für die Erprobung von Qualitätsverträgen vorgegeben. Erreichen sie dieses nicht, müssen sie die nicht verausgabten Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überweisen.

Darüber hinaus ist vorgesehen, dass der G-BA bis zum Jahr 2024 weitere Anwendungsbereiche für Qualitätsverträge bestimmt. Ebenso wird die Möglichkeit geschaffen, die zeitlich befristeten Qualitätsverträge zu verlängern.

➤ **Die Krankenkassen haben im Bereich der Krankenhausversorgung bislang kaum Möglichkeiten, Einfluss auf die Qualität der Behandlung ihrer Versicherten zu nehmen. Mit den Qualitätsverträgen steht ihnen erstmals ein Instrument zur Verfügung, um Verträge mit einzelnen Krankenhäusern im Sinne einer Versorgungsoptimierung zu schließen. In zwei Qualitätsverträgen im Bereich der Endoprothetik und der Prävention des postoperativen Delirs erprobt die BARMER bereits seit Längerem, inwieweit sich Verbesserungen in der stationären Versorgung, insbesondere durch die Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsanforderungen, erreichen lassen.**

Vor diesem Hintergrund ist die Stärkung von Qualitätsverträgen zu begrüßen. Ebenso ist die Verlängerung bestehender Verträge hilfreich, da erfolgreiche Verträge damit unbürokratisch fortgesetzt und weiterführende Erkenntnisse aus ihnen gewonnen werden können. Fraglich ist jedoch, ob die unter finanziellem Druck entstehenden Qualitätsverträge geeignet sein werden, die Qualität der Versorgung tatsächlich spürbar zu verbessern.

Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aus dem TSVG

Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung wird ein Korrekturverfahren zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) angestrebt. Im TSVG wurden bestimmte Leistungen festgelegt, deren Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung erfolgt. Hierzu zählt zum Beispiel die Behandlung von Patienten, die über die Terminservicestellen einen Termin erhalten. Die Vergütung für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erfolgt dabei extrabudgetär. Um Doppelfinanzierungen zu vermeiden wurde geregelt, dass nach Ablauf eines bestimmten Zeitraums einmalig eine Bereinigung der MGV um TSVG-Leistungen erfolgt. Hintergrund ist, dass Abrechnungsdaten des Instituts des Bewertungsausschusses den Schluss nahelegen, dass nicht alle erfolgten Leistungen ordnungsgemäß als TSVG-Leistungen gekennzeichnet und so teilweise doppelt vergütet wurden. In dem Korrekturverfahren sollen daher Leistungen auf ein bestimmtes, erwartbares Niveau korrigiert werden.

➤ **Es ist gut, dass der Gesetzgeber die Problematik der Doppelfinanzierung erkennt und gegensteuernde Maßnahmen anstrebt. Kritisch ist dabei anzumerken, dass die zur Ermittlung des Bereinigungsumfanges erforderlichen Daten im Verhandlungszeitraum möglicherweise nicht ausreichend transparent sind. Um die notwendige Transparenz zu gewährleisten wäre es erforderlich, eine Kennzeichnung der etwa über die Terminservicestellen vermittelten Fälle verpflichtend vorzuschreiben. Andernfalls kann eine sachgerechte Bereinigung nicht stattfinden.**

Follegutachten Morbi-RSA zu Auslandsversicherten und Krankengeld

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb wurde der Kassenfinanzausgleich umfassend reformiert, um Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zu besei-

tigen. Zur weiteren Verbesserung der Zuweisungssystematik soll nun das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte und Kinderkrankengeld entsprechend der Empfehlungen der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) neu geregelt werden.

In den Gutachten wurde festgestellt, dass sich die Höhe der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte in den jeweiligen Ländern deutlich unterscheidet. Um Über- und Unterdeckungen zu vermeiden, sollen deshalb ab dem Ausgleichsjahr 2023 nach dem Wohnstaat differenzierte, landesspezifische Risikogruppen gebildet werden.

Ab dem Ausgleichsjahr 2023 sollen zudem die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für das Kinderkrankengeld vollständig aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen werden.

Für eine verbesserte Zielgenauigkeit der Zuweisungen für das Krankengeld wird der Wissenschaftlichen Beirat beim BAS beauftragt, Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für das Krankengeld zu überprüfen.

- **Die geplante Neuregelung im Morbi-RSA für Auslandsversicherte ist richtig, da sie die Zielgenauigkeit der Zuweisungen im Vergleich zum Status quo deutlich erhöhen kann. Der vollständige Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben für das Kinderkrankengeld ab dem Ausgleichsjahr 2023 ist sachgerecht. Auch die Entscheidung, ein weiteres Gutachten für das Krankengeld einzuholen, wird positiv bewertet.**

Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus

Zur Beurteilung des Behandlungsbedarfs hilfesuchender Patienten in den Notfallambulanzen der Kliniken soll ein bundesweites standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren geschaffen werden. Patienten können dadurch je nach Dringlichkeit direkt in die Notfallambulanz des Krankenhauses oder in eine vertragsärztliche Praxis weitergeleitet werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erhält den Auftrag, das Ersteinschätzungsverfahren im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband zu entwickeln. Seine Nutzung soll in Zukunft Bedingung für die Abrechenbarkeit ambulanter Notfallbehandlungen sein. Zudem benötigen Patienten bei der Terminsuche über eine Terminservicestelle künftig keine Überweisung zum Facharzt, wenn sie über einen Nachweis über ein Ersteinschätzungsverfahren verfügen.

- **Die Einführung eines bundesweiten standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist ein wichtiger Schritt zur besseren Koordination ambulanter Behandlungsfälle und trägt zur Entlastung der Krankenhäuser bei. Perspektivisch werden allerdings Instrumente für ein umfassendes System der integrierten Notfallversorgung benötigt.**

Ausweitung des Direktanspruchs der Leistungserbringer auf PKV-Notlagentarif

Besteht ein Versicherungsverhältnis im Notlagentarif der privaten Krankenversicherung, soll in Zukunft ein Direktanspruch der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung geschaffen werden. Im Basisstarif ist dies bereits heute möglich. Damit will der Gesetzgeber die medizinische Versorgung von Menschen erleichtern, die im Notlagentarif versichert sind. Die Maßnahme soll das Ausfallrisiko für den Leistungserbringer reduzieren und damit die Bereitschaft erhöhen, den Patienten zu behandeln.

Gleichzeitig wird geregelt, dass private Versicherer Prämienforderungen aus dem Basis- und dem Notlagentarif nicht mit noch ausstehenden Forderungen aus der privaten Krankheitskostenversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung aufrechnen können.

- **Die geplanten Regelungen schaffen Erleichterungen für Menschen, die aufgrund ihrer finanziellen Situation im Notlagentarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind. Der Direktanspruch ist im System der privaten Krankenversicherung jedoch fremd, die Initiative des Gesetzgebers bedeutet eine erneute Übernahme von Elementen der gesetzlichen in die private Krankenversicherung.**

Eckpunkte für ein weiteres Digitalisierungsgesetz

Das BMG plant weitreichende Maßnahmen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens noch in dieser Legislaturperiode. Eckpunkten für ein weiteres „Digitalgesetz“ ist zu entnehmen, dass grundlegende Anpassungen der digitalen Prozesse vor allem für die gesetzlichen Krankenkassen geplant sind. Dies hat auch Auswirkungen auf die Angebote der Kassen für die Versicherten.

Ablösung kartenbasierter Anwendungen auf der eGK

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) soll grundlegend verändert werden. Künftig wäre sie dann kein Datenträger mehr, sondern Identitätsnachweis des Versicherten – lediglich die Krankenversicherungsnummer bleibt darauf gespeichert. Die bisher auf der eGK ablegbaren Notfalldaten, der elektronische Medikationsplan (eMP), das Versichertenstammdatenmanagement und die Protokollierung sollen nicht mehr auf der eGK, sondern ab 2022 schrittweise in der elektronischen Patientenakte (ePA) gespeichert werden. Damit ist auch die Vorgabe verbunden, dass Krankenkassen ihren Versicherten ab 2023 eine sogenannte digitale Identität zur Verfügung stellen, die nicht an die eGK gebunden ist. Vorgesehen ist auch, dass die Notfalldaten in der ePA abgelegt werden.

Der elektronische Medikationsplan wird nach den Plänen des BMG ab 2023 in der ePA verankert. Alle Versicherten erhalten darauf einen Anspruch, unabhängig von Anzahl und Dauer der eingenommenen Medikamente. Verordnungsdaten des neuen E-Rezepts sollen auf Wunsch der Versicherten automatisch in die ePA übertragen werden können.

- **Die Abkoppelung der medizinischen Daten von der eGK und die Überführung der Anwendungen in die ePA entsprechen einer langjährigen Forderung der BARMER. Sie verhindern doppelte Datenhaltungen. Für den dafür nötigen Ausgabe- und Aktualisierungsprozess sind jedoch zeitliche Vorgaben nötig, die umsetzbar sind.**

Gematik erhält mehr Geld und mehr Aufgaben

Die gematik erhält den Auftrag, den Zugang zur Telematikinfrastruktur über einen sogenannten „Zukunftskonnektor“ sicherzustellen. Dies soll bis zum 01.01.2023 über Drittanbieter geregelt werden. Die gematik erhält deshalb die Möglichkeit, Hersteller – statt bisher definierte Produkte – nach festgelegten Kriterien zuzulassen. Der Betrag von einem Euro, den die Kassen bisher pro Mitglied an die gematik überweisen, erhöht sich nach dem Willen des BMG auf 1,50 Euro pro Versicherten.

- **Die vorgesehene Überarbeitung des Konzepts des Konnektors ist wichtig für die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur. Die Erhöhung der Regelfinanzierung der gematik führt zu einer erheblichen Kostensteigerung für die Krankenkassen. Der allein von den Krankenkassen getragene Betrag würde sich auf fast 110 Millionen Euro jährlich fast verdoppeln.**

Digitalisierungsgesetz

Ende September 2020
Eckpunkte

Weiterentwicklung des Verfahrens zu Digitalen Gesundheitsanwendungen

Das BMG kann den Vertragspartnern in Zukunft Fristen für die Festlegung von Höchstbeträgen für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) vorgeben, so sehen es die Eckpunkte vor. Es erhält auch die Befugnis, die Vergütung weiterer Leistungserbringer zu regeln, die Leistungen im Zusammenhang mit DiGA erbringen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung soll versorgungsrelevante Daten aus DiGA (zum Beispiel Diabetes-Tagebücher, EKG als Medizinische Informationsobjekte (MIO)) definieren können. Darüber hinaus sind Regelungen zum Schutz der DiGA-Daten und zur Prüfung der Informationssicherheit geplant. Um die kombinierte Nutzung von DiGA und ePA zu vereinfachen, wird die Übergabe von Daten aus DiGA in die ePA für die Versicherten ermöglicht.

- **Die Initiative des Gesetzgebers, zusätzliche Instrumente zum Schutz der verarbeiteten Daten und zur Prüfung der Informationssicherheit zu schaffen, ist richtig. Sehr sinnvoll ist auch das Vorhaben einer kombinierten Nutzung von DiGA und ePA.**

Die Preise der ersten fünf zugelassenen DiGA fallen hoch aus. Die BARMER fordert eine Preisgestaltung, die in einem fairen Verhältnis zum Versorgungsnutzen sowie den Preisen anderer Leistungen und Leistungserbringer steht. Generell muss eine Vergütung an die tatsächliche Nutzung der Anwendungen gekoppelt sein.

Digitale Pflegeanwendungen neu in der Versorgung

Geplant ist auch die Neueinführung von Digitalen Pflegeanwendungen (DiPA), die von der Sozialen Pflegeversicherung finanziert werden sollen. Dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird die Verantwortung für ein Verfahren zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit von DiPA übertragen; es soll darüber hinaus ein DiPA-Verzeichnis als Webportal einrichten. Das Verfahren wird in Anlehnung an das DiGA-Verfahren zweigleisig aufgesetzt, um sowohl eine dauerhafte als auch eine vorläufige Aufnahme zur Erprobung von DiPA zu ermöglichen.

- **Die Abgrenzung zwischen Lifestyle-Produkten und pflegerischer Versorgung ist bei den DiPA zwingend zu beachten. Es ist nicht Aufgabe der Pflegekassen, Anwendungen wie Smart-Home-Produkte zu finanzieren.**

Ausbau der Telemedizin

Videosprechstunden sollen ausgebaut und auch durch weitere Gesundheitsberufe, wie etwa Hebammen, genutzt werden. Daher sehen die Eckpunkte eine Flexibilisierung der Leistungsbegrenzung für Videosprechstunden von 20 auf 30 Prozent (der jeweiligen Leistung) vor. Ihre Abrechnung und Vergütung soll auch außerhalb der Sprechstundendienste Zeit ermöglicht werden. Die KBV erhält den Auftrag, eine bundesweite Vermittlungsstruktur für Videosprechstunden einzurichten, die kompatibel mit Terminservicestellen ist. Die KBV wird damit beauftragt, auch App-basierte Videodienste zu zertifizieren und mehr telemedizinische Konzepte zu berücksichtigen.

- **Die breitere Nutzung von Videosprechstunden ist richtig, besonders vor dem Hintergrund, dass die Akzeptanz von Versicherten und Ärzten für telemedizinische Verfahren in der Pandemie gestiegen ist. Für die kollektivvertragliche Etablierung telemedizinischer Konzepte ist deren Evidenz immer zwingende Voraussetzung.**

Nachrichten aus Europa: EU4Health soll 2021 starten

In der Corona-Krise hat sich gezeigt, dass die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedsstaaten höchst unterschiedlich auf eine schwere Pandemie vorbereitet sind. Daneben waren die Maßnahmen der europäischen Partner zur Eindämmung des Virus nur unzureichend koordiniert. Mit dem neuen Programm EU4Health reagieren die europäischen Institutionen auf die Erfahrungen mit der Krise: Die Menschen in der EU sollen vor schweren grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren geschützt und das europäische Krisenmanagement verbessert werden. Die Krisenvorsorge umfasst auch, dass Arzneimittel, Medizinprodukte und andere krisenrelevante Produkte stets erschwinglich und verfügbar gehalten werden sollen. Das Programm zielt weiterhin darauf ab, die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten widerstandsfähiger zu machen und das Personal im Gesundheitswesen zu stärken. Dabei spielt der Einsatz digitaler Instrumente im Gesundheitssektor eine wichtige Rolle.

Weiterer Prozess von EU4Health

Das für den Zeitraum von 2021 bis 2027 angelegte Programm EU4Health soll den öffentlichen Gesundheitssektor in den europäischen Mitgliedsstaaten auch langfristig weiterentwickeln. Klar ist jedoch auch bei diesem Projekt, dass es Aufgabe der Union ist, die Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten zu ergänzen und zu unterstützen. Dabei bleibt die Verantwortung der einzelnen Staaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie die Organisation des Gesundheitswesens uneingeschränkt gewahrt.

Bereits am 28.05.2020 legte die Europäische Kommission einen Vorschlag für das Programm vor. Der Rat der Europäischen Union ist jetzt bereit, mit dem Europäischen Parlament Verhandlungen über EU4Health aufzunehmen, am 21.10.2020 erhielt der deutsche Ratsvorsitz ein entsprechendes Mandat.

Das Programm ist Teil des Mehrjährigen Finanzrahmens (MFR – 2021–2027) und soll wegen der anhaltenden Pandemie schnell beschlossen werden. Der Rat hat ein Budget von 1,9 Milliarden Euro für EU4Health vorgeschlagen, das wäre das Vierfache des Vorgängerprogramms der Jahre 2014 bis 2020.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren