



AOK-MEDIENSERVICE

INFORMATIONEN DES AOK-BUNDESVERBANDES WWW.AOK-PRESSE.DE

01/20

POLITIK

 @AOK_Politik

Reform der Notfallversorgung

- **Chance auf bessere Strukturen und höhere Qualität** 2

ams-Interview mit Dr. Gerhard Schillinger, AOK-Bundesverband

- **„Künstliche Intelligenz kann Ärzte unterstützen, aber nicht ersetzen“** 4

ams-Grafik:

- **Beitragsatzspanne in der GKV** 9

ams-nachgefragt bei Dr. Antje Schwinger, Wissenschaftliches Institut der AOK

- **Worauf kommt es bei der Finanzierung der Pflege künftig an, Frau Dr. Schwinger?** 10

EU-Ticker

- **EuGH stärkt Transparenz bei Pharmastudien** 11

Zahl des Monats

- **57.243.232 Menschen ...** 13

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 14

- **Gesetzgebungskalender** 15

- **Kurzmeldungen** 23



Reform der Notfallversorgung

Chance auf bessere Strukturen und höhere Qualität

24.01.20 (ams). Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hält das gesundheitspolitische Tempo unvermindert hoch. Kaum ist die Weihnachtspause vorüber, hat sein Ministerium direkt zum Ende der ersten Arbeitswoche des Jahres 2020 einen Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Der AOK-Bundesverband findet viele lobende Worte. Der Gesetzentwurf greife die wichtigsten Problemstellungen der ambulanten Notfallversorgung auf und biete damit die Chance, die Versorgung strukturell zu verbessern, heißt es in einer ersten Bewertung. Gleichzeitig warnt der Verband vor finanziellen Risiken.

Der Referentenentwurf basiert in wesentlichen Teilen auf dem Diskussionspapier vom Sommer 2019. Ziel ist es, die bisher weitgehend getrennt organisierten Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System weiter zu entwickeln. Patienten sollen sich in diesem System künftig besser orientieren können, Wartezeiten verkürzt sowie Personal und Geld effizienter eingesetzt werden.

Um diese Ziele zu erreichen, setzt das Bundesgesundheitsministerium auf drei wesentliche Maßnahmen. Ein gemeinsames Notfallleitsystem (GNL) übernimmt künftig eine Lotsenfunktion zur besseren Steuerung der Patienten. Das GNL nimmt nach fachlichen Standards eine erste Einschätzung zum Versorgungsbedarf des Patienten vor und koordiniert auf Basis dessen Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Es ist erreichbar über die schon bekannten Telefonnummern 112 für den Rettungsdienst und 116 117 für den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Hier soll sich entscheiden, ob ein Patient ein Krankenhaus aufsuchen muss oder ob die Versorgung des Patienten durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu Hause oder mithilfe telemedizinischer Instrumente ausreicht.

Notfallzentren auf geeignete Standorte konzentrieren

In ausgesuchten Kliniken werden darüber hinaus integrierte Notfallzentren (INZ) eingerichtet. Sie stehen Patienten offen, die direkt ins Krankenhaus gekommen sind und nicht zunächst telefonisch den Rettungs- oder Notdienst verständigt haben. Auch die INZ nehmen eine erste Einschätzung vor, entscheiden über die unmittelbar erforderliche Versorgung und veranlassen gegebenenfalls die Einweisung ins Krankenhaus. Betrieben werden die Zentren, so der Plan, von den KVen und den Krankenhäusern. Die fachliche Leitung obliegt der jeweiligen KV. Die Planung der INZ-Standorte erfolgt durch KVen, Landeskrankenhausgesellschaften und Krankenkassen gemeinsam. Insbesondere letzteres begrüßt die AOK „ausdrücklich“. In Kombination mit der Einführung des GNL könne so eine wesentliche bessere Patientensteuerung gelingen. Dafür sei es unerlässlich, die ambulante Notfallversorgung auf die Standorte zu konzentrieren, die dafür auch geeignet sind.

Auch die gesetzlich vorgesehenen Vergütungsanreize können aus Sicht des AOK-Bundesverbandes diese strukturellen Änderungen befördern. Bis zum Kabinettsentwurf müsse jedoch geklärt sein, wie man finanzielle Risiken minimiere. Anpassungen bei den Vergütungs-



strukturen hätten in der Vergangenheit immer auch erhebliche Mehrkosten für die Beitragszahler nach sich gezogen. Deshalb sollten nach Ansicht der AOK die Kassen bei den Entscheidungen über die neue Vergütungssystematik eine stärkere Position erhalten.

Für die Ausgestaltung des Leistungsspektrums zeichnet künftig der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) verantwortlich. Er soll auch bundesweit festlegen dürfen, welche Krankenhäuser bei Diagnosen wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder Polytrauma, überhaupt angefahren werden dürfen – für den AOK-Bundesverband ein zentrales Instrument, die Qualität der ambulanten Notfallversorgung zu erhöhen.

Schließlich wird die „medizinische Notfallrettung“ eigenständige Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Entscheidung sei eine logische Folge aus der Etablierung des GNL, somit sachgerecht und würde ohnehin teilweise regional schon so umgesetzt.

(rbr)



ams-Interview mit Dr. Gerhard Schillinger, AOK-Bundesverband

„Künstliche Intelligenz kann Ärzte unterstützen, aber nicht ersetzen“

24.01.20 (ams). Die Digitalisierung erfasst alle Lebensbereiche – auch das Gesundheitswesen. Zu den Chancen und Risiken von Künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin, den Herausforderungen im Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten und das Thema „Apps auf Rezept“ äußert sich Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams). Den aktuellen Entwurf einer „Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung“ (DiGAV) hält er für unzureichend. „Ich finde es falsch, dass hier mit zweierlei Maß gemessen werden soll. Während es für ärztliche Behandlungsmethoden einen medizinischen Nutzenbeleg geben muss, wird dieser für dieselben Behandlungsmethoden nicht gefordert, wenn sie digital sind.“



Dr. Gerhard Schillinger leitet den Stab Medizin im AOK-Bundesverband

Herr Schillinger, die Nutzung KI krepelt unseren Alltag in vielen Bereichen gerade völlig um. Das reicht vom autonomen Fahren über digitale Assistenten wie Siri oder Alexa bis zur Waschmaschine, die automatisch die Wäsche in der Trommel analysiert.

Was können Systeme der KI in der Medizin aktuell schon leisten?

Schillinger: Besonders weit entwickelt sind Systeme auf Basis von KI heute schon im Bereich der medizinischen Bildinterpretation. Sie können Ärzte dabei unterstützen, Auffälligkeiten in Röntgenbildern oder Kernspin-Aufnahmen zu erkennen. Auch bei Endoskopien kann KI unterstützen, indem sie zum Beispiel bei einer Darmspiegelung hilft, dass keine Polypen übersehen werden. Dass die KI in diesem Bereich bereits so weit entwickelt ist, ist kein Zufall. Denn die Systeme lernen durch die unmittelbare Rückmeldung der Ärzte stetig weiter.

Und wo stoßen diese Systeme aus Ihrer Sicht an ihre Grenzen?

Schillinger: Bei der eigenständigen Diagnosestellung und Therapieentscheidung konnten Computer-Algorithmen, die auf „Big Data“ beruhen, ihre großen Versprechen bislang nicht erfüllen. So ist zum Beispiel die Kooperation von IBM mit dem texanischen MD-Anderson-Krebszentrum gescheitert. Watson, der Supercomputer von IBM, sollte durch KI bei Krebspatienten viel bessere Therapieentscheidungen treffen können als Ärzte. Die KI sollte gleichzeitig alle relevanten Studien und alle klinischen Befunde der Betroffenen überblicken. Dieses Versprechen konnte aber nicht eingelöst werden. Watson hat keinen einzigen verwertbaren Therapievorschlag gemacht, und das teure Projekt musste beendet werden. Der mögliche Schaden durch falsche Entscheidungen der KI wog hier schwerer als der Nutzen.

Woran genau liegt es denn, dass solche Projekte zur Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten bei Therapieentscheidungen bisher gescheitert sind?

Schillinger: Die Schwäche der KI bei Therapieentscheidungen liegt unter anderem darin begründet, dass Systeme der KI als Basis große Datenmengen von guter Qualität brauchen,



um gute Ergebnisse zu liefern. In der Medizin liegen aber in vielen Bereichen zu wenige Daten vor, insbesondere über das Ergebnis der Behandlung und den Gesundheitszustand des Patienten im weiteren Verlauf. Gerade in der Onkologie gibt es außerdem stetig neue Erkenntnisse, die zu einer Änderung der Therapiekonzepte führen. Somit sind die Trainingsdatensätze, mit denen die KI gefüttert wird, schon nach kurzer Zeit veraltet.

Außerdem können Computer bislang auch nicht zwischen guten und schlechten publizierten Studien differenzieren. Wenn es darum geht, Schwächen in der Planung von Studien oder bei der Berücksichtigung bestimmter Einflussfaktoren auf die Ergebnisse zu bewerten, ist immer noch der Mensch gefordert und dem Computer deutlich überlegen.

Wo sehen Sie denn die größten Chancen von KI für die Medizin?

Schillinger: KI bietet aus meiner Sicht die größten Chancen, wenn man sie in das bestehende System integriert und es den Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, die neuen Möglichkeiten sinnvoll für ihre Arbeit zu nutzen. Wie schon gesagt, können Computer in der Interpretation von medizinischen Bildern großen Nutzen stiften. Das Team aus Arzt und Computer kann dann bessere Ergebnisse erzielen. Falsch wären aus meiner Sicht aber disruptive Änderungen, bei denen man Ärzte einfach durch Computer ersetzen möchte. So wurden zum Beispiel in China Automaten entwickelt, die dem Patienten per Chatbot befragen und dann selbstständig eine Diagnose stellen. Anschließend werfen sie gleich die passenden Medikamente aus oder bestellen sie automatisch bei der nächsten Apotheke. Solche radikalen Ansätze halte ich zumindest im Moment noch für falsch: KI kann Ärzte unterstützen, aber nicht ersetzen.

Wie wirken sich die neuen Entwicklungen denn auf die Rolle der Mediziner aus? Lassen sich da schon Trends absehen?

Schillinger: Der Einsatz von KI und generell von computerunterstützten Verfahren kann sich sehr positiv auf die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten auswirken. Sie können zum Beispiel von immer wiederkehrenden Routineaufgaben entlastet werden. So können sie mehr Zeit gewinnen, um sich den wirklichen Problemen der Patienten zu widmen oder die Patienten können zwischen den Behandlungsterminen aktiv unterstützt werden. Die AOK arbeitet beispielsweise in einem Projekt der Psychotherapeutenkammer und der Freien Universität Berlin mit, das ein Online-Tool entwickelt, das Psychotherapeuten unterstützen soll. In diesem Projekt wird im ersten Schritt gemeinsam mit einer Gruppe von Psychotherapeuten erhoben, welche Unterstützung sie brauchen. Auf dieser Basis wird das Tool entwickelt und anschließend evaluiert. Nur so kann man erreichen, dass das Online-Tool den Ärzten und Psychotherapeuten und dadurch den Patienten wirklich einen zusätzlichen Nutzen bringt und dann auch tatsächlich in der Praxis eingesetzt wird.

Welche Gefahren liegen aus Ihrer Sicht in den neuen Entwicklungen – zum Beispiel für den Datenschutz?

Schillinger: Google verarbeitet heute 92 Prozent aller Suchanfragen. Dadurch hat die Firma ein Datenmonopol erreicht. Das führt dazu, dass bei der Qualität der Suchergebnisse kein anderer Anbieter mit Google konkurrieren kann. Jetzt will Google auch in den Gesundheitsmarkt einsteigen. Gerade erst hat sich die Firma durch eine Kooperation mit dem Gesundheitsdienstleister Ascension in den USA Zugriff auf Millionen Patientendaten verschafft – wohlgerne ohne Zustimmung der Patienten.



Die großen Digitalkonzerne haben also schon riesige Datenmengen, auch zur Gesundheit der Menschen. Sie wissen, wer wann beim Arzt oder im Krankenhaus war. Auf Basis dieser Daten, die keinem anderen Akteur zur Verfügung stehen, können diese Konzerne Algorithmen entwickeln. Wenn ein solcher Internetkonzern auch noch Zugang zu den Daten aus den nationalen Gesundheitssystemen bekäme, könnte er sich durch die Verknüpfung mit den eigenen Daten ein riesiges Datenmonopol sichern. Schon jetzt betreibt Amazon in den USA beispielsweise virtuelle Arztpraxen, die elektronische Rezepte ausstellen – und Amazon liefert dann auch gleich die Medikamente. Wenn wir solche Wertschöpfungsketten zulassen, geht es nicht mehr um die Gesundheit, sondern hauptsächlich ums Geschäft – und das muss nicht immer zum Vorteil der Patienten sein.

Firmen, die Zugang zu Gesundheitsdaten bekommen wollen, sollten daher auch ihre Daten der Allgemeinheit zur Verfügung stellen müssen. Dann können auch andere aufgrund dieser Daten ihre KI entwickeln. Nur so entstehen fairer Wettbewerb und echter Fortschritt.

Wünschen Sie sich hier ein stärkeres Problembewusstsein in der Politik?

Schillinger: Ja. Die Diskussion um das Digitale-Versorgung-Gesetz hat gezeigt, dass wir hier noch viel zu unkritisch unterwegs sind. In der ursprünglichen Fassung des Gesetzes war ja vorgesehen, dass die Daten der Versicherten mit Personenbezug an ein Forschungsdatenzentrum übertragen werden. Jetzt sollen die Daten immerhin pseudonymisiert werden. Wenn die Daten aber Konzernen in die Hände fallen, die selbst über umfangreiche Datensammlungen verfügen, ist die Identifizierung der Person problemlos möglich.

Die AOK arbeitet doch auch mit den Daten ihrer Versicherten – wo liegt da der Unterschied?

Schillinger: Die Verarbeitung der unverschlüsselten Sozialdaten bei den Krankenkassen ist gesetzlich klar geregelt und auf die Zwecke beschränkt, die im Sozialgesetzbuch benannt sind. Wenn Sozialdaten für Forschung und Planung genutzt werden sollen, muss dies von den Aufsichtsinstanzen genehmigt werden. Aber auch anonymisierte Datenauszüge aus den Sozialdaten sind besonders schutzwürdig. Anonymisierte Abrechnungsdaten, die für wissenschaftliche Projekte genutzt werden, schützt die AOK durch eine Vielzahl technischer und organisatorischer Sicherheitsmaßnahmen. So ist immer sichergestellt, dass die Patientendaten nicht gefährdet sind. Ganz anders sieht es bei einer unreglementierten Öffnung der Daten für Dritte aus. Verknüpfen diese die Daten mit eigenen Datenquellen, dann können schnell Datenpools entstehen, in denen eine De-Anonymisierung von Patienten faktisch nicht mehr zu vermeiden ist. Mit der Sicherheit der Gesundheitsdaten ist es dann vorbei.

Liegen in der Auswertung und Verknüpfung großer Datenmengen durch Internetkonzerne oder Pharmafirmen nicht auch Chancen für die Weiterentwicklung der Medizin?

Schillinger: Das ist sicher so – aber es ist auch problematisch, wenn keine wissenschaftlichen Interessen, sondern Geschäftsinteressen dahinterstehen. Roche Pharma hat beispielsweise die Firma „FoundationONE“ gekauft, die Molekulardiagnostik bei Tumoren durchführt. Sie sucht nach Abweichungen im genetischen Code, sogenannten Mutationen. Einige dieser Mutationen sind für das Wachstum von Tumoren verantwortlich andere ohne jede Relevanz. Für eine Firma wie Roche ist die Kenntnis, welche Mutationen das Tumorstadium antreiben und welche nicht, von großem wirtschaftlichem Wert. Aber den Patienten



würde es am Ende mehr nutzen, wenn die Daten allen interessierten Wissenschaftlern für die Forschung zur Verfügung stehen würden. Das ist nur ein Beispiel dafür, dass wirtschaftliche Interessen in Konflikt stehen können mit den Interessen der Wissenschaft und dem Patientenwohl.

Ich finde die Idee sehr gut, dass jeder, der medizinische Daten nutzen will, verpflichtet wird, seine Forschungsergebnisse und Daten auch wieder an die Forschungs-Community zurückzugeben. Dann können alle Akteure ihre KI-Systeme auf Basis des gleichen, ständig wachsenden Datensatzes trainieren – und es entstehen keine Datenmonopole.

Wie bewerten Sie die medizinischen Anwendungen auf Rezept, die im Digitale Versorgung-Gesetz vorgesehen sind?

Schillinger: Auch hier sehe ich durchaus einige Gefahren. So bekommen die Hersteller sehr viele personenbezogene Gesundheitsdaten, zum Beispiel der Hersteller einer App zur Begleitung von Menschen mit Depressionen ja ganz viele Daten zur Frage, wann wer wie depressiv ist. Solche Daten sind ein Wirtschaftsgut. Man kann ganz viel damit anfangen – zum Beispiel Lebensversicherern oder privaten Krankenversicherern bezahlten Zugang zu solchen Daten ermöglichen. Die Hersteller solcher Anwendungen unterliegen ja im Unterschied zum Beispiel zu den gesetzlichen Krankenkassen nicht den strengen Datenschutz-Vorgaben des Sozialgesetzbuches. Aus Sicht der AOK muss sichergestellt werden, dass keine Daten an Dritte gelangen. Ungeklärt ist zum Beispiel auch noch die Frage, wie mit bereits erhobenen Daten umgegangen wird, wenn Hersteller von digitalen Anwendungen verkauft werden.

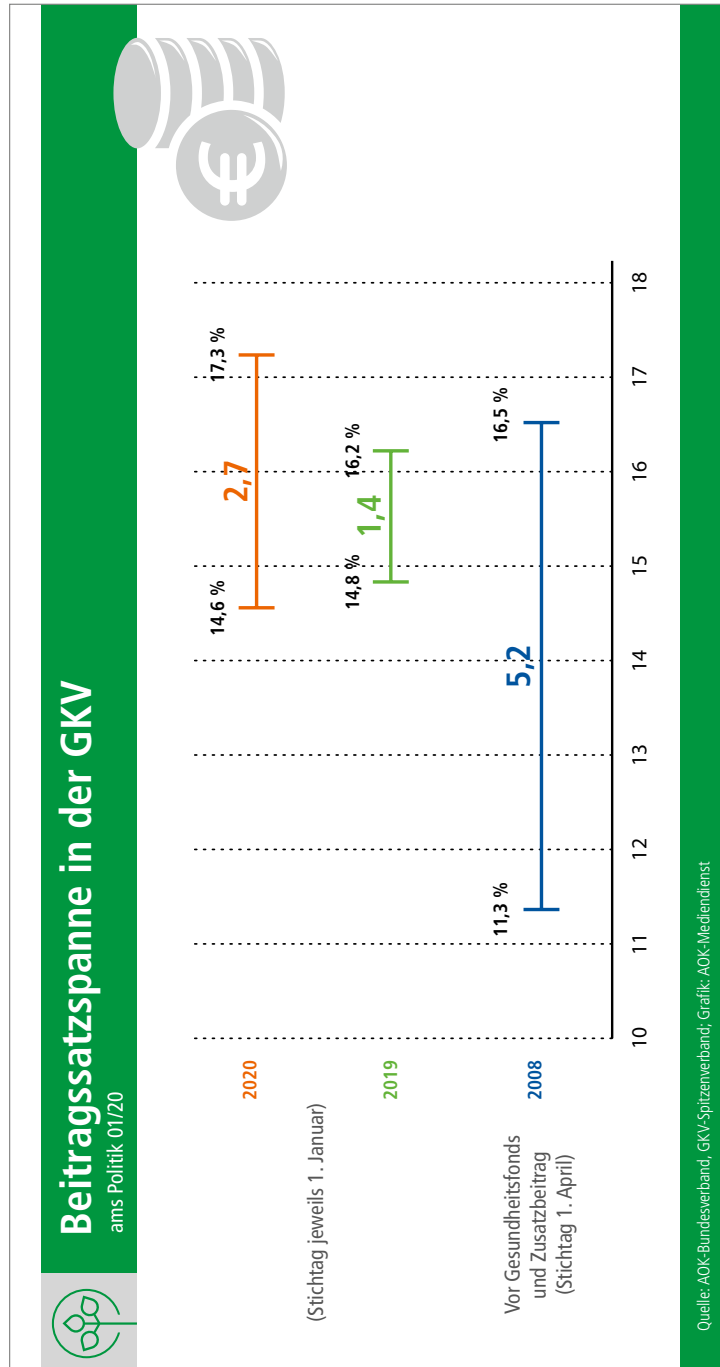
Aber es sollen doch nur Anwendungen in die Versorgung kommen, die einen Nutzen für den Patienten haben. Ist das nicht ein Fortschritt?

Schillinger: Erst nach einem Jahr muss der Hersteller den positiven Versorgungseffekt seiner digitalen Anwendung nachweisen. Er kann sogar noch eine Verlängerung auf zwei Jahre bekommen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte muss den positiven Effekt auf die Versorgung feststellen. Seit der Referentenentwurf der entsprechenden Verordnung veröffentlicht worden ist, wissen wir jetzt auch, wie diese positiven Versorgungseffekte definiert werden sollen. Was dort steht, bestätigt meine Befürchtungen: Entweder eine App muss einen nachgewiesenen medizinischen Nutzen haben – mit klaren medizinischen Kriterien wie der Verbesserung des Gesundheitszustandes oder der Verlängerung des Überlebens. Oder aber sie führt zu sogenannten „Verfahrens- und Strukturverbesserungen“. Zu diesen „Verfahrens- und Strukturverbesserungen“ gehören zum Beispiel die leichtere Erreichbarkeit des Zugangs zur Versorgung oder die Reduzierung der therapiebedingten Aufwände. Das sind Kriterien, die im Grunde jede digitale Anwendung per se erfüllt. Diese weichen Kriterien sollen für eine Zulassung ausreichen – selbst wenn eine Anwendung vergleichbaren nicht-digitalen Therapien beim medizinischen Nutzen unterlegen ist, diese aber ersetzen soll. Ich finde es falsch, dass hier mit zweierlei Maß gemessen werden soll. Während es für ärztliche Behandlungsmethoden einen medizinischen Nutzenbeleg geben muss, wird dieser für dieselben Behandlungsmethoden nicht gefordert, wenn sie digital sind. Das gilt auch für Schulungen von Patienten und viele andere Bereiche: In der nicht-digitalen Welt müssen sie ihren Nutzen nachweisen, aber als digitale Versorgungsangebote müssten sie nur leichter erreichbar sein, um eine Zulassung zu bekommen.



Können die digitalen Anwendungen aus Ihrer Sicht auch zu Einsparungen im Gesundheitswesen führen?

Schillinger: Wenn ein positiver Effekt auf die Versorgung festgestellt wird, verhandelt der GKV-Spitzenverband mit dem Hersteller über den Preis. Das heißt im Umkehrschluss: Die gesetzlichen Krankenkassen müssen im ersten Jahr alle digitalen Gesundheits-Anwendungen bezahlen, die von den Ärzten verordnet werden – und das zum vom Hersteller festgelegten Preis. Ein Onlinecoach zur Unterstützung von Patienten mit Depression kostet für 90 Tage 297,50 Euro, ein Psychiater bekommt im Durchschnitt für die Behandlung einer Depression für ein ganzes Jahr nur 207 Euro. Wir rechnen alleine für die schon vorhandenen digitalen Gesundheits-Anwendungen von drei Herstellern mit zusätzlichen Kosten in Höhe von 2,8 Milliarden Euro.



25 der derzeit 105 Krankenkassen haben zum 1. Januar 2020 ihre Zusatzbeiträge erhöht, lediglich zwei haben ihn gesenkt: Die AOK Sachsen-Anhalt und die Debeka BKK. Die AOK Sachsen-Anhalt ist auch die einzige offene Kasse, die überhaupt keinen Zusatzbeitrag nimmt. Den höchsten Zusatzbeitrag verlangt jetzt mit 2,7 Prozent die BKK Stadt Augsburg. Damit hat sich die Beitragsspanne in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Vergleich zu 2019 zwar fast verdoppelt, liegt aber noch weit unter dem Wert vom 1. April 2008, also im Jahr unmittelbar vor dem Start von Gesundheitsfonds und gesetzlichem Beitrag.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-bv.de > Presse > AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen



ams-nachgefragt bei Dr. Antje Schwinger, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)

Worauf kommt es bei der Finanzierung der Pflege künftig an, Frau Dr. Schwinger?

24.01.20 (ams). „Um eine angemessene Versorgung langfristig sicherzustellen, reicht es nicht aus zu klären, woher das Geld kommen soll. Vielmehr brauchen wir eine Antwort auf die Frage, wie wir das vorhandene Geld gezielt ausgegeben. Ein drängendes Problem ist zum Beispiel, dass die heutige Trennung zwischen stationärer und häuslicher Pflege oder anderen altersgerechten Wohnformen wie betreutes Wohnen oder Pflege-WGs seit Längerem überholt ist. Die Rahmenbedingungen im ambulanten und im stationären Bereich führen sowohl für Leistungsbringer in der Pflege als auch für Pflegebedürftige zu erheblichen Ungleichbehandlungen. Das gilt insbesondere für die Höhe der Kosten für die Qualitätsanforderungen und übernommenen pflegebedingten Kosten.

Ein weiteres Problem sind fehlende Angebote in der Fläche. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass die Angebotsstrukturen regional sehr unterschiedlich sind und zum Teil den Bedarf nicht decken. Fragen, nach einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur werden in der aktuellen Debatte aber lediglich gestreift. Ein Appell an die Länder, mehr zu investieren, reicht sicherlich nicht aus.

Die Schnittstellen zur kommunalen Altenhilfe und der sozialen Quartiersentwicklung müssen wir ebenso ins Blickfeld nehmen. Außerdem kommt viel zu kurz, dass die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der ambulanten und der stationären Pflege bereits heute dringend reformbedürftig sind. Folglich besteht Reformbedarf nicht allein hinsichtlich der Eigenanteile und der Finanzierungsgrundlage. Wir müssen auch die Steuerung des Systems stärker in den Blick nehmen.“



Dr. Antje Schwinger
leitet den Forschungsbereich
Pflege im WiDO

EINE BESTANDSAUFNAHME VERSCHIEDENER REFORMMODELLE
ZUR FINANZIERUNG PFLEGE
IM AOK-FORUM „GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT“ (G+G) 12/19:

[www. gg-digital.de](http://www.gg-digital.de)





EU-Ticker

EuGH stärkt Transparenz bei Pharmastudien

24.01.20 (ams). Die EU-Arzneimittelagentur EMA darf Studien offenlegen, die Pharmaunternehmen im Zulassungsverfahren eingereicht haben. Das hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) am 22. Januar abschließend entschieden. Gegen die seit Anfang 2015 praktizierte Offenlegung hatten mehrere Pharmaunternehmen geklagt und in erster Instanz 2018 vor dem EU-Gericht verloren. Zwei Unternehmen hatten dagegen beim EuGH als Berufungsinstanz Rechtsmittel eingelegt. „Jetzt ist höchstrichterlich entschieden, dass die von der EMA praktizierte Transparenz keinen Verstoß gegen Geschäftsinteressen der Unternehmen darstellt“, erläutert der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. „Besonders erfreulich ist, dass der EuGH nicht dem Votum seines Generalanwaltes Gerard Hogan gefolgt ist. Das geschieht äußerst selten.“ Hogan hatte im Herbst 2019 in einem Gutachten festgestellt, dass die Transparenz grundsätzlich den kommerziellen Interessen der Unternehmen schade. Dagegen hatte der AOK-Bundesverband zusammen mit 42 Organisationen, Forschungseinrichtungen und Wissenschaftlern in einem „Offenen Brief“ protestiert. „Der Zugang zu den Clinical Study Reports für Medikamente ist ein Eckpfeiler für freie Forschung, öffentliche Kontrolle und Vertrauen in die europäische Regulierungsbehörde“, heißt es in dem Brief. Kurz vor der EuGH-Entscheidung hatte sich die EU-Generaldirektion Gesundheit hinter die Forderungen des Bündnisses gestellt und ebenfalls für den Erhalt der Transparenzvorschriften eingesetzt. „Jetzt ist klar: Patientensicherheit hat Vorrang vor Industrieinteressen“, betont AOK-Europaexperte van Lente. Der EuGH habe dabei Augenmaß bewiesen: „Wenn ein Hersteller der Ansicht ist, dass eine Veröffentlichung Geschäftsgeheimnisse verletzt, muss er das der EMA im Detail mitteilen und die Tragweite eine Offenlegung erläutern. Die EMA prüft den Fall und macht entsprechende Angaben im begründeten Fall unkenntlich. Das hat die Agentur auch bisher schon so gehandhabt.“

INFORMATIONEN DER EU-KOMMISSION:

www.ec.europa.eu/germany/news
> Meldung vom 22.01.20



Deutschland jetzt Mitglied der EU-Genom-Initiative

24.01.20 (ams). Deutschland ist als 21. Mitgliedstaat der EU-Genom-Initiative beigetreten. Diese Initiative ermöglicht den Gesundheitsbehörden den Austausch von Genomdaten und die Zusammenarbeit bei der Krankheitsvorbeugung, der Entwicklung personalisierter Behandlungen sowie bei der Erstellung großer Datensätze für die medizinische Forschung. Ziel der Zusammenarbeit ist es laut EU-Kommission, unter Einhaltung des Datenschutzes „Mechanismen zu schaffen, mit denen Genomdatenbanken mit sequenzierten Genomen in ganz Europa zu Analysezwecken abgerufen und miteinander verknüpft werden können“. Die Initiative ist Teil der EU-Agenda für die digitale Transformation des Gesundheits- und Pflegewesens. Die Genomik habe das Potenzial, das Gesundheitswesen in vielerlei Hinsicht zu revolutionieren, so die EU-Kommission. Sie könne zur Entwicklung personalisierter Medikamente,



Therapien und Interventionen führen, bessere Diagnosen ermöglichen, die Prävention fördern und dazu beitragen, knappe Ressourcen effizienter zu nutzen.

INFORMATIONEN DER EU-KOMMISSION:

www.ec.europa.eu/germany/news
> Meldung vom 16.01.20



Diskussion über Haltbarkeitsangaben bei Lebensmitteln

24.01.20 (ams). Weltweit landen jedes Jahr rund 1,3 Milliarden Tonnen Lebensmittel im Müll. Innerhalb der EU werden nach Angaben der EU-Kommission jährlich bis zu 20 Prozent der Lebensmittel weggeworfen. Die Mitgliedstaaten haben deshalb eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die mit Unterstützung der EU-Agentur für Lebensmittelsicherheit (EFSA) Leitlinien für die Haltbarkeitsangaben erarbeiten soll. Darüber hat die Bundesregierung jetzt in ihrer Antwort auf eine Bundestagsanfrage der AfD zur Lebensmittelverschwendung in Deutschland berichtet. Konkret geht es um die Unterscheidung von Verbrauchs- und Mindesthaltbarkeitsdatum bei der Lebensmittelkennzeichnung. Die Bundesregierung selbst hat im Februar 2019 eine „Nationale Strategie zur Reduzierung der Lebensmittelverschwendung“ beschlossen.

ANTWORT DER BUNDESREGIERUNG AUF DIE BUNDESTAGSANFRAGE:

dipbt.bundestag.de
> Dokumente > Drucksache 19/14256



Insektengift Thiacloprid in der EU nicht mehr zugelassen

24.01.20 (ams). Das Insektengift (Neonicotinoid) Thiacloprid ist in der EU nicht mehr zugelassen. Das hat die EU-Kommission am 13. Januar beschlossen. Grund ist eine aktuelle Bewertung durch die EU-Agentur Lebensmittelsicherheit (EFSA). „Die wissenschaftliche Stellungnahme der EFSA ist eindeutig: Es gibt Umweltprobleme im Zusammenhang mit der Verwendung dieses Pestizids, insbesondere seine Auswirkungen auf das Grundwasser, aber auch in Bezug auf die menschliche Gesundheit, was die Reproduktionstoxizität betrifft“, sagte EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides. Thiacloprid ist das vierte von fünf Neonicotinoiden, für die die EU seit Verwendungsbeschränkungen oder Verbote erlassen hat. Im Frühjahr 2018 wurden die nachgewiesenen bienenschädlichen Wirkstoffe Clothianidin, Thiamethoxam und Imidacloprid zur Verwendung im Freien verboten.

INFORMATIONEN DER EU-KOMMISSION:

www.ec.europa.eu/germany/news
> Meldung vom 13.01.20





Zahl des Monats

57.243.232 Menschen ...

... waren laut Statistik des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) im Dezember 2019 Mitglied einer Krankenkasse, 20.869.770 davon in einer der elf AOKs. Insgesamt zählte die gesetzliche Krankenversicherung zu diesem Zeitpunkt 34.328.165 Pflichtmitglieder. Mit 13.162.460 haben sich die meisten davon für eine AOK entschieden.

6.026.648 waren freiwillig Mitglied einer Krankenkasse. Hier liegen die Ersatzkassen vorne mit 3.028.546. Die AOKs kamen hier auf 1.415.424. Mit 49,2 Prozent entfiel das Gros der freiwilligen GKV-Mitglieder auf Arbeitnehmer, die sich aufgrund ihres Einkommens auch hätten privat versichern können. 2019 lag die Versicherungspflichtgrenze bei 60.750 Euro pro Jahr. 2020 steigt sie auf 62.550 Euro. Danach folgten Selbstständige mit 23,7 Prozent. Der Anteil der Rentner unter den freiwilligen Mitgliedern betrug 7,1 Prozent.

Die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen lag bei 16.095.994. Knapp 80 Prozent davon waren Kinder. Auch hier belegte die AOK den Spitzenplatz. 37,7 Prozent und damit mehr als jedes dritte Kind war bei einer AOK versichert.

Insgesamt waren 73.339.226 Menschen im Dezember 2019 gesetzlich versichert, 26.975.694 davon bei einer AOK. Das Ersatzkassenlager kommt auf 28.132.363, Die Betriebskrankenkassen auf 10.965.669 und die Innungskrankenkassen auf 5.115.016.

WEITERE STATISTIKEN UND INFOS :

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Themen > Krankenversicherung > Zahlen und Fakten





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Ambulante Vakuumversiegelungstherapie wird Kassenleistung

Auch niedergelassene Ärzte dürfen künftig die Vakuumversiegelungstherapie (VVS) zur Behandlung von Wunden zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechnen, wenn eine Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung verspricht. Bei der VVS – auch Unterdruck-Therapie genannt – wird die Wunde luftdicht abgedeckt und über einen dünnen Schlauch mit einer Vakuumpumpe verbunden. Durch den dabei entstehenden Unterdruck verbessert sich die Durchblutung in der Wunde. Nur bestimmte Facharztgruppen dürfen die Therapie anwenden. Zudem ist sie in ein medizinisches Behandlungskonzept einzubetten, das neben Verbandswechseln eine regelmäßige ärztliche Kontrolle vorsieht.

Erleichterung für pflegende Angehörige

Der GBA hat seine Rehabilitations-Richtlinie an die Regelungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes angepasst. Für pflegende Angehörige entfällt damit das bisher geltende Prinzip einer gestuften Versorgung „ambulant vor stationär“. Der Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation besteht nun auch, wenn ambulante Leistungen aus medizinischer Sicht ausreichend wären. Zudem sieht die Änderung vor, dass Pflegebedürftige für die Dauer der Rehabilitation in einer Klinik versorgt werden können.

Erweiterung der ASV

Die Behandlung von Sarkoidose sowie Tumoren der Lunge und des Thorax gehören künftig in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). „Mit der neuen ASV-Regelung soll eine frühzeitige, gesicherte Diagnosestellung gefördert werden, aber insbesondere auch eine multiprofessionelle Überwachung und Therapie der Erkrankung“, sagte Prof. Dr. Elisabeth Pott, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzende des Unterausschusses ASV. Die ASV ist ein Angebot für Patienten mit bestimmten seltenen oder komplexen, schwer therapierbaren Erkrankungen.

WEITERE BESCHLÜSSE DES GBA:

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Mit einem Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung und einem für eine Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung hat sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn aus der Weihnachtspause zurückgemeldet. Sechs weitere Gesetze stehen noch auf der gesundheitspolitischen Agenda. Die Beratungen zum Masernschutzgesetz wurden kurz vor Weihnachten 2019 abgeschlossen. Diese und ältere Stichworte (Stand: 23. Januar 2020) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV)

Das Digitale-Versorgung-Gesetz begründet einen Anspruch gesetzlich Versicherter auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen. In der „Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen der Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ – so der vollständige Titel der DiGAV – legt das Bundesgesundheitsministerium fest, woran künftig der Nutzen der „Apps auf Rezept“ gemessen werden soll. Dem Referentenentwurf zufolge prüft das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) digitale Gesundheitsanwendungen in einem neuen Verfahren auf Funktionstauglichkeit, Sicherheit, Qualität, Datenschutz und -sicherheit und einen positiven Versorgungseffekt.

Für die Versicherten gibt es jenseits der Angaben durch die Hersteller kaum Möglichkeiten, Informationen zu den Leistungen einer Anwendung, deren Qualität oder die Erfüllung der Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit zu erhalten. Verfügbare Bewertungen beruhen zudem häufig auf subjektiven Eindrücken anderer Nutzer. Das Gesetz soll darüber hinaus auch bei Leistungserbringern für mehr Transparenz über die Vielzahl digitaler Unterstützungsangebote sorgen. So sollen Gesundheits-Apps leichter in den Behandlungsalltag Eingang finden.

Als Voraussetzungen für die Erstattung digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nennt der Referentenentwurf einen medizinischen Nutzen oder patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserungen in der Versorgung und somit positive Versorgungseffekte nachweisen können.

Dem BfArM obliegt die Ausarbeitung konkreter Methoden und Verfahren zur Bewertung dieser beiden Aspekte. Ein vom BfArM zu erstellenden Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen sollen sicherstellen, dass Versicherte wie Leistungserbringer gleichermaßen bei der Auswahl geeigneter Gesundheitsanwendungen unterstützt werden. Die Auswahl der Inhalte und eine nutzerfreundliche Umsetzung des elektronischen Verzeichnisses sollen die nötige Transparenz schaffen.



Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)

Der Bundesrat hat das Gesetz kurz vor Weihnachten 2019 abschließend beraten. Der Bundestag hat am 14. November 2019 das Masernschutzgesetz verabschiedet. Das Gesetz tritt zum 1. März 2020 in Kraft.

Kernanliegen des Gesetzes ist es, eine Durchimpfungsrate gegen Masern von mindestens 95 Prozent zu erreichen. Dazu soll eine Impfpflicht für bestimmte Personengruppen eingeführt werden. Zum Schutz der individuellen und der öffentlichen Gesundheit sieht das Gesetz vor, „dass Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen (insbesondere Schulen und Kindertagesstätten) betreut werden oder in bestimmten Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind oder in solchen Einrichtungen oder in medizinischen Einrichtungen tätig sind, entweder einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder aber eine Immunität gegen Masern aufweisen müssen“. Auch bei der Betreuung durch eine Tagesmutter muss ein Nachweis über die Masernimpfung erfolgen. Entsprechende Nachweise über Masernimpfschutz oder -immunität müssen in der Regel gegenüber der Leitung der jeweiligen Einrichtung erbracht werden.

Die Missachtung der Masernimpfpflicht für Kita- und Schulkinder kann mit Geldstrafen und Ausschluss vom Kita-Besuch geahndet werden. Eltern, die ihre in Gemeinschaftseinrichtungen betreuten Kinder nicht impfen lassen, begehen damit laut Gesetz eine Ordnungswidrigkeit und müssen mit Bußgeldern in Höhe von bis zu 2.500 Euro rechnen.

Zudem enthält das Gesetz weitere Maßnahmen für mehr Infektionsschutz und zur Impfprävention: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll die Bevölkerung zielgruppenspezifisch informieren. Für das Impfen soll es keine ärztlichen Fachgebietsgrenzen mehr geben. Grundsätzlich soll künftig jeder Arztbesuch zur Impfung genutzt werden können, den Impfstatus zu überprüfen und fehlende Schutzimpfungen nachzuholen.

Den Krankenkassen soll es ermöglicht werden, ihre Versicherten in geeigneter Form individuell über fällige Schutzimpfungen zu informieren. Das Gesetz regelt auch die Einführung eines digitalen Impfausweises. Durch entsprechende Funktionalitäten kann dadurch automatisiert an Termine für Folge- und Auffrischimpfungen erinnert werden.

DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/15164



Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (GKV-FKG)

Am 12. Dezember 2019 hat der Bundestag das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV“ (GKV-FKG) in erster Lesung beraten. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages war am 18. Dezember. Die zweite und dritte Lesung ist für Mitte Februar 2020 geplant. Der Bundesrat will abschließend im März beraten. Das Gesetz soll im Frühjahr 2020 in Kraft treten. Die Länderkammer hatte bei ihrer ersten Beratung am 29. November zahlreiche Änderungen gefordert. Das Gesetz ist allerdings nicht zustimmungspflichtig. Mit dem Kabinettsentwurf vom 9. Oktober hat der von Bundesgesundheitsminister Jens



Spahn bereits am 25. März vorgelegte Entwurf für das „Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“ einen neuen Namen bekommen. Die Änderung wurde notwendig, weil Spahn nach einhelligem Widerstand durch die Bundesländer sein Vorhaben aufgeben musste, alle Krankenkassen generell bundesweit zu öffnen und die Kassenaufsicht beim Bundesversicherungsamt (BVA) in Bonn zu zentralisieren.

Mit dem GKV-FKG verfolgt die Bundesregierung im Wesentlichen zwei Ziele: die Weiterentwicklung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA) und eine Reform der Organisationsstrukturen.

Die bisherige Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten soll aufgehoben werden. Stattdessen ist ein sogenanntes Vollmodell vorgesehen, das das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt. Der Morbi-RSA wird zudem um eine regionale Komponente erweitert. Das Bundesgesundheitsministerium erhofft sich dadurch den Abbau von Wettbewerbsverzerrungen. Zudem soll Marktkonzentrationsprozessen vorgebeugt werden, die sich nach einem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BVA in einigen Bundesländern abzeichneten. Angebotsorientierte Faktoren wie Arztdichte und Krankenhausbettenzahl sollen allerdings nicht in den Ausgleich einbezogen werden.

Ein Risikopool soll künftig finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen aufgrund von Hochkostenfällen mindern. Der Gesetzgeber hat hier insbesondere sehr teure Arzneimitteltherapien im Blick, die zur Genesung oder langjährigen Verzögerung einer Krankheit führen und somit keine relevanten Folgekosten für Zuweisungen aus dem RSA verursachen. Krankenkassen erhalten aus dem Risikopool für jeden Versicherten 80 Prozent der Leistungsausgaben, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen. Begleitend werden die für den Pool verwendeten Leistungsdaten geprüft.

Neu geregelt werden soll an einigen Stellen die Praxis der Morbi-RSA-Zuweisungen. Bisher erhalten Krankenkassen für junge Versicherte mit hoher Morbidität tendenziell zu niedrige und ältere, multimorbide Versicherte tendenziell zu hohe Zuweisungen. Bei unterschiedlichen Versichertenstrukturen führt dies zu Wettbewerbsverzerrungen.

Das Kriterium Erwerbsminderung wird nicht mehr als Risikomerkmale in den RSA einbezogen. Rabatte, die Pharmaunternehmen Krankenkassen einräumen, werden künftig für jeden Versicherten individuell und nicht mehr pauschal je Krankenkasse angerechnet.

Differenzierte Diagnosen im Rahmen innovativer Haus- und Facharztverträge sollen verboten werden. Das Gesundheitsministerium will so mögliche Manipulationen bei der Kodierung von Diagnosen unterbinden. Sogenannte hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsrate überschreiten, sollen pauschal von der Berechnung der Risikozuschläge im Jahresausgleich ausgenommen werden. Geplant ist zudem die Einführung einer HMG speziell für den Hausarztbereich. Hintergrund: Identische Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen Zuschlägen, obwohl die hausärztliche Versorgung bei vielen Krankheiten in der Regel zu niedrigeren Ausgaben führt. Diese Unterschiede sollen künftig berücksichtigt und Zuschläge in Abhängigkeit davon gezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde.

Präventionsbemühungen der Krankenkassen sollen im Morbi-RSA stärker berücksichtigt werden. Krankenkassen erhalten künftig für jeden Versicherten eine Vorsorgepauschale, sobald eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen wurde.

Der Weiterentwicklungsbedarf des Morbi-RSA wird künftig regelmäßig überprüft. Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA wird gesetzlich beauftragt, alle vier Jahre die Wirkungs-



weise des Finanzausgleichs zwischen den Kassen auszuwerten und zu bewerten. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit der Prüfung von Einzelfragen durch BMG und BVA beauftragt werden.

Transparenz, Abstimmung und Kooperation zwischen den Krankenkassen-Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene sollen besser werden. Aus Sicht des Ministeriums hat unterschiedliches Handeln in der Vergangenheit zu Wettbewerbsverzerrungen im GKV-Markt geführt.

Verhaltensregeln für den Wettbewerb und insbesondere für Werbemaßnahmen der Krankenkassen werden genauer gefasst und die Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander neu geordnet. Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) wird als Mindeststandard für verbindlich erklärt. Maßnahmen der Risikoselektion werden untersagt. Bei Werbung muss die Sachinformation im Vordergrund stehen. Krankenkassen, die sich durch einen Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, können unabhängig vom Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde selbst aktiv werden. Dies gilt auch beim Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder beim Verdacht auf RSA-Manipulationen. Für entsprechende UWG-Klagen steht künftig der Rechtsweg über Zivilgerichte offen. Die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes werden neu geordnet. Dem Verwaltungsrat wird ein neuer Lenkungs- und Koordinierungsausschuss mit zehn hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen zur Seite gestellt. Der Ausschuss soll eine engere Anbindung des Spitzenverbandes an das operative Geschäft der Krankenkassen gewährleisten. Der Verwaltungsrat selbst wird von derzeit 52 auf 40 Mitglieder verkleinert. Der Frauenanteil soll künftig bei mindestens 40 Prozent liegen.

Die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen innerhalb einer Kassenart wird abgeschafft. Stattdessen steht der GKV-Spitzenverband künftig für zahlungsunfähige Kassen ein. Die Insolvenzkosten müssten dann alle Kassen auf Basis eines Verteilungsschlüssels tragen. Fachfremd sieht das GKV-FKG eine Zahlung der GKV von 250 Millionen Euro an die Krankenhäuser vor. Mit dieser zusätzlichen einmaligen Zuweisung sollen bisher nicht refinanzierte Gehaltstarifsteigerungen im Pflegebereich aus den Jahren 2018 und 2019 ausgeglichen werden. Dazu erhalten die Kliniken für jede voll- oder teilstationäre Behandlung einen Zuschlag von 0,3 Prozent auf den Rechnungsbetrag. Die Mehrausgaben der Kassen werden über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kompensiert.

Bereits vor der 1. Lesung im Bundestag haben die Regierungsfractionen zahlreiche Änderungsanträge eingebracht, mit denen vor allem „fachfremde“ Anliegen umgesetzt werden sollen. Sie betreffen vor allem Maßnahmen gegen Lieferengpässe bei Arzneimitteln.

DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG IN 1. LESUNG BERATENEN FASSUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/15662



Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat am 10. Januar den Referentenentwurf für das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Die Fachanhörung des Ministeriums findet am 17. Februar statt. Das Gesetz soll dafür sorgen, die bisher weitgehend getrennt organisierten Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System weiter zu entwickeln. Ziele der engeren Verzahnung sind



eine bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten, kürzere Wartezeiten, ein effizienterer Einsatz von Personal und Geld sowie damit verbunden eine höhere Gesamtqualität der medizinischen Notfallversorgung. Der Entwurf sieht drei wesentliche Maßnahmen vor: ein gemeinsames Notfalleitsystem (GNL), integrierte Notfallzentren (INZ) und die Etablierung des Rettungsdienstes als eigenständiger GKV-Leistungsbereich.

Das GNL bekäme demnach die zentrale telefonische Lotsenfunktion für die integrierte medizinische Notfallversorgung zugewiesen. Es wäre in lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Situationen über die Rettungsnummer 112 und in allen anderen Fällen unter der Bereitschaftsdienstnummer der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) rund um die Uhr erreichbar. Das GNL nimmt laut Referentenentwurf nach fachlichen Standards eine erste Einschätzung zum Versorgungsbedarf des Patienten vor und koordiniert auf Basis dessen Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung. Die Kooperation aller Beteiligten soll sich im Wesentlichen auf eine digitale Vernetzung stützen.

Die INZ sollen als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung an dafür geeigneten Krankenhäusern eingerichtet werden und von den Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. Auch sie nehmen eine erste Einschätzung zum Versorgungsbedarfs des Patienten vor und erbringen die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung oder veranlassen gegebenenfalls die Einweisung ins Krankenhaus. Die Zentren sollen von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Krankenhäusern gemeinsam betrieben werden. Die fachliche Leitung obliegt laut Gesetzentwurf der jeweiligen KV.

Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder wird laut Entwurf als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährt. Damit kommt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einer langjährigen Forderung der Länder nach.

Der Referentenentwurf greift zurück auf den Mitte 2019 vorgestellten Diskussionsentwurf des BMG. Die aktuelle Fassung ist allerdings so gestaltet, dass der Bundesrat nicht mehr zustimmen müsste. Ausgangspunkt der Debatte sind Vorschläge aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom Juli 2018.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Notfallversorgung



Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Mit dem Gesetz will die Bundesregierung „die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch ortsnahe Apotheken stärken“. Sogenannte Vor-Ort-Apotheken sollen gefördert werden, unter anderem durch eine bessere Honorierung von Nacht- und Notdiensten. Zudem werden zur Kundenbindung zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen definiert. Als Beispiel nennt das Gesundheitsministerium die intensive pharmazeutische Betreuung bei einer Krebstherapie oder die Arzneimittelversorgung von pflegebedürftigen Patienten in häuslicher Umgebung.



Die gesetzlichen Krankenkassen würden bei einer Umsetzung mit mindestens 185 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich belastet. Hinzu kämen bis zu 15 Millionen Euro für eine höhere Vergütung von Betäubungsmittel-Abgaben durch Apotheker.

Da der Gesetzentwurf auch eine Preisbindung für den Arzneimittelversandhandel durch ausländische Apotheken beinhaltet, ist eine Abstimmung mit der EU-Kommission notwendig. Durch die erst zum 1. Dezember erfolgte Amtsübernahme der neuen EU-Kommission hat sich dies verzögert. Bis zu einer Entscheidung ruht das Gesetzgebungsverfahren.

Mit dem Gesetz soll zudem eine Regelung umgesetzt werden, nach der Ärzte künftig schwer chronisch kranken Patienten ein Mehrfachrezept für dasselbe Medikament verschreiben dürfen. Damit sich noch mehr Menschen gegen Grippe impfen lassen, sollen künftig auch durch Mediziner geschulte Apotheker Erwachsene impfen dürfen. Dies soll zunächst in regionalen Modellvorhaben getestet werden.

GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Vor-Ort-Apotheken-Gesetz



Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation (GKV-IPREG)

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat nach den deutlichen Protesten und kritischen Stellungnahmen zum Referentenentwurf das geplante Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPREG) überarbeitet. Der Kabinettsbeschluss wird im Januar 2020 erwartet; das Gesetzgebungsverfahren soll bis zum Sommer nächsten Jahres abgeschlossen werden.

Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege wird laut Gesetzentwurf ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Im neuen Referentenentwurf vom 9. Dezember 2019 wurde der in der Erstfassung vorgesehene Vorrang der stationären Intensivpflege gestrichen. Wünsche der Versicherten zum Leistungsort sollen berücksichtigt werden, wenn sie angemessen sind und die medizinisch-pflegerische Versorgung gewährleistet ist. Intensivpflege-Patienten, die am sozialen Leben teilhaben, sollen auch künftig zu Hause betreut werden können. Es gilt laut Entwurf ein unbefristeter Bestandsschutz für alle, die bei Inkrafttreten bereits Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten.

Bei Intensivpflegeversorgung in einer vollstationären Einrichtung sollen die Krankenkassen nicht nur medizinische Behandlungskosten übernehmen, sondern auch Investitionskostenanteile sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die Kassen können laut Gesetzesvorhaben in ihrer Satzung festlegen, dass diese Kosten auch fortlaufend übernommen werden, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nicht mehr besteht.

Die Qualitätsanforderungen in der Intensivpflege sollen verschärft werden und Qualitätskriterien wie die personelle Ausstattung in Rahmenempfehlungen auf Bundesebene vereinbart werden. Mit dem Gesetz will die Bundesregierung insbesondere Missstände im Bereich der Beatmungspatienten angehen. Die Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung soll strukturell verbessert und finanziell unterstützt werden. Für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, sind Abschläge vorgesehen. Ambulante Pflegeanbieter sollen häufiger und auch unangekündigt kontrolliert werden können.



Im Bereich der Rehabilitation (Reha) sieht der Entwurf vor, dass Ärzte auch ohne vorherige Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die Krankenkasse eine geriatrische Reha verordnen dürfen. Wenn Versicherte sich für eine Einrichtung entscheiden, die nicht von der Krankenkasse bestimmt wurde, sollen sie nur noch die Hälfte damit verbundener Mehrkosten selbst bezahlen.

Die bisherige Höchstdauer von 20 Tagen bei ambulanter Behandlung und drei Wochen bei stationärer Behandlung soll bei einer geriatrischen Rehabilitation als Regeldauer gelten. Bei allen anderen vertragsärztlich verordneten Rehabilitationsmaßnahmen dürfen Krankenkassen laut Gesetzentwurf die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme nur auf Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes in Zweifel ziehen. Für Kinder- und Jugendliche soll die bisherige Mindestwartezeit auf eine erneute Reha-Maßnahme entfallen.

Einheitliche und verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge sollen im Rehabereich für mehr Transparenz sorgen. Krankenkassen und Leistungserbringer sollen verpflichtet werden, entsprechende Rahmenempfehlungen auf Bundesebene zu schließen. Gleichzeitig wird ein Schiedsverfahren eingeführt. Tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen in Reha-Einrichtungen sollen von den Krankenkassen nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen.

REFERENTENENTWURF DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS:

www.bundesgesundheitsministerium.de

> Service > Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz



Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG)

Das Bundeskabinett hat am 6. November 2019 den Entwurf für das Gesetz zur Anpassung des Medizinprodukterechts an EU-Recht in den Bundestag eingebracht. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages war am 15. Januar 2020 statt. Die zweite und dritte Lesung ist für Mitte Februar, der zweite Durchgang im Bunderrat für Mitte März angesetzt. Das MPEUAnpG soll zum 26. Mai 2020 in Kraft treten und das deutsche Medizinproduktegesetz an die dann gültigen EU-Vorgaben anpassen.

Es geht dabei um die am 25. Mai 2017 nach vierjährigen Verhandlungen in Kraft getretenen Verordnungen für Medizinprodukte (EU 2017/745) und In-Vitro-Diagnostika (EU 2017/746). Die Verordnungen lösen nach einer Übergangsfrist von drei Jahren (Medizinprodukte) beziehungsweise fünf Jahren (In-vitro-Diagnostika) zwei EU-Richtlinien aus den 1990er-Jahren ab. Bei einigen Sachverhalten ergeben sich nationale Gestaltungsspielräume, die die Bundesregierung auch nutzen will. Vorbereitend werden bereits Regelungen für die In-vitro-Diagnostika getroffen. Zusätzlich werden mit dem Anpassungsgesetz Regelungen aus dem Übereinkommen des Europarates über die Fälschung von Arzneimittelprodukten und ähnlichen Verbrechen, die eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellen (Medcrime-Konvention), umgesetzt.

Eine für Deutschland wesentliche Änderung ist die durch die EU-Verordnung vorgegebene Umgestaltung der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern, insbesondere bei der Anordnung und Umsetzung von Maßnahmen bei auffälliger Risikobewertung durch eine „zentrale Stelle“. Auch bei der Absprache mit zuständigen Institutionen anderer EU-Länder oder bei fehlerhaften oder betrügerischen Anträgen bekommt diese Zentralstelle eine be-



deutende Rolle. Die Kompetenz der zuständigen Bundesoberbehörde in Deutschland, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), wird dadurch deutlich erweitert und gestärkt. Bisher hat das BfArM lediglich die Aufgabe der Risikobewertung und gibt Empfehlungen an die zuständigen Behörden auf Länderebene, die über einen Vollzug von Maßnahmen entscheiden. Nunmehr bekommt es die Aufgabe, selbst entsprechend der Risikobewertung notwendige Maßnahmen festzulegen, umzusetzen und diese zu überwachen.

GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Bundesratsdrucksache 595/19



Sexuelle-Orientierung-und-geschlechtliche-Identität-Schutz-Gesetz

Mit dem „Gesetz zum Schutz vor Behandlungen zur Veränderung oder Unterdrückung der sexuellen Orientierung oder der selbstempfundenen geschlechtlichen Identität“ sollen sogenannte Konversionstherapien verboten werden. Das Verbot soll auch jegliches Bewerben, Anbieten und Vermitteln solcher Behandlungen bei Personen unter 18 Jahren einschließen. Bei Personen ab 18 Jahren sollen die öffentliche Werbung, das öffentliche Anbieten sowie Vermitteln verboten werden. Verstöße sollen mit einer Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder einem hohen Bußgeld geahndet werden. Den Referentenentwurf hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 5. November 2019 vorgelegt.

DER REFERENTENENTWURF DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS:

www.bundesgesundheitsministerium.de

> Service > Konversionstherapienverbot





Kurzmeldungen

Medizinprodukte-Gesetz: Patientensicherheit kommt noch zu kurz

24.01.20 (ams). Der AOK-Bundesverband sieht beim Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz Nachbesserungsbedarf. „Das betrifft vor allem die Pflicht von Ärzten und Kliniken, beim Verdacht auf Schädigung von Patienten durch fehlerhafte Medizinprodukte sofort die Krankenkasse des Patienten zu informieren“, sagte der Vorstandsvorsitzende Martin Litsch anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Der Verband schufte begrüßte hingegen, dass die Rolle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gestärkt wird. Bei Schäden durch fehlerhafte Medizinprodukte kann das BfArM künftig Maßnahmen anordnen und deren Umsetzung kontrollieren. Dies diene dem Schutz der Patienten und sei ein echter Fortschritt.

DAS VOLLSTÄNDIGE STATEMENT:

www.aok-bv.de > Positionen > Statements



Vom BVA zum BAS: Nicht nur ein neuer Name

24.01.20 (ams). Das bisherige Bundesversicherungsamt (BVA) heißt seit Januar 2020 Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Der neue Name soll dem steten Aufgabenzuwachs Rechnung tragen. Das BAS führt die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung. Zudem nimmt das BAS eine Reihe von Verwaltungsaufgaben wahr. Dazu gehören: Die Bewirtschaftung der Bundeszuschüsse und sonstigen Bundeszuweisungen an die Rentenversicherung, die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme, die Durchführung des Finanzausgleichs in der Pflegeversicherung und des Risikostrukturausgleichs in der Krankenversicherung sowie die Verwaltung des Gesundheitsfonds.

INFO ZUR ARBEIT DES BAS NOCH UNTER DER ALTEN INTERNETADRESSE:

www.bva.de



Heilmittelbericht 2019: Volkskrankheit Rückenschmerz

24.01.20 (ams). 4,4 Millionen AOK-Versicherte leiden unter chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen. Über ein Viertel davon war deswegen in den vergangenen fünf Jahren dauerhaft beim Arzt. Das zeigt der Heilmittelbericht 2019 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO). Rückenschmerz werde zu Recht als Volkskrankheit bezeichnet, so Vize-Geschäftsführer Helmut Schröder. Dabei sind mehr Frauen als Männer betroffen. Insgesamt leiden rund 20 Prozent aller AOK-versicherten Frauen und etwa 15 Prozent der Männer unter chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen. Die Rate ist in den letzten Jahren vor dem Renteneintritt bei beiden Geschlechtern am höchsten.

WEITERE ZAHLEN UND FAKTEN AUS DEM HEILMITTELBERICHT 2019:

www.wido.de

> Publikationen & Produkte > Buchreihen > Heilmittelbericht





**Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin**

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

Wenn Sie künftig den AOK-Medienservice Politik nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail** erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender Web-Adresse an:

www.aok-bv.de/presse/medienservice

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für die Printausgabe des AOK-Medienservice Politik.

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:
