

Digitale Versorgung- Gesetz

15.05.2019
Referentenentwurf
01.01.2020
Inkrafttreten

Zum Download
Referentenentwurf Digi-
tale Versorgung-Gesetz

BMG legt Entwurf für Digitale Versorgung-Gesetz vor

Mit dem am 15.05.2019 vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung-Gesetz – DVG) geht das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen weiteren wichtigen Schritt bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Das Gesetz bietet Patienten mehr Transparenz und Selbstbestimmung und räumt gesetzlichen Krankenkassen mehr Möglichkeiten ein, die Versorgung ihrer Versicherten zu verbessern.

Elektronische Patientenakte soll Versicherten echten Mehrwert bieten

Die elektronische Patientenakte (ePA) wird in Zukunft das zentrale Element bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens sein. Wenige Tage nach Inkrafttreten der Vorgaben des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zur ePA folgen nun komplementäre Regelungen, die für ihren Erfolg von zentraler Bedeutung sind: Versicherte erhalten einen gesetzlichen Anspruch auf die Überführung ihrer Daten in das System ihrer ePA. Die gematik hat bis zum 31.03.2021 die Voraussetzungen dafür zu schaffen. Inhalte wie der Impfpass, das Zahnbonusheft, das U-Heft für Kinder oder der Mutterpass sollen danach von den Versicherten in der ePA genutzt werden können. Bei einem Wechsel der Kasse können Versicherte ihre Daten ab dem 01.01.2022 aus der ePA standardisiert übertragen lassen. Darüber hinaus können die Daten in der ePA auf Wunsch der Versicherten künftig für die medizinische Forschung bereitgestellt werden. Der Entwurf verpflichtet die gematik bis zum 30.06.2022 zur Schaffung der technischen Voraussetzungen.

➤ **Das Digitale Versorgung-Gesetz schafft die notwendigen politischen Rahmenbedingungen für einen Erfolg der ePA. Nur mit Inhalten, die einen tatsächlichen persönlichen Nutzen für die Versicherten bringen, wird die ePA das nötige Fundament für die sektorenübergreifende Digitalisierung des Gesundheitssystems sein.**

Dass Krankenkassen als Treiber digitaler Versorgungsinnovationen und Gestalter digital gestützter Versorgungsprozesse gestärkt werden sollen, ist zukunftsweisend.

Tempo bei der Telematikinfrastruktur

Grundlage aller digitalen Vernetzung ist eine leistungsstarke Telematikinfrastruktur (TI). Arztpraxen und Krankenhäuser werden deshalb laut Referentenentwurf finanzielle Einbußen hinnehmen müssen, wenn ihnen die TI-Anbindung nicht in vorgegebenen Zeiträumen gelingt. Damit Apotheken die Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans vornehmen können, werden sie (ohne Sanktionsandrohung) verpflichtet, sich bis zum 31.03.2020 an die TI anzuschließen. Weitere Leistungserbringer erhalten die Möglichkeit, sich freiwillig an die TI anzubinden. Dazu gehören Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeuten sowie Einrichtungen der Pflege und der Rehabilitation. Krankenhäuser sollen für jeden Behandlungsfall einen Zuschlag von fünf Euro erhalten, bei dem Daten in die ePA gespeichert werden.

➤ **Es ist wichtig, perspektivisch weitere Leistungserbringer verpflichtend an die TI anzubinden. Die Kosten für die Anbindung der Leistungserbringer an die TI müssen aktuell vollständig von den gesetzlichen Krankenkassen refinanziert werden. Aufgrund dieser Finanzierungssystematik können weder eine Preisbewegung am Markt noch Druck auf die Industrie entstehen, das zeigen die Erfahrungen mit den Konnektorpreisen. Kritisch sieht die BARMER den Zuschlag pro voll- und teilstationären Behandlungsfall für Krankenhäuser, die Eintragungen in die ePA vornehmen. Denn den möglichen Kosten für die Führung**

der ePA stehen auf Seiten der Leistungserbringer – auch der Krankenhäuser – Einsparungen durch die Nutzung der Akte gegenüber.

Neuer Anspruch auf digitale Medizinprodukte wird geschaffen

Mit dem Gesetz wird ein völlig neuer Anspruch der Versicherten auf digitale Medizinprodukte niedriger Risikoklassen (I und IIa) eingeführt. Diese werden zunächst für ein Jahr von den Krankenkassen erstattet und müssen in ein amtliches, vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführtes Verzeichnis eingetragen werden. Die öffentliche Kennzeichnung in diesem Verzeichnis verdeutlicht die vorübergehende Erstattungsfähigkeit. Falls vom Hersteller keine positiven Versorgungseffekte nachgewiesen werden können, wird die Leistung nicht mehr von den Krankenkassen erstattet. Anbieter müssen neben positiven Versorgungseffekten auch die Sicherheit, Funktions-tauglichkeit und Qualität nachweisen. In den ersten 12 Monaten (einmalig verlängerbar auf insgesamt 24 Monate) werden die digitalen Anwendungen erprobt und evaluiert. Auf dieser Grundlage erfolgen Preisverhandlungen durch den GKV-SV und den Hersteller. Dies ist eine Analogie zum AMNOG-Verfahren, wie auch die Regelungen zur Schiedsstelle bei Nichteinigung der Akteure. Das BMG behält sich die Möglichkeit einer ergänzenden Rechtsverordnung vor, in welcher unter anderem Höchstgrenzen zur Erstattung für medizinische Apps enthalten sein können.

- **Das gewählte Verfahren der Zulassung und Erprobung von Gesundheits-Apps über das BfArM ist nachvollziehbar, da das BfArM bereits heute Beratungen für Startups anbietet. Richtig ist der Fokus auf positive Versorgungseffekte, die durch die Anbieter digitaler Medizinprodukte nachgewiesen werden müssen.**

Ausbau von Videosprechstunden und Telekonsilen – Mehr selektivvertragliche Möglichkeiten

Die Möglichkeiten zum Einsatz von Videosprechstunden und Telekonsilen werden ausgebaut. Die Inanspruchnahme von Videosprechstunden soll vereinfacht werden. So können zum Beispiel die Aufklärung und die Einwilligung zu einer Behandlung, die bisher grundsätzlich persönlich durchgeführt werden mussten, im Einzelfall auch in der Videosprechstunde stattfinden. Telekonsile sollen weitreichend sowohl in der vertragsärztlichen Versorgung als auch sektorenübergreifend ermöglicht und extrabudgetär vergütet werden. Hierzu hat der ergänzte Bewertungsausschuss innerhalb von neun Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes entsprechende Anpassungen zu beschließen. Kassen sollen zudem besondere Versorgungsverträge nach § 140a SGB V mit Anbietern digitaler Medizinprodukte abschließen können. Die Einbindung von Ärzten ist dabei nur erforderlich, wenn mit der digitalen Anwendung diagnostische Feststellungen verbunden sind. Hintergrund dafür ist die therapeutische Letztentscheidung. Diese soll auch bei der Nutzung von medizinischen Apps weiter bei den Ärzten liegen.

- **Die BARMER ist mit PädExpert und PädAssist Vorreiter bei der Nutzung von Telekonsilen. Die geplanten Regelungen sind wichtig und eine Unterstützung für die Versorgungsangebote der Kasse. Die erweiterte Kontrahierungsmöglichkeit mit Anbietern digitaler Gesundheitsanwendungen ist eine langjährige Forderung der BARMER. Bereits aktuell testet sie in Zusammenarbeit mit Hausärzten in zwei Modellregionen digitale Anwendungen (Apps), die Patienten in verschiedenen Indikationen einen positiven Versorgungseffekt liefern können.**

Weniger Papier und vereinfachte Verwaltungsprozesse für Versicherte und Kassen

Die Digitalisierung eröffnet Chancen zur Vereinfachung von Verwaltungsprozessen und Kommunikationswegen. Krankenkassen erhalten ausdrücklich die Möglichkeit, ein umfassendes individualisiertes Beratungsangebot (nach § 284 SGB V) zu entwickeln und Versicherten anzubieten. Dazu sollen bereits vorliegende Sozialdaten der Versicherten verwendet werden dürfen. Weitere Vorhaben sind: Die gemeinsame Selbstverwaltung muss Regelungen zu elektronischen Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel schaffen. In Modellprojekten soll die Umsetzung zeitnah getestet werden. Außerdem soll der freiwillige Beitritt zu einer gesetzlichen Krankenkasse in Zukunft schriftlich oder elektronisch erfolgen können.

- **Kassen erhalten mehr Gestaltungsmöglichkeiten für individualisierte Beratungsangebote. Die Einführung der elektronischen Verordnung bei den Heil- und Hilfsmitteln wird zu schnelleren Prozessen führen. Der freiwillige Beitritt zu einer Krankenkasse ist einer der wenigen Prozesse im Versicherungs- und Beitragsrecht, bei dem noch ein gesetzliches Schriffterfordernis besteht. Künftig wird nun ein einheitlicher Online-Aufnahmeprozess für Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte möglich.**

Beteiligung der Krankenkassen an der Innovationsförderung möglich

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, erhalten Krankenkassen die Möglichkeit, die Entwicklung digitaler Innovationen (digitale Medizinprodukte, künstliche Intelligenz, telemedizinische oder IT-gestützte Verfahren) zu fördern. Krankenkassen können dafür bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven (nach § 260 Absatz 2 Satz 1 SGB V) in Kapitalbeteiligungen investieren.

- **Die BARMER ist Vorreiter bei der Förderung digitaler Innovationen. Sie kooperiert seit einigen Jahren mit dem Venture Capital Fonds Earlybird, der neue und innovative Ansätze im Gesundheitswesen fördert. Wichtig bleibt, dass mit Beitragsgeldern verantwortungsvoll umgegangen wird. Dafür sorgen eine begrenzte Kapitalbindung, Ausfallbürgschaften und die Sicherung einer adäquaten Marktverzinsung.**

Weiterentwicklung des Innovationsfonds

Der Innovationsfonds wird auch über das Jahr 2020 hinaus fortgeführt. Bis einschließlich 2024 werden für die Erprobung neuer Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung 200 Mio. Euro jährlich (bisher 300 Mio.) aufgebracht. In den Jahren 2020 bis 2023 werden die nicht verausgabten Gelder eines Haushaltsjahres vollständig in den Haushalt des nächsten Jahres übertragen, damit sie zweckmäßiger weiterverwendet werden können. Die Verwendung der Mittel wird etwas anders gewichtet als bisher, 80 Prozent (vorher 75 Prozent) davon stehen für neue Versorgungsformen zur Verfügung, 20 Prozent für die Versorgungsforschung (bisher 25 Prozent). Maximal 20 Prozent der Mittel dürfen für themenoffene Förderbekanntmachungen verwendet werden. In Zukunft können zusätzlich ausgewählte Anträge zur medizinischen Leitlinienentwicklung mit mindestens 5 Mio. Euro aus dem Innovationsfonds gefördert werden.

Die Förderung aus dem Innovationsfonds wird auf ein zweistufiges Verfahren umgestellt: In der ersten Stufe wird die Konzeptentwicklung für sechs Monate gefördert, danach werden die Anträge erneut bewertet und maximal 15 Projekte weiter gefördert.

Das Gesetz wird auch den Übergang der geförderten Projekte in die Regelversorgung regeln. Damit sollen erfolgreich erprobte Versorgungsformen schnell allen gesetzlich Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Nach Abschluss der Evaluation eines Projektes prüft der Innovationsausschuss, ob das Förderziel erreicht wurde. Er beschließt künftig innerhalb von drei Monaten, ob eine neue Versorgungsform oder die Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung in die Regelversorgung übertragen werden und wer dafür zuständig ist. Liegt die Zuständigkeit beim G-BA, so muss dieser innerhalb von 12 Monaten beschließen, wie die Aufnahme in die Versorgung erfolgt.

➤ **Die Absenkung der jährlichen Fördersumme sowie die Befristung des Innovationsfonds sind sinnvoll. Das vorgesehene zweistufige Antragsverfahren für die Förderung sollte jedoch nicht zu mehr Komplexität führen. Durch die neuen Detailregelungen wie die Begrenzung auf 20 Prozent der Fördersumme für themenoffene Förderbekanntmachungen oder die Durchführung von in der Regel nicht mehr als 15 Vorhaben jährlich dürfen gute und innovative Ideen nicht ausgeschlossen werden. Beim Transfer der Projekte in die Regelversorgung sollten vorrangig die bisherigen Entscheidungswege und die bestehenden Gremien der Selbstverwaltung genutzt werden.**

Bund-Länder-AG zur sektorenübergreifenden Versorgung

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ hat den Auftrag, bis 2020 Vorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung zu unterbreiten. Die letzte Sitzung der AG fand am 08.05.2019 statt. In einem „Arbeitsentwurf für ein Eckpunktepapier“ formulieren die Mitglieder der AG bereits erste Maßnahmen, mit denen verstärkt sektorenübergreifende Strukturen etabliert werden sollen. Die Maßnahmen seien nicht als abschließend zu betrachten, so die Verfasser, sie spiegeln zunächst den aktuellen Diskussions- und Arbeitsprozess des Gremiums nach der ersten siebenmonatigen Beratungsphase wider.

Ambulante Versorgungsaufträge für stationäre Versorgungseinrichtungen

In Regionen, in denen der ambulante Versorgungsbedarf durch die vorhandenen Vertragsärzte nicht gedeckt werden kann, sollen nach Meinung der Autoren die Kapazitäten von stationären Einrichtungen für die ambulante Versorgung nutzbar gemacht werden. Bereits durch das TSVG wurde den Ländern die Möglichkeit gegeben, in strukturschwachen Regionen trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen zusätzliche Arztsitze auszuweisen. Die Länder sollen nun bei zusätzlichem Bedarf Versorgungsaufträge zur ambulanten Behandlung an Krankenhäuser übertragen können. Es sollen bundesweite Rahmenvorgaben geschaffen werden für die Prüfung eines zusätzlichen ambulanten Versorgungsbedarfs durch die Länder sowie für die Öffnung der Krankenhäuser. In dreiseitigen Verträgen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung (KBV), GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) werden die Vorgaben für Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser festgelegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt direkt durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die Bund-Länder-AG schlägt darüber hinaus vor, Krankenhäuser im ländlichen Bereich gegebenenfalls mit Mitteln des Krankenhaus-Strukturfonds umzuwandeln: in ein ambulantes Gesundheitszentrum, wenn es für die stationäre Versorgung nicht mehr notwendig ist oder in ein ambulant-stationäres Gesundheitszentrum, wenn es für stationäre Leistungen

weiterhin gebraucht wird und gleichzeitig zur Deckung eines ambulanten Versorgungsbedarfs bereitstehen soll.

- Grundsätzlich wird eine Schließung ambulanter Versorgungslücken durch die Nutzung stationärer Kapazitäten befürwortet. Jedoch sind nicht alle Vorschläge überzeugend, da sie nicht innerhalb eines umfassenden sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts mit einheitlicher Planung und Vergütung angesiedelt sind.

So ist die Ausweitung der Länderkompetenzen auf die Planung ambulanter Kapazitäten systemfremd. Seit dem TSVG können die Länder bestimmte Regionen bereits von den Zulassungsbeschränkungen ausnehmen, konkrete Festlegungen obliegen dann jedoch den Zulassungsausschüssen. Weiterhin kann die Prüfung des zusätzlichen Leistungsbedarfs nicht Aufgabe des BMG sein. Sie sollte verpflichtend beim Landesgremium für die sektorenübergreifende Planung liegen, wie es die BARMER in ihrem 10-Punkte-Papier vorschlägt. Auch eine Vergütung der ambulanten Leistungen in stationären Einrichtungen unmittelbar durch die Kassen ist nicht nachvollziehbar. Die Förderung der Umwandlung von Krankenhäusern in ambulante, beziehungsweise ambulante-stationäre Gesundheitszentren durch den Krankenhaus-Strukturfonds, ist positiv.

Gemeinsamer fachärztlicher Versorgungsbereich

Ambulante und stationäre Leistungen sollen in Zukunft dort erbracht werden können, wo es qualitativ und ökonomisch am sinnvollsten ist. Deshalb plant die Bund-Länder-AG einen gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereich für Leistungen bzw. Diagnosen, die sowohl von ambulanten als auch von stationären Leistungserbringern erbracht werden. Die Leistungen werden einheitlich vergütet, dabei soll der Schweregrad der Fälle berücksichtigt werden, zum Beispiel durch Zuschläge für bestimmte vulnerable Patientengruppen oder Versorgungssituationen. Die Leistungen des Versorgungsbereichs werden durch Rechtsverordnung des BMG festgelegt. Vorgaben zu Qualität, Struktur, Dokumentation, Mindestmengen, Vergütung und zur informationstechnischen Ausstattung werden von den Vertragspartnern auf Bundesebene (KBV, GKV-SV, DKG) vereinbart. Vorgesehen sind auch einheitliche, möglichst sektorenübergreifende Behandlungsleitlinien für den neuen Versorgungsbereich.

Die Leistungen des neuen Versorgungsbereichs müssen bei der ambulanten und der Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Geplant ist auch eine Bereinigung der Vergütungen in beiden Sektoren um die Leistungen des gemeinsamen Versorgungsbereichs.

- Die Schaffung eines gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereichs entspricht grundsätzlich den Forderungen der BARMER. Diese gehen jedoch im Bereich der Planung deutlich weiter: So wird eine einheitliche Planung der Leistungen an der Schnittstelle von allgemeiner fachärztlicher ambulanter Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus gefordert. Die sektorenübergreifende Versorgungsplanung ist dabei im gemeinsamen sektorenübergreifenden Landesgremium verortet. Die Leistungen des Versorgungsbereichs durch Rechtsverordnung des BMG festzulegen, ist kritisch. Für die Festlegung des sektorenübergreifenden Leistungsbereichs sollten bundeseinheitliche Kriterien geschaffen werden, die weitere Ausgestaltung läge dann bei der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene.

Stärkere Koordination zwischen Ärzten und Pflegediensten

Ärztliche Leistungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege für Patienten mit einem besonderen Versorgungsbedarf sollen besser aufeinander abgestimmt werden. Dazu wird

Zum Download

10-Punkte-Papier der
BARMER

die koordinierende Rolle von Hausärzten gestärkt. In Kooperationsverträgen zwischen dem GKV-SV, der KBV und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste werden besondere koordinierte und kooperative Leistungen vereinbart. Die neue Versorgungsform soll als Teil des Kollektivvertrages zum Beispiel durch eine Koordinierungspauschale besonders vergütet werden.

- **Der Vorschlag, den Hausarzt, beziehungsweise den behandelnden Facharzt, stärker koordinierend und kooperierend in die ärztliche Sicherungspflege einzubinden, ist gut und erscheint geeignet, die Versorgung von Personen mit besonderem Versorgungsbedarf zu verbessern.**

BMG bereitet Arbeitsentwurf zur Notfallversorgung vor

Das BMG bereitet auf der Grundlage der im Dezember 2018 präsentierten Eckpunkte der Bund-Länder-AG aktuell einen Arbeitsentwurf für die Weiterentwicklung der Notfallversorgung unter Einbeziehung des Rettungsdienstes vor.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren