

GVWG

26.02.2021

1. Lesung Bundestag

12.04.2021

Anhörung im Gesundheits-
ausschuss

2./3. Lesung Bundestag

Termin noch offen

Inkrafttreten

nach Verkündung

GVWG in den parlamentarischen Beratungen

Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) ist eine Vielzahl von Änderungsanträgen bekannt geworden, die das Gesetzgebungsverfahren verlängern. Das GVWG ist ein letztes großes „Omnibus-Gesetz“, in dem zum Ende der Legislaturperiode noch eine Vielzahl von gesetzlichen Änderungen vorgenommen wird, wie etwa zu den Mindestmengenregelungen oder zum Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus. Die Beratungen auch weiterer Veränderungen am Gesetz dauern an.

Hier eine Auswahl von wichtigen Änderungsanträgen:

Zusätzliche Vorgaben zum Pflegebudget

Im vergangenen Jahr wurden die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert. Seither finanzieren die Krankenkassen diese über ein Krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip. Nun liegt ein Änderungsantrag vor, der die Vorgaben für die Vereinbarung des Pflegebudgets konkretisiert und ergänzt. In der Vergangenheit ist es zu Uneinigkeiten zwischen Krankenhäusern und Kassen etwa über die Frage der Zuordnung von Kosten für Personal zum Pflegebudget gekommen. Deshalb sollen GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die Möglichkeit erhalten, Änderungen sowohl an der Definition der ausgliedernden Pflegepersonalkosten als auch an der Zuordnung des Personals machen zu können.

Ergänzungen gibt es auch bei den Regelungen über die vorzulegenden Daten und Nachweise: So wird festgelegt, dass bei der Jahresabschlussprüfung für die Zuordnung von Pflegepersonal und Pflegepersonalkosten die gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben verpflichtend zugrunde gelegt werden müssen. Auch die Herleitung des Pflegebudgets muss zukünftig dokumentiert werden. Mit den Neuregelungen soll verhindert werden, dass Personal ohne pflegerische Qualifikation in der Pflege am Bett verbucht und im Rahmen des Pflegebudgets vergütet wird, obwohl es tatsächlich nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist.

➔ **Die Erfahrungen seit Einführung des Pflegebudgets zeigen, dass das Ziel einer ausreichenden Personalgewinnung nicht erreicht wurde. Deshalb sollten die Pflegekosten perspektivisch wieder in die DRGs eingegliedert werden. Mit den Neuregelungen soll nun richtigerweise sichergestellt werden, dass wenigstens keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung entstehen.**

Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalbemessung

Um eine Unterbesetzung mit pflegerischem Personal zu vermeiden, gelten seit 2019 in bestimmten pflegesensitiven Bereichen, wie etwa der Intensivmedizin, Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG). Zum 01.01.2020 wurden diese erstmalig überprüft und angepasst. Mit Wirkung zum 01.02.2021 wurden die PpUG auf zwölf pflegesensitive Krankenhausbereiche ausgeweitet. Bislang können bestehende PpUG nur zu bestimmten gesetzlichen Fristen überprüft und angepasst werden. Zukünftig wird dies GKV-SV und DKG jährlich ermöglicht.

GKV-SV, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die DKG erhalten den Auftrag, im Einvernehmen mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Personalbemessung in der Krankenhauspflege bis Ende 2024 zu

entwickeln. Ziel ist ein bedarfsgerechtes, standardisiertes, aufwandsarmes, transparentes, digital anwendbares und zukunftsfähiges Pflegepersonalbemessungsverfahren, wie es im Gesetzentwurf heißt. Bis zum 15.12.2021 sollen die Beteiligten dem BMG eine inhaltliche Beschreibung sowie einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen vorlegen. Zur Entwicklung und Erprobung der Vorgaben müssen fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragt werden. Schließlich werden die Beteiligten verpflichtet, dem BMG regelmäßig über den Stand der Entwicklung zu berichten.

➤ **Wesentliche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung ist eine gute Personalausstattung in den Krankenhäusern. Pflegepersonaluntergrenzen leisten dabei einen wichtigen Beitrag für die Patientensicherheit. Durch eine jährliche Überprüfung und Anpassung der bestehenden PpUG kann die aktuelle Versorgungssituation noch besser berücksichtigt werden. Ziel muss es sein, schrittweise für alle Fachabteilungen PpUG festzulegen und einzuführen.**

Trotz zahlreicher gesetzgeberischer Maßnahmen ist die Personalausstattung in der Pflege vielerorts nach wie vor unzureichend. Die Intention des Änderungsantrags ist daher grundsätzlich richtig. Da die Vorstellungen über die Ausgestaltung eines Pflegepersonalbemessungsinstruments zwischen DKG und GKV-SV auseinandergehen ist es nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber konkrete Vorgaben, insbesondere zum Zeitplan, macht.

Korrekturverfahren zur Bereinigung der Leistungen aus dem TSVG

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber im Jahr 2019 eine Reihe von Leistungen festgelegt, die den Ärztinnen und Ärzten außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) honoriert werden, wenn sie nach einer Terminvermittlung erbracht werden. Für diese aus dem Budget herausgelösten Leistungen wurde eine einmalige basiswirksame Bereinigung der MGV für die Dauer eines Jahres beschlossen, um eine Doppelfinanzierung auszuschließen.

Das GVWG sieht nun ein Korrekturverfahren vor, das auch nach Ablauf der einjährigen Bereinigungsphase noch Richtigstellungen ermöglicht. Notwendig wird dieses retrospektive Verfahren, da die Bereinigung bisher nicht vollständig durchgeführt werden konnte. Ein Grund dafür ist, dass Leistungen nach Terminvermittlung durch die Corona-Pandemie weit weniger in Anspruch genommen wurden als erwartet. Der Bewertungsausschuss wird damit beauftragt, bundeseinheitliche Vorgaben für ein Korrekturverfahren zu beschließen.

Mit einem nun vorliegenden Änderungsantrag wird das geplante Verfahren nochmals verändert: Der Korrekturzeitraum soll auf mindestens vier Quartale ausgedehnt und auf den 01.07.2021 vorgezogen werden, um sonst nicht mehr korrigierbare Finanzeffekte zu verhindern. Zudem ist mit Beginn des Korrekturzeitraums eine Kennzeichnungspflicht von TSVG-Leistungen durch die vertragsärztlichen Leistungserbringer vorgesehen.

➤ **Das geplante Korrekturverfahren ist ein notwendiger Schritt zur Verminderung einer Doppelfinanzierung von Leistungen aus dem TSVG. Die GKV würde damit um circa zwei Milliarden Euro entlastet, so der Änderungsantrag. Trotz der Korrektur würden etwa 500 Millionen Euro an zusätzlichem Honorar bei den vertragsärztlichen Leistungserbringern verbleiben.**

Eine Ausdehnung des Korrekturzeitraums auf mindestens vier Quartale ist richtig. Um Doppelvergütungen auszuschließen, müsste der Korrekturzeitraum aber nahtlos an das dritte Quartal 2020 anschließen und damit bereits vor dem 01.07.2021 beginnen.

Eine Kennzeichnungspflicht von TSVG-Leistungen ist in jedem Fall sinnvoll. Sie dient der Klarstellung bereits bestehender Abrechnungsvorgaben.

DVPMG vom Deutschen Bundestag verabschiedet

Der Deutsche Bundestag hat am 06.05.2021 das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Moderisierungs-Gesetz (DVPMG) verabschiedet (wir berichteten zum Gesetzgebungsverfahren in Berlin kompakt Nr. 13 und 14/2020). Damit findet die in dieser Legislaturperiode umfassende Gesetzgebung zur Digitalisierung des Gesundheitswesens ihren Abschluss. Dabei lagen die politischen Schwerpunkte der Koalition vor allem auf der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und dem Ausbau der Telemedizin.

Zudem übernahm das BMG 2019 die Mehrheit von 51 Prozent der Anteile der gematik, die damit zum bestimmenden Akteur der digitalen Transformation des Gesundheitssystems wurde. Die gematik wurde darüber hinaus mit der Entwicklung eines eigenen digitalen Produkts beauftragt, einer e-Rezept-App. Mit dem DVPMG wird nun der jährliche Betrag der gesetzlichen Krankenkassen an die gematik von 1,00 Euro auf 1,50 Euro jährlich pro Mitglied erhöht.

➤ **Über die zukünftige Rolle der gematik muss grundsätzlich entschieden werden. Die Arbeit der gematik muss wieder auf eine die gesetzliche Krankenversicherung und die Selbstverwaltung unterstützende Funktion beschränkt werden.**

Zudem muss die Finanzierung der gematik auf den Prüfstand: Es kann nicht sein, dass eine mehrheitlich vom BMG getragene Einrichtung ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen der gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird. Deshalb sollte eine Finanzierung gemäß der Verteilung der Gesellschafteranteile geprüft werden.

Änderungen bei e-Rezept und e-Medikationsplan

In einem Änderungsantrag, den die Koalitionsfraktionen kurz vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens zum DVPMG eingebracht haben, werden die Krankenkassen verpflichtet, ein sicheres Verfahren zur Authentifizierung der e-Rezept-App der gematik zu entwickeln. Dies obwohl bereits 2020 einige Krankenkassen eine Lösung für das e-Rezept aufgelegt haben: Damit wird Patienten ermöglicht, das e-Rezept direkt in der App der Krankenkasse zu verwalten.

Weiterhin wird mit dem DVPMG der bisherige Anspruch der Versicherten auf einen Medikationsplan von einer papiergebundenen in eine elektronische Form erweitert. Mit der im Gesetz vorgesehenen Überführung des elektronischen Medikationsplans in eine eigenständige Anwendung der Telematikinfrastruktur sollen Versicherte und Leistungserbringer mehr Zugriffsmöglichkeiten auf die gespeicherten Daten erhalten.

➤ **Das Authentifizierungsverfahren für die e-Rezept-App der gematik durch die Kassen benachteiligt die seit 2020 bestehende e-Rezept-Lösung der Kassen. Es wird deutlich, dass die gematik zwar unternehmerisch tätig sein will, jedoch offenbar nicht über das notwendige Know-how verfügt und deshalb für entscheidende technische Bausteine wie die Authentifizierung auf die Kassen angewiesen ist.**

Zumindest müssen Kassen die e-Rezept-App der gematik als eigene Anwendung innerhalb der ePA anbieten können. Dies ist wichtig für die Akzeptanz der Versicherten, da alle wesentlichen digitalen Anwendungen auf einer Plattform der Kassen nutzbar sein müssen und dann auch die Authentifizierung der jeweiligen ePA genügt.

Höhere Datenschutzanforderungen für DiGA

Bereits mit dem Digitale-Versorgungs-Gesetz (2020) wurden Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Durch zuletzt im Gesetzgebungsverfahren eingebrachte Änderungsanträge wurden die Anforderungen an die Hersteller bezüglich des Datenschutzes und der Datensicherheit ausgeweitet: So wird das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ab dem Jahr 2022 jährlich Prüfkriterien für DiGA zum Datenschutz festlegen. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesdatenschutzbeauftragte aktualisieren diese Kriterien zukünftig regelmäßig. Die Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen gelten analog auch für die digitalen Pflegeanwendungen (DiPA), die mit dem DVPMG neu in der sozialen Pflegeversicherung verankert wurden.

- **Die zusätzlichen Anforderungen an Datensicherheit und Datenschutz für DiGA und DiPA sind wichtig. Richtig ist auch eine frühzeitige Abstimmung des BfArM mit dem BSI und dem Bundesdatenschutzbeauftragten.**

Veränderungen bei eGK-Stammdaten

Veränderungen für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ergaben sich aus einem weiteren Änderungsantrag: So wird die eGK von fast allen Stammdaten befreit. Auf der Karte verbleiben lediglich die Versichertennummer, das Institutionskennzeichen der Kasse sowie Name und Geburtsdatum des Versicherten.

- **Die BARMER hat sich seit langem für die nun gefundene Regelung eingesetzt. Damit wird die eGK tatsächlich zu dem, wozu sie eigentlich schon immer gedacht war, einem Schlüssel zur Telematikinfrastruktur.**

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren