

Gesundheitsversorgungs- stärkungsgesetz

15.06.2023

Referentenentwurf

Entwurf für Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz liegt vor

Um Beratung, Prävention und Versorgung in sozial oder strukturell benachteiligten Regionen zu verbessern, will das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Gesundheitsversorgung in den Kommunen stärken und die individuelle Gesundheitskompetenz der Menschen erhöhen. Dazu wurde am 16.06.2023 der Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (GVSG) bekannt. Wie im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vereinbart, sieht der Entwurf die Einrichtung von Gesundheitskiosken, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren als zusätzliche Versorgungsstrukturen vor. Darüber hinaus ist eine Regelung zur Transparenz über die Servicequalität der Krankenkassen Teil des GVSG.

Errichtung von Gesundheitskiosken in sozial benachteiligten Regionen

Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, in sozial benachteiligten Regionen gemeinsam mit den Kreisen oder kreisfreien Städten Gesundheitskioske zu errichten. Das Initiativrecht für die Etablierung von Kiosken liegt bei den Kommunen. Bedingung ist dabei, dass sich die Kreise und Städte finanziell beteiligen und eine enge Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst gewährleistet ist. Schwerpunkt der Arbeit von Gesundheitskiosken soll ein niedrigschwelliges Beratungsangebot sein, unter Leitung einer Pflegefachkraft. So sollen Leistungen der Prävention empfohlen und vermittelt werden. Gleiches gilt für die medizinische Behandlung sowie ambulante telemedizinische Leistungen. Hinzu kommt die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten. Einfache medizinische Routineaufgaben sollen im Rahmen ärztlicher Delegation durchgeführt werden können. Eine weitere Aufgabe der Kioske ist die Bildung sektorenübergreifender Netzwerke – was eine mögliche Beteiligung anderer Sozialversicherungsträgern umfasst. Die Finanzierung für Betrieb und Leistungen der Kioske soll zum größten Teil von den Krankenkassen getragen werden, ihr Anteil liegt bei 74,5 Prozent. Die Kommunen sind mit 20 Prozent und die PKV mit 5,5 Prozent beteiligt. Die Arbeit der Kioske muss laut Gesetzentwurf alle drei Jahre von einem unabhängigen Institut evaluiert werden.

➔ **Bei der Umsetzung von Gesundheitskiosken dürfen keine ineffizienten Doppelstrukturen geschaffen werden. Vielmehr müssen bestehende Strukturen der Krankenkassen, die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sichergestellte ambulante-ärztliche Versorgung sowie kommunale Angebote bei der Planung eines Kioskes einbezogen werden. Ein Initiativrecht der Kommunen setzt voraus, dass klare Kriterien dazu vorliegen, ob die Gründung eines Kioskes bedarfsgerecht ist. Zudem dürfte eine – vom Grundsatz her richtige – Evaluation dadurch erschwert werden, dass Gesundheitskioske je nach Kommune unterschiedlich ausgestaltet sein werden.**

Die geplanten Gesundheitskioske dürfen nicht mehrheitlich durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert werden, da sie wesentliche Aufgaben von Bund, Ländern und Kommunen übernehmen. Eine Querfinanzierung von Leistungen der öffentlichen Daseinsvorsorge durch Beitragsmittel der GKV muss deshalb ausgeschlossen werden. Überdies stellt sich die Frage, wie teure Leistungsausweitungen angesichts der angespannten Finanzlage der GKV realisiert werden sollen.

Bildung von Gesundheitsregionen

Kreise oder kreisfreie Städte sollen auch das Initiativrecht zur Bildung von Gesundheitsregionen erhalten. Deren Aufgabe ist laut Entwurf, die regionalen Versorger mit dem öffent-

lichen Gesundheitsdienst zu vernetzen, eine sektorenübergreifende und koordinierte Versorgung und Gesundheitsförderung sicherzustellen sowie mobile Angebote auszubauen, um den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Versorgung zu erleichtern. Gesundheitsregionen sollen als Alternative zur Regelversorgung dienen, in die sich die Versicherten einschreiben können.

Auch hier besteht für die Krankenkassen auf Landesebene eine Verpflichtung der Zusammenarbeit. Die Kommunen müssen dabei folgende Voraussetzungen gegenüber den Kassen erfüllen: Sie müssen die an einer Gesundheitsregion teilnehmenden Leistungserbringer benennen, qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben des Verbunds machen, eine enge Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst garantieren und schließlich die Hälfte der entstehenden Kosten tragen. Die andere Hälfte soll durch die GKV finanziert werden. Die Organisation der Gesundheitsregion kann von den Vertragspartnern einzeln oder gemeinsam durchgeführt werden, möglich ist auch die Übertragung an beteiligte Leistungserbringer oder an Dritte.

➤ **Der vorliegende Gesetzentwurf lässt wesentliche Fragen der Ausgestaltung dieser Versorgungsstruktur unbeantwortet. So wird nicht erkennbar, wie das Konzept einer Gesundheitsregion zur Verbesserung der Versorgung beitragen kann. Es steht zu befürchten, dass die Organisation der medizinischen Versorgung durch neue zusätzliche Strukturen komplizierter wird und zudem kommunale Insellösungen mit individuellem Vertragswerk entstehen. Auch bleibt offen, welcher Bedarf an Leistungen für Gesundheitsregionen besteht, wie er gemessen werden soll und wie hierbei ambulante und stationäre Versorgung im Sinne einer sektorenübergreifenden Planung und Vergütung miteinander verzahnt werden sollen. Bisherige regionale Ansätze, wie zum Beispiel das „Gesunde Kinzigtal“, hatten wesentlich höhere Overhead-Kosten als die im Gesetzentwurf veranschlagten. Zudem haben sie bis jetzt keinen positiven Effekt auf die Versorgung zeigen können.**

Primärversorgungszentren als besonderes hausärztliches Angebot

Mit den Primärversorgungszentren (PVZ) soll das hausärztliche Versorgungsangebot besonders in strukturschwachen Gebieten ergänzt werden. Geplant ist, in den Zentren berufsgruppenübergreifend, koordiniert und kooperativ zu arbeiten, um die Versorgung von Versicherten mit besonderen medizinischen und gegebenenfalls sozialen Anliegen besser zu begleiten. Dazu sollen verstärkt nichtärztliche Fachkräfte aus Medizin und Pflege eingesetzt und die Zusammenarbeit von hausärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern sowie Gesundheitskiosken oder Kommunen angestrebt werden. Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag, die Vergütung nichtärztlicher Leistungen anzupassen. Alle drei Jahre muss dieser zudem dem BMG über die Entwicklung der abgerechneten nichtärztlichen Leistungen berichten.

PVZ sollen in Regionen eingerichtet werden können, in denen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Unterversorgung festgestellt wurde oder diese droht. Voraussetzung ist dabei, dass die Zentren eine Kooperationsvereinbarung mit einem Gesundheitskiosk oder einer Kommune eingehen und die Zusammenarbeit mit fachärztlichen sowie nichtärztlichen Leistungserbringern sicherstellen.

Die Gründung eines Zentrums kann durch zugelassene Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften oder medizinische Versorgungszentren erfolgen. Mindestens drei Ärztinnen oder Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag sind dafür Voraussetzung. Die Anerkennung eines Zentrums erfolgt durch die zuständige KV. Die Ausgestaltung etwa

der medizinischen Versorgung in PVZ, der personellen Ausstattung sowie der Versorgungsqualität vereinbarten Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag.

- **Initiativen zur Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung sind grundsätzlich wichtig. Bislang wird aus dem Referentenentwurf jedoch nicht deutlich, wie PVZ dies leisten sollen. Ein guter Ansatz ist es jedoch, verstärkt auf den Einsatz nichtärztlicher Berufsgruppen in der medizinischen Versorgung zu setzen. Wichtig ist dafür, deren Kompetenzen im Sinne von Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auszubauen.**

Ähnlich wie bei den geplanten Gesundheitskiosken ist darauf zu achten, dass mit PVZ keine Doppelstrukturen im Gesundheitswesen aufgebaut und keine öffentlichen Aufgaben aus Beitragsmitteln der GKV finanziert werden. Auch bei den Plänen für die PVZ fehlt die Ausrichtung auf ein sektorenübergreifendes, integriertes Gesamtkonzept für die Versorgung, besonders mit Blick auf die im Rahmen der Krankenhausreform geplanten Level I-i-Kliniken.

Transparenz über die Servicequalität der gesetzlichen Krankenkassen

Mit dem GVSG wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festzulegen. Dabei geht es unter anderem um die Bearbeitungsdauer für Anträge der Versicherten auf Leistungen oder die Bewilligung oder Ablehnung von Anträgen. Ziel der Regelung ist die bundesweite Vergleichbarkeit der Kranken- und Pflegekassen. Der GKV-Spitzenverband soll die Informationen jährlich veröffentlichen.

- **Die Forderung nach Transparenz über die Leistungen und den Service der Krankenkassen ist richtig. Krankenkassen wie die BARMER haben bereits umfassende Transparenzberichte erarbeitet und veröffentlichen diese auf ihren Internetseiten. Auf Ebene des GKV-Spitzenverbands wurden zudem weitere Kriterien für die Weiterentwicklung der Transparenzberichte aller Kassen erarbeitet. Wichtig für die Berichte ist, dass die bereitgestellten Informationen nach einheitlichen Kriterien aufgebaut und somit aufschlussreich und verständlich für die Versicherten sind.**

Bundesländer fordern MVZ-Regulierung

Die Bedeutung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) für die ambulante Versorgung hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. So bieten MVZ Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zur Anstellung ohne die mit einer Selbstständigkeit verbundenen wirtschaftlichen Risiken. Wegen des teilweise sehr hohen finanziellen Aufwands für Personal, Ausstattung und Technik werden MVZ zunehmend durch Fremdkapital finanziert. Auf Initiative der Länder Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein hat der Bundesrat am 16.06.2023 eine Entschließung zum Thema investorengetragener MVZ (iMVZ) gefasst. Die antragstellenden Länder befürchten, dass eine Konzentration von MVZ in Ballungsgebieten nicht nur die medizinische Versorgung in der Fläche gefährdet, sondern auch eine breite Anbieterstruktur verhindert.

- **Investorengetragene MVZ sollen weiterhin Teil der Versorgung sein, insbesondere in solchen Bereichen, die eine hohe Anschubfinanzierung benötigen. Es braucht jedoch eine**

[Zum Download](#)
Entschließung MVZ

gezielte und sinnvolle Regulierung, die eine gute Versorgung und einen fairen Wettbewerb sicherstellen. MVZ erleichtern die facharzt- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die Optimierung von Versorgungspfaden. Sie können darüber hinaus zu regionalen Versorgungszentren weiterentwickelt werden: Damit kann die wohnortnahe Versorgung besonders auch in strukturschwachen Regionen sichergestellt werden.

Forderung nach Transparenz über Eigentümer und Marktgeschehen

Die Länder fordern weiterhin die vollständige Transparenz über die Eigentümerstruktur der jeweiligen MVZ. Dazu soll ein bundesweites, öffentlich einsehbares MVZ-Register eingeführt und sowohl der Träger als auch der Betreiber eines MVZ auf dem für Patientinnen und Patienten sichtbaren Praxisschild ausgewiesen werden. Eine weitere Forderung ist die Begrenzung des Versorgungsanteils für neue MVZ in arztgruppenspezifischen Planungsbereichen. Im hausärztlichen Bereich wollen die Länder eine Deckelung auf einen Versorgungsanteil von 25 Prozent und in den fachärztlichen Gruppen jeweils auf 50 Prozent durchsetzen. Über die gesamte KV-Region hinweg soll der Versorgungsanteil in der hausärztlichen Versorgung auf fünf Prozent, in der fachärztlichen Versorgung auf zehn Prozent begrenzt werden.

➔ Die Forderung der Bundesländer nach vollständiger Transparenz über die MVZ-Trägerstrukturen ist nachvollziehbar. Nur so können für die Versicherten die freie Arztwahl und eine unabhängige Zweitmeinung garantiert werden. Die für das Register notwendigen Informationen müssen zusammengeführt und veröffentlicht werden. Die Deckelung der Marktanteile sollte sich an den bereits etablierten Regelungen des Kartell- und Wettbewerbsrechts orientieren.

Gesundheitswesen aktuell 2023: bifg legt aktuelle Analysen vor

Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) hat seinen jährlich erscheinenden Band mit Beiträgen und Analysen zum Gesundheitswesen vorgelegt. Darin befasst es sich in einem Kapitel zunächst mit „Systemfragen und Wettbewerb“: So werden zum Beispiel in einem Beitrag zum Thema „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ Ergebnisse eines Innovationsfondsprojekts unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Jonas Schreyögg zur Schaffung einer einheitlichen, sektorengleichen Vergütung vorgestellt. Christoph Sievers stellt die Kodierung nach der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vor.

In einem weiteren Kapitel zur „Gestaltung der Versorgung“ zieht die Autorin Sandra Mangiapane eine Bilanz der Nutzung der Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung in den vergangenen fünf Jahren; Eckhard Starke und Dominik von Stillfried weisen vor dem Hintergrund der geplanten Notfallreform auf das Problem begrenzter Personalressourcen hin. In einem Sechs-Punkte-Plan schließlich beschreiben Schmitt, Pfingsten, Hertle, Bopp die notwendigen Maßnahmen zur Emanzipierung der Gesundheitsfachberufe: Der Nachwuchsmangel in allen Gesundheitsberufen kann demnach nur mit einer Neugestaltung der Zusammenarbeit und erlebter Wertschätzung gelöst werden. Hier zwei Beiträge, auf die näher eingegangen wird:

Erweiterung des AOP-Katalogs

Der Gesetzgeber hat entschieden, dass der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) überarbeitet und erweitert werden soll. Ziel ist es, vollstationäre Krankenhausbehandlungen möglichst zu vermeiden, die

Link

GWA aktuell 2023 –
Beiträge und Analysen



für Patienten belastend und für die GKV mit hohen Kosten verbunden sind. Dieses Thema greifen die Autoren Rößler, Wende et al. in ihrem Beitrag auf.

Das IGES-Institut war durch das BMG beauftragt worden, ein Gutachten zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs vorzulegen. Darin wurde eine Erweiterung des bisher 2.879 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) umfassenden AOP-Katalogs um weitere 2.476 OPS empfohlen. Die im Jahr 2023 erfolgte Umsetzung bleibt mit 208 aufgenommenen zusätzlichen OPS allerdings weit hinter den Empfehlungen des IGES-Instituts zurück.

Die Autoren haben das durch den neuen AOP-Katalog erfasste Ambulantisierungspotenzial analysiert und mit den Vorschlägen des IGES-Instituts verglichen. Aus den stationären Daten der BARMER leiten sie unter anderem ab, dass eine Umsetzung der IGES-Vorschläge ein im Vergleich zum AOP-Katalog 2023 um 28,5 Prozent höheres Ambulantisierungspotenzial erbringen würde. So kommt das bifg zu einer durchaus kritischen Beurteilung der beschlossenen Erweiterung des AOP-Katalogs und zu dem Schluss, dass damit keine relevanten Schritte in Richtung einer verstärkten Ambulantisierung zu erwarten sind.

Zentrale Rolle der elektronischen Patientenakte für die Gesundheitsversorgung

Dreiviertel der deutschen Bevölkerung sprechen sich für die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) aus, dies ergab eine Umfrage im Jahr 2023. Dennoch findet die ePA nur zögerlich ihren Weg in die Versorgung. Bérengère Codjo, Klaus Focke und Marek Rydzewski diskutieren in einem Beitrag, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit die ePA breit genutzt werden kann. Wichtig ist die Entscheidung des Gesetzgebers, dass die Akte ab 15.01.2025 automatisch für alle Versicherten angelegt wird, wenn diese nicht ausdrücklich widersprechen (Opt-out). Die ePA muss vor allem einen praktischen Nutzen haben und die Versicherten im Alltag unterstützen: Sie bietet einen ortsunabhängigen Zugang zu allen relevanten Gesundheitsdaten für alle Leistungserbringer und die Versicherten. Doch fehlen bislang noch grundlegende technische Voraussetzungen, um die Potenziale der ePA zu heben: Es sind zwar inzwischen fast alle Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäuser an die Telematikinfrastruktur angeschlossen, allerdings nur 48 Prozent der Arztpraxen und 33 Prozent der Kliniken haben das notwendige ePA-Modul installiert.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren