



AOK-MEDIENSERVICE

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

02/19

POLITIK

 @AOK_Politik

- Reform der gematik GmbH
 - **AOK setzt sich für Aufteilung der Verantwortlichkeiten ein** 2
- Terminservice- und Versorgungsgesetz
 - **„Trend zu Zentralisierung und staatlicher Regulierung“** 4
- ams-Grafik
 - **Wie viel Pflege steckt im Eigenanteil?** 6
- ams-nachgefragt
 - **Ist die Konzertierte Aktion Pflege auf dem richtigen Weg, Frau Szepan?** 7
- EU-Ticker
 - **Besserer Schutz vor Arzneifälschungen** 8
- Zahl des Monats
 - **955 Menschen ...** 10

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 11
- **Gesetzgebungskalender** 13
- **Kurzmeldungen** 21



Reform der gematik GmbH

AOK setzt sich für Aufteilung von Verantwortlichkeiten ein

15.02.19 (ams). Die AOK treibt den Aufbau ihres digitalen Gesundheitsnetzwerks (DiGeN) voran. Nach der Vergabe der Software-Lizenzen für das Projekt wurden jetzt die Aufträge zur technischen Entwicklung der Plattform für einen bundesweiten Datenaustausch erteilt. Das betrifft auch die Umsetzung einer elektronischen Patientenakte für alle AOK-Versicherten. „DiGeN ist unsere Antwort auf das Schnecken tempo beim Aufbau der Telematikinfrast ruktur im Gesundheitswesen“, betont der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Kritisch bewertet die AOK dagegen die Reaktion der Großen Koalition auf den schleppenden Fortgang der Digitalisierung des Gesundheitswesens.

„Es ist gut, dass die Bundesregierung den Reformbedarf bei der gematik GmbH erkannt hat. Wir brauchen mehr Effizienz. Die schafft man aber nicht, indem man lediglich den Bund innerhalb der ineffizienten Strukturen zum Mehrheitsgesellschafter macht und die Krankenkassen zum Zahlmeister degradiert“, kritisiert Litsch anlässlich der zweiten Anhörung im Gesundheitsausschusses des Bundestags zum Termin- und Versorgungsgesetz (TSVG). Ein von CDU/CSU und SPD eingebrachter Änderungsantrag zum TSVG sieht vor, dass das Bundesgesundheitsministerium 51 Prozent der Gesellschafteranteile bei der Gesellschaft für die Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) übernimmt.

Für Beschlüsse nur noch einfache Mehrheit nötig

Träger der gematik sind bislang die Spitzenverbände von Krankenkassen, Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern. Der GKV-Spitzenverband hält 50 Prozent der Anteile und finanziert die Arbeit der gematik aus Beitragsgeldern der gesetzlich Krankenversicherten. Durch die geplante Änderung würde der Anteil des GKV-Spitzenverbandes auf 24,5 Prozent zusammenschmelzen. Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser würden dann gemeinsam 24,5 Prozent halten. Bisher ist für Entscheidungen der Gesellschaft eine Mehrheit von 67 Prozent erforderlich. Laut Änderungsantrag soll künftig die einfache Mehrheit reichen.

„Langjährige Verzögerungen beim Aufbau der Telematikinfrast ruktur sind zu einem guten Teil auf Blockaden innerhalb der gematik zurückzuführen. Doch allein mit einer Anpassung der Gesellschafterstruktur werden die zentralen Probleme der gematik nicht gelöst“, heißt es in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Bundestagsanhörung am 13. Februar.

„Die AOK setzt sich deshalb für eine echte Organisationsreform ein“, sagt Martin Litsch. „Wir müssen die Prozesse zur Entwicklung und Standardisierung digitaler Lösungen einerseits und die Zertifizierung andererseits organisatorisch voneinander trennen.“

Die Blaupause für dieses Vorgehen liegt laut Litsch längst auf dem Tisch: „Im September 2018 wurde nach Gesprächen im Bundesgesundheitsministerium vereinbart, dass die Krankenkassen aus eigenem Antrieb die Verantwortung zur Ausgestaltung einer elektronischen Patientenakte übernehmen können. Bei der Umsetzung müssen sie sich an gemeinsame technische Standards halten, damit keine Insellösungen entstehen. So handhaben wir es



bei der Entwicklung unseres digitalen Gesundheitsnetzwerkes“, stellt der Verbandsvorsitzende klar.

„Die Krankenkassen, die bei der Entwicklung der Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen die vollständige Kostenverantwortung tragen, sollten in Zukunft den Standardisierungsprozess beauftragen“, heißt es dazu in der AOK-Stellungnahme zur Bundestagsanhörung. „Wir wollen, dass Standards in einem offenen Prozess unter Beteiligung von Leistungserbringern, medizinischen Fachgesellschaften, Krankenkassen, Industrie und Wissenschaft entwickelt werden“, betont Martin Litsch. „Moderiert von Experten, die darauf achten, dass alle Anforderungen erfüllt werden. Dazu gehören neben Transparenz, Konsens und Einhalten von Terminen vor allem die Interoperabilität und internationale Anschlussfähigkeit.“

Der gematik GmbH sollte sich aus Sicht der AOK künftig auf die Zertifizierung sowie Lizenzierung der Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen konzentrieren. Darüber hinaus müsse sie den laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur sicherstellen.

(toro)



Terminservice- und Versorgungsgesetz

„Trend zu Zentralismus und staatlicher Regulierung“

15.02.19 (ams). Über Änderungsanträge zum geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetz (GKV-TSVG) will die Bundesregierung eine Vielzahl weiterer Neuregelungen für das Gesundheitswesen auf den Weg bringen. Der AOK-Bundesverband beklagt eine Flut von kleinteiligen Vorschriften, die den Handlungsspielraum der Krankenkassen einengen und den Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung weiter einschränken.

„Wir beobachten in der aktuellen Gesetzgebung einen ausgeprägten Trend zu Zentralismus und staatlicher Regulierung“, sagt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. „Die Politik begründet das mit einem angeblichen Versagen der Akteure der Selbstverwaltung. Allerdings übersieht sie dabei, dass das Handeln von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung nur so gut sein kann, wie es der Gesetzgeber ihnen gestattet. Uns bleibt immer weniger Raum, um die medizinische und pflegerische Versorgung der Menschen sachgerecht weiterzuentwickeln.“

Schlechtere Versorgung durch einheitliche Lösungen

„Die Vorstellung, dass eine bundeseinheitliche Lösung auf alle differenzierten Bedingungen die angemessene Lösung bietet, führt zu schlechteren Versorgungsstrukturen und damit zu schlechterer Versorgung, die zudem auch nicht wirtschaftlich ist“, heißt es deshalb in der AOK-Stellungnahme zur zweiten Bundestagsanhörung zum GKV-TSVG am 13. Februar 2019. Die Kritik der AOK zielt unter anderem auf die Zentralisierung der Heilmittelversorgung oder den vorgesehenen Wegfall von Ausschreibungsmöglichkeiten im Bereich der Hilfsmittelversorgung: „Weniger Wettbewerbsorientierung wird zu höheren Preisen und deutlich steigenden Ausgaben zu Lasten der Versichertengemeinschaft führen. Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität oder zur Einschränkung der Versorgung gegen Aufpreis für die Versicherten fehlen.“

Auch das geplante Aus für die Förderung von Selbsthilfeorganisationen durch die einzelnen Krankenkassen ist aus Sicht der AOK nicht nachvollziehbar. „Ein seit Jahren bewährtes Verfahren der individuellen Projektförderung soll in eine einheitliche und kassenartenübergreifende Förderung umgewandelt werden. Das ist ein Rückschlag vor allem für die Belange der chronisch Kranken, deren Organisationen ganz besonders von der Zusammenarbeit mit den regional und vor Ort bestens vernetzten AOKs profitieren“, betont Martin Litsch. „Die kassenartenübergreifende Förderung vereinfacht weder das Verfahren, noch schafft sie mehr Transparenz. Wir befürchten, dass kleine oder spezialisierte Gruppen und Organisationen sowie besondere, innovative Projektideen, die bisher durch einzelne Kassen individuell gefördert werden können, künftig leer ausgehen.“

In einem weiteren Änderungsantrag bekräftigen die Regierungsfractionen das Verbot von Diagnosevergütungen. „Diese Intention des Gesetzgebers wurde und wird von der AOK-



Gemeinschaft begrüßt. Diese Regelungen sind bereits geltendes Recht“, sagt Martin Litsch. In der Stellungnahme zur Bundestagsanhörung macht der AOK-Bundesverband auf eine Formulierung aufmerksam, die eine medizinisch sinnvolle Versorgungssteuerung verhindern könnte. Laut Antrag sollen zwar weiterhin Vergütungen für Diagnosen möglich sein, wenn innerhalb eines bestimmten Versicherungsvertrages Leistungen aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden. „Hierbei ist allerdings ausgeschlossen, dass die Vertragspartner diesen allgemeinen Krankheitsbegriff anhand bestimmter Krankheiten definieren und andere Krankheiten, die diesen Krankheitsbegriff auch erfüllen, dabei unberücksichtigt lassen“, heißt es im Antrag.

„Konkret sind dadurch viele Versicherungsverträge betroffen, die sich auf ganz bestimmte Indikationen beziehen, die mit dem internationalen ICD-Code für Krankheiten gekennzeichnet werden“, erläutert Litsch. „Eine zielgerichtete Patientensteuerung und eine qualitativ hochwertige und effektive Gesundheitsversorgung würden durch den Verzicht auf diese präzise Definition erschwert.“ Der AOK-Bundesverband schlägt deshalb eine alternative Formulierung vor, die die medizinische Versorgungssteuerung nicht gefährdet und die Absicht der Regierungskoalition sogar noch unterstreicht: „Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten und Krankheitsausprägungen angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an eine medizinische Bezeichnung des Krankheitszustands anknüpfen, die die Zielgruppe für den Versicherungsvertrag eindeutig beschreibt. Hierbei ist allerdings ausgeschlossen, dass die Vertragspartner die medizinische Bezeichnung nicht am Versorgungsziel des Vertrags ausrichten, sondern in der Absicht wählen, Kodieranreize zu setzen.“

23,5 Milliarden Euro Mehrausgaben bis 2022

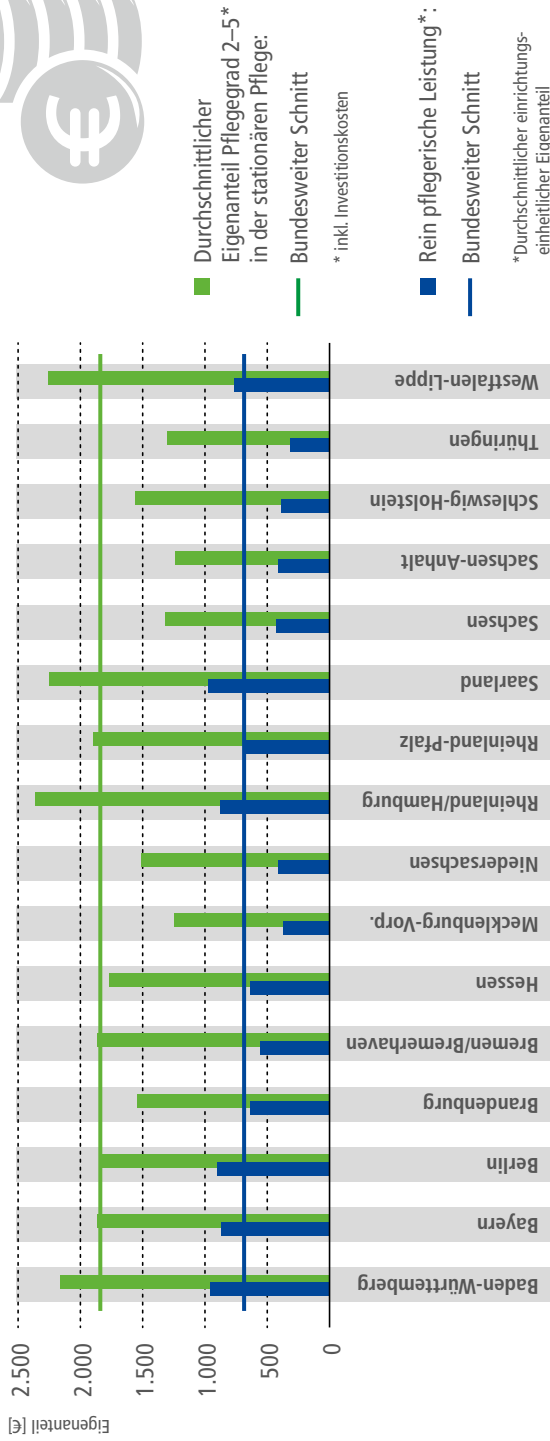
Grundsätzlich merkt der AOK-Bundesverband in der Stellungnahme zur Bundestagsanhörung an, dass die von der Großen Koalition in der laufenden Legislaturperiode bereits beschlossenen und angestoßenen Gesundheitsgesetze die Beitragszahler allein bis 2022 mit 23,5 Milliarden Euro zusätzlich belasten. „In vermeintlich guten Zeiten scheint es verlockend zu sein, Probleme mit Geld allein lösen zu wollen“, sagt Vorstandschef Litsch. „Leider sind die Gesetze so gestrickt, dass sie nahezu ausschließlich den Leistungserbringern mehr Geld bringen, ohne dass sich dadurch die Menge und Qualität der Leistung verändert oder die Strukturen zur Leistungserbringung produktiver werden. Im Gegenteil: Althergebrachte und überkommene Strukturen werden sogar gestützt. Ein solcher Mitteleinsatz führt spätestens dann zu neuen Spargesetzen, wenn die konjunkturelle Entwicklung ins Stocken gerät.“

(toro)



Wie viel Pflege steckt im Eigenanteil

ams Politik 02/19



Quelle: AOK-Bundesverband; Grafik: AOK-Mediendienst

Die Soziale Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der Kosten für die Versorgung Pflegebedürftiger. Die zusätzlichen Kosten tragen die Patienten selbst. Im Bundesdurchschnitt liegt der Eigenanteil für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen ab Pflegegrad zwei bei 1.840,70 Euro monatlich. Davon entfallen jedoch nur 685,78 Euro (37,3 Prozent) auf rein pflegerische Leistungen, den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE). Der Rest fließt in Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Die regionalen Unterschiede sind zum Teil erheblich. In Sachsen-Anhalt liegt der EEE bei 24,1 Prozent, in Berlin bei 49,1 Prozent.

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



ams-nachgefragt

Ist die Konzertierte Aktion Pflege auf dem richtigen Weg, Frau Szepan?

„Bereits erste Ergebnisse hat die Konzertierte Aktion Pflege Ende Januar verabschiedet. Wie vorgesehen, haben die drei Bundesminister, die an der Konzertierten Aktion Pflege maßgeblich beteiligt sind – Familienministerin Franziska Giffey, Gesundheitsminister Jens Spahn und Arbeitsminister Hubertus Heil –, erste Maßnahmen vorgestellt. Mit einem gemeinsamen 111-Punkte-Programm wurden Selbstverpflichtungen und eine Ausbildungs-offensive vereinbart, um die Ausbildungsreform von Pflegefachkräften erfolgreich umzusetzen. Damit soll erreicht werden, dass die Zahl der Ausbildungsstätten und die Zahl der Auszubildenden bis 2023 um zehn Prozent steigen. Außerdem sollen 5.000 Weiterbildungs-plätze zur Nachqualifizierung von Pflegehelfern zur Verfügung gestellt werden. Dieses Programm ist ein Ergebnis der Arbeitsgruppe 1, die sich dem Themenkomplex Ausbildung und Qualifizierung widmet. Es gibt in der Konzertierten Aktion vier weitere Arbeitsgruppen. Die Arbeitsgruppe 2 beschäftigt sich mit den Themen Personalmanagement, Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung, die AG 3 mit Innovativen Versorgungsansätzen und Digitalisierung. In der AG 4 geht es um die Gewinnung von Pflegefachkräften aus Drittstaaten, also um die Frage, welche Bedingungen die Rekrutierung und den Einsatz von Pflegefachkräften aus dem Ausland behindern und welche diese fördern könnten. Die AG 5 diskutiert die Entlohnungsbedingungen in der Pflege. In den meisten dieser Arbeitsgruppen gibt es durchaus Fortschritte, auch wenn die Perspektiven und Interessen der Beteiligten aus Kassen, Pflegeverbänden, Arbeitgebern, Gewerkschaften, Betroffenenverbänden und Ländervertretern unterschiedlich sind. Laut Arbeitsplan sollen die Arbeitsgruppen im April 2019 ihre Aufträge abgearbeitet haben, damit die Konzertierte Aktion Pflege im Juni ein Gesamtkonzept präsentieren kann.“



Nadine-Michèle Szepan leitet die Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband und gehört in der Konzertierten Aktion Pflege den Arbeitsgruppen 2, 3 und 4 an.

WEITERE INFOS:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Pflege > Konzertierte Aktion Pflege



EU-Ticker

Besserer Schutz vor Arzneimittelfälschungen

15.02.19 (ams). Nach drei Jahren Vorbereitung sind am 9. Februar 2019 die EU-Vorgaben zum Schutz vor Arzneimittelfälschungen wirksam geworden. Neue verschreibungspflichtige Arzneimittel sind jetzt durch einen speziellen Barcode mit einer individuellen Seriennummer gekennzeichnet. Per Scan in der Apotheke lässt sich die Echtheit des Produkts überprüfen. Zudem sind die neuen Packungen mit einem Erstöffnungsschutz gegen Manipulation gesichert. Bereits im Markt vorhandene Medikamente dürfen die Apotheken aber noch bis zum Verfallsdatum verkaufen. Die EU-Richtlinie zum Schutz vor Arzneimittelfälschungen wurde bereits 2011 verabschiedet. In der ergänzenden EU-Verordnung vom 9. Februar 2016 wurden technische und organisatorische Detailvorgaben zur Umsetzung bis Anfang 2019 festgelegt. In Deutschland haben Apotheker-, Pharma- und Großhandelsverbände mit securPharma eine eigene Einrichtung geschaffen, die das System zur Echtheitsprüfung von Arzneimitteln in den vergangenen drei Jahren aufgebaut hat. securPharma-System ist eingebettet in ein europaweites Schutzsystem der legalen Lieferkette gegen gefälschte Arzneimittel.

[WEITERE INFOS](#)

www.securpharma.de

Arzneimittelversorgung durch „harten Brexit“ nicht in Gefahr

15.02.19 (ams). Pharmaverbände haben vor den Folgen eines ungeordneten Brexit für die Arzneimittelversorgung gewarnt. Mit Blick auf Deutschland hält der AOK-Europaexperte Evert-Jan van Lente die Befürchtungen für übertrieben. „Bei fast allen neueren Zulassungen handelt es sich um Genehmigungen durch die EU-Arzneimittelagentur EMA. Die Pharma-Unternehmen dürften auch für die meisten Produkte mit einer älteren britischen Zulassung längst die EU-Zulassung besitzen.“ Es gebe vermutlich nur noch ganz wenige umsatzschwache Medikamente, die ausschließlich eine britische Zulassung hätten und deshalb bei einem harten Brexit nicht mehr in der EU verkauft werden dürften, so der Vertreter der AOK in Brüssel. Für Deutschland hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die möglichen Risiken analysiert. „Die Auswertung ergab, dass mit keinem Versorgungsengpass bei den als versorgungsrelevant eingestuften Arzneimitteln zu rechnen ist“, sagt BfArM-Sprecher Maik Pommer, wie das AOK-Magazin „Gesundheit und Gesellschaft“ vorab aus seiner Februarausgabe berichtet.



Digitaler Standard für europäische Patientenakte

15.02.19 (ams). Die EU-Kommission hat am 6. Februar 2019 Empfehlungen für einen gemeinsamen technischen Standard zur Entwicklung einer „Europäischen Patientenakte (European Electronic Health Records)“ vorgestellt. In einigen EU-Ländern können Bürger bereits einen Teil ihrer elektronischen Patientenakten auf nationaler oder grenzüberschreitender Ebene abrufen. So können seit Ende Januar finnische Staatsbürger in Estland elektronische Rezepte einlösen. Die meisten anderen EU-Länder, darunter Deutschland, hinken der Entwicklung hinterher. Die Empfehlung der Kommission ist Teil der EU-Strategie zur Digitalisierung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Für Deutschland ist die Gesellschaft für die Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik GmbH) an der Koordinierung beteiligt, um die Entwicklung der elektronischen Patientenakte EU-kompatibel zu gestalten.

[PRESSEINFO DER EU-KOMMISSION VOM 06.02.19](#)

www.ec.europa.eu/index_de.htm

> [Deutschland](#) > [Presse](#) > [Kommission erleichtert Bürgern den ...](#)



Zahl des Monats

955 Menschen ...

... haben 2018 nach ihrem Tod ihre Organe für schwerkranke Patienten gespendet. Die Zahl der Organspender hat sich damit nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) erstmals seit 2010 wieder deutlich positiv entwickelt. 2017 lag sie mit 797 noch knapp 20 Prozent niedriger.

Die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant (ET) konnte von den Spendern im vergangenen Jahr 3.113 Organe erfolgreich an Patienten auf den Wartelisten zur Organtransplantation vermitteln, darunter 1.607 Nieren, 295 Herzen, 779 Lebern, 338 Lungen, 91 Bauchspeicheldrüsen sowie drei Dünndärme. Das sind 519 Organe mehr als im Jahr 2017. Jeder Spender hat somit im Durchschnitt drei schwerkranken Patienten eine neue Lebenschance geschenkt. Aktuell stehen in Deutschland jedoch nach Angaben von Eurotransplant noch immer rund 9.400 Patienten auf den Wartelisten zur Organtransplantation. Für Menschen, die sich mit der Frage auseinandersetzen wollen, ob sie nach ihrem Tod Organe spenden möchten, bietet die AOK die Online-Entscheidungshilfe Organspende an. Hier hat die AOK neutral und unabhängig alle Fakten zum Thema zusammengetragen, die nötig sind, um eine fundierte Entscheidung treffen zu können.

DIE ENTSCHEIDUNGSHILFE ORGANSPENDE

www.aok.de

> [Medizin & Versorgung](#) > [Medizin & Versorgung im Überblick](#)
> [Fragen zum Thema Organspende](#)



Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Mehr zahnärztliche Früherkennung für Kinder

Für Kinder zwischen dem sechsten und dem 34. Lebensmonat besteht künftig ein Anspruch auf drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Bisher sind diese erst ab dem dritten Lebensjahr vorgesehen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschlossen, um das Auftreten von frühkindlicher Karies zu verringern. Die drei Untersuchungen sind zeitlich mit den sogenannten U-Untersuchungen abgestimmt. Insgesamt hat der GBA den Anspruch für Kinder auf zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen ausgeweitet. Außerdem werden die Angebote altersgruppenspezifisch neu strukturiert. Hierzu zählt, dass Zahnärzte bei den neuen Früherkennungsuntersuchungen vor dem 34. Lebensmonat die Betreuungspersonen etwa über die Ursachen von Erkrankungen im Mund (zum Beispiel Vermeidung von Nuckelflaschenkaries) aufklären sollen.

Für Kinder zwischen dem sechsten und dem 34. Lebensjahr übernehmen künftig die Krankenkassen zweimal je Kalenderhalbjahr das Auftragen von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung. Der Beschluss des GBA wird wie immer nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft treten. Nach dem GBA-Beschluss erfolgt die Bewertung der neuen Leistungen im Bewertungsausschuss von Zahnärzten und Krankenkassen, so dass diese Leistungen zum 1. Juli 2019 in Kraft treten können.

IQTIG soll Gesamtkonzept für „Qualitätsportal“ entwickeln

Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) soll ein Gesamtkonzept entwickeln und umsetzen, um einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung zu erstellen. Diesen Auftrag hat der GBA dem Institut erteilt. Die Übersichten tragen demnach die vorläufige Bezeichnung „G-BA-Qualitätsportal“. Als wichtige Aspekte des Gesamtkonzepts nennt der GBA unter anderem:

- die Identifikation von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung, insbesondere bezogen auf die Häufigkeit von Behandlungen und Eingriffen
- die Identifikation von Zielgruppen
- die Ermittlung des Informationsbedürfnisses und der -präferenzen dieser Zielgruppen sowie deren Entscheidungskriterien für die Wahl eines Krankenhauses
- die Entwicklung und Bewertung von Methoden, um vergleichbare Einheiten von Krankenhäusern darzustellen.



Außerdem soll das IQTIG Vorschläge erarbeiten, wie die Ergebnisse solcher Qualitätsvergleiche nutzerfreundlich online aufbereitet werden können und dazu ein entsprechendes Webportal entwickeln. Dabei soll das Institut erst nach Vorlage des Gesamtkonzepts und einer Bewertung durch den GBA an die Umsetzung gehen. Für das Gesamtkonzept hat das IQTIG eine Frist bis zum 31. Dezember 2020.

[WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT
DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES](#)

www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Inzwischen hat der Gesundheitsausschuss des Bundestages die zweite öffentliche Anhörung zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hinter sich gebracht. Der zusätzliche Termin war aufgrund zahlreicher, insbesondere fachfremder Änderungs- und Ergänzungsanträge notwendig geworden. Unterdessen hat das Bundesgesundheitsministerium mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung und dem Gesetz zur Erreichung eines Deutschen Implantateregisters zwei neue Referentenentwürfe vorgelegt. Diese und ältere Stichworte (Stand: 13. Februar 2019) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

15. SGB-V-Änderungsgesetz

Mit dem 15. SGB-V-Änderungsgesetz sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, ab dem 1. Dezember 2019 nur noch elektronische Gesundheitskarten (eGK) auszugeben, die über eine kontaktlose Schnittstelle für einfachen und schnellen Datenaustausch verfügen. So soll die eGK auch ohne zusätzliches Kartenlesegerät mit mobilen Endgeräten wie dem Smartphone kommunizieren können. Bisher kommt diese Technik vor allem im Bereich der bargeldlosen Zahlungen kleiner Geldbeträge zum Einsatz. Laut Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums muss gewährleistet sein, dass die so ausgestattete Versicherungskarte in das System der entstehenden Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen passt und die Versicherten auch über die kontaktlose Schnittstelle auf ihre Gesundheitsdaten zugreifen können.

Das Bundesgesundheitsministerium hat berechnet, dass der routinemäßige Austausch der Karten über die ersten fünf Jahre zwischen 50 bis 60 Millionen Euro jährlich kostet. Die Krankenkassen unterstützen das Ziel des Gesetzes. Die vorgesehene Frist zur Einführung der eGK mit kontaktloser Schnittstelle sei aber unrealistisch, heißt es in der Stellungnahme des Krankenkassen-Spitzenverbandes. Die geplante Neuregelung ist inzwischen als Änderungsantrag in das Gesetzgebungsverfahren zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aufgenommen worden.

Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV)

Ziel der „Elektronischen Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV)“ ist es, niedergelassene Ärzte über ihre Praxissoftware verständlich und möglichst aktuell über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur frühen Nutzenbewertung zu informieren. Denn bisher dauert es zu lange, bis sich die Ergebnisse der Bewertung neuer Medikamente im Verordnungsverhalten der Ärzte bemerkbar machen. Der vom Bundesgesundheitsministerium am 24. Oktober 2018 vorgelegte Referentenentwurf für die EAMIV definiert Mindestanforderungen für Inhalte und technische Voraussetzungen. Das entspricht einem Auftrag aus dem GKV-Arzneimittelversorgungstärkungsgesetz, das im Mai 2017 in Kraft getreten ist. So sollen der Zusatznutzen des Arzneimittels sowie die zweckmäßige



Vergleichstherapie nach Patientengruppen differenziert abgebildet und die tragenden Gründe des GBA-Beschlusses zusammenfassend in verständlicher Sprache dargestellt werden. Alle Informationen sind miteinander zu verlinken. Weitergehende Vorgaben soll anschließend der GBA machen. Die Fachanhörung des Ministeriums hat am 19. November 2018 stattgefunden.

Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO)

Mit dem Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO) will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Zahl der Transplantationen durch bessere strukturelle und finanzielle Voraussetzungen in den Entnahmekrankenhäusern erhöhen. Der GZSO-Entwurf sieht unter anderem vor, bundeseinheitliche Regelungen für die Freistellung der Transplantationsbeauftragten in Entnahmekliniken zu definieren. Die entstehenden Kosten sollen vollständig über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) refinanziert werden. Die Krankenhäuser müssen die korrekte Verwendung der Mittel nachweisen. Hat ein Entnahmekrankenhaus mehr als eine Intensivstation, soll für jede dieser Stationen mindestens ein Transplantationsbeauftragter bestellt werden. Bei mehreren Transplantationsbeauftragten soll die Freistellung anteilig erfolgen: 0,1 Stellen je zehn Intensivbehandlungsbeziehungsweise Beatmungsbetten.

Die Position des Transplantationsbeauftragten soll gestärkt werden. Dazu gehört ein uneingeschränkter Zugang zu den Intensivstationen und uneingeschränkte Einsicht in die Patientenakten, um mögliche Spender zu identifizieren. Transplantationsbeauftragte können künftig auf Klinikkosten für die fachspezifische Fort- und Weiterbildung freigestellt werden. Verfahrensweisungen der Transplantationsbeauftragten über Zuständigkeiten und Handlungsabläufe im Entnahmekrankenhaus muss die Klinikleitung verbindlich umsetzen.

Auch die Vergütung regelt das GZSO neu. Entnahmekrankenhäuser erhalten einen Anspruch auf pauschale Abgeltung der von ihnen im Rahmen der Organentnahme und deren Vorbereitung erbrachten Leistungen sowie eine Grundpauschale. Weitere Pauschalen sind vorgesehen für die intensivmedizinischen Leistungen bei der Organentnahme. Sie werden festgelegt durch den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer. Zusätzlich sieht der Entwurf einen Ausgleichszuschlag für die notwendige Infrastruktur vor.

Weitere Regeln betreffen die Einrichtung eines neurologischen konsiliarärztlichen Bereitschaftsdienstes zur Feststellung des Hirntodes, die Einführung eines klinikinternen Qualitätssicherungssystems durch flächendeckendes Berichtssystem und die Betreuung betroffener Angehöriger.

DIE VORSCHLÄGE IM EINZELNEN:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > GZSO





Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)

Die Bundesregierung hat am 30. Januar den Kabinettsentwurf für ein „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)“ verabschiedet. Das Bundesgesundheitsministerium hatte den Referentenentwurf am 14. November 2018 vorgelegt. Mit dem Gesetzentwurf reagiert der Bundesgesundheitsminister unter anderem auf die jüngsten Vorkommnisse mit gefälschten oder verunreinigten Arzneimitteln (Lunapharm-Skandal). In diesem Zusammenhang sollen insbesondere die Kompetenzen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erweitert werden. Das betrifft zum Beispiel den Rückruf von Medikamenten oder eine schnelle und länderübergreifende Koordinierung im Krisenfall. Das Gesetz ist im Bundesrat zustimmungspflichtig.

Der Entwurf beinhaltet außerdem die Einführung des elektronischen Rezeptes als Flankierung der telemedizinischen Behandlung und zur Entlastung von Ärzten, Apothekern und Patienten. Dadurch könnten bereits vor der flächendeckenden Einführung elektronischer Verordnungen in der Telematikinfrastruktur Projekte mit alternativen technischen Lösungen durchgeführt werden. Das betrifft zum Beispiel den Aufbau des Digitalen Gesundheitsnetzwerkes der AOK (DiGeN). Ärzte und Krankenkassen sollen innerhalb von sieben Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die notwendigen Regelungen zur Abrechnung von Verschreibungen in elektronischer Form vereinbaren.

Damit neue Medikamente gegen seltene Krankheiten (Orphan Drugs) schneller bei den Patienten ankommen, gelten für sie bisher Sonderregelungen bei der Nutzenbewertung. Das betrifft zum Beispiel einen geringeren Umfang der wissenschaftlichen Datenbasis. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss soll es jetzt ermöglicht werden, bei noch ausstehenden Daten eine anwendungsbegleitende Datenerhebung durch Ärzte und Krankenhäuser anzuordnen, die das betreffende Medikament einsetzen.

Die Bundesregierung will außerdem den Einsatz von Biosimilars fördern. Anders als bei Generika soll es bei den Nachahmerprodukten für biologische Arzneimittel aber keinen generellen Austausch in der Apotheke geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll für jedes Präparat einzeln festlegen, ob es austauschbar ist.

Für die Herstellung von Krebsmedikamenten in der Apotheke (parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln) wird ein einheitlicher Arbeitspreis von 110 Euro festgesetzt. Das kostet die Krankenkassen rund 120 Millionen Euro mehr pro Jahr. Um das zu refinanzieren, werden die Landesverbände der Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich Rabatte mit den Pharmaunternehmen für die Arzneimittel-Grundstoffe abzuschließen. Bisher ist das lediglich eine „Kann“-Regelung. Das Bundesgesundheitsministerium sieht hier ein Einsparvolumen von rund 300 Millionen Euro.

Krankenkassen sollen einen Ersatzanspruch gegenüber pharmazeutischen Unternehmen erhalten, wenn deren Medikamente mangelhaft sind oder nicht geliefert werden können. Beim Abschluss von Arzneimittelrabattverträgen sollen die Krankenkassen neben der Vielfalt der Anbieter künftig auch der Gewährleistung einer unterbrechungsfreien und bedarfsgerechten Lieferfähigkeit Rechnung tragen.

Bei Cannabisarzneimitteln soll nach einer genehmigten ersten Verordnung eine weitere Verordnung durch einen Vertragsarzt zur Anpassung der Dosierung oder zum Wechsel zwischen Anwendungsformen keiner erneuten Genehmigung mehr bedürfen. Nach einer Cannabisbehandlung in einem Krankenhaus soll keine erneute Genehmigung mehr nötig sein, wenn ein niedergelassener Arzt die Therapie fortsetzt.



Um die Patientensicherheit zu verbessern, sollen Zulassungs- und Genehmigungsvorschriften bei Arzneimitteln für neuartige Therapien verschärft werden. So sollen zum Beispiel Herstellung, Verkauf und Anwendung von „Frischzellen“ verboten werden. Für sogenannte Designerdrogen (Neue psychoaktive Substanzen, NPS) soll es ein vereinfachtes Verfahren zur Aufnahme in das Betäubungsmittelgesetz geben.

Über das GSAV will das Bundesgesundheitsministerium außerdem fachfremde Regelungen auf den Weg bringen, darunter eine Ergänzung zu den Pflegepersonaluntergrenzen. Danach dürfte das BMG auch über 2019 hinaus Untergrenzen vorgeben, wenn sich die Selbstverwaltungspartner nicht einigen können.

DIE VORSCHLÄGE IM EINZELNEN:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > GSAV



Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (EDIR)

Das Bundesgesundheitsministerium hat am 31. Januar 2019 den Referentenentwurf für das „Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (Implantateregister-Errichtungsgesetz – EDIR)“ vorgelegt. Mit dem Gesetz sollen die rechtlichen Voraussetzungen für die Errichtung eines verbindlichen bundesweiten Implantateregisters geschaffen werden.

Als erste Schritte sind die Einrichtung eines Implantateregisters und die gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme aller Beteiligten vorgesehen. Im zweiten Schritt soll über eine Rechtsverordnung definiert werden, welche Implantate in dem Register erfasst werden sollen. Zudem müssen die rechtlichen Voraussetzungen für Errichtung und Betrieb der Register- und Geschäftsstelle des Deutschen Implantateregisters sowie einer unabhängigen Vertrauensstelle geschaffen werden.

Das Implantateregister soll nach Darstellung von Jens Spahn zunächst alle neu eingesetzten Hüftprothesen und Brustimplantate erfassen. „Wahrscheinlich wird der Aufbau des gesamten Registers drei bis fünf Jahre dauern. Wenn das Gesetz zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt, sollten wir bis spätestens 2025 alle relevanten Produktkategorien erfasst haben“, so der Gesundheitsminister in einem Interview mit der „Rheinischen Post“.

Ferner soll auch ein Zugriff auf Daten in bereits bestehenden medizinischen Registern ermöglicht werden, „um für die Langzeitbeobachtung im Interesse der öffentlichen Gesundheit und zum Wohl der Patienten von Erkenntnisgewinnen der Vergangenheit profitieren zu können“, wie es in der Gesetzesbegründung des BMG heißt.

Zu den erwähnten bestehenden Registern zählt zum Beispiel das 2010 gegründete Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Es geht auf eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) zurück und wurde mit Unterstützung durch den AOK-Bundesverband, den Verband der Ersatzkassen und den Bundesverband Medizintechnologie aufgebaut.

Die Fachanhörung des BMG zum EDIR-Referentenentwurf findet am 25. Februar 2019 statt. Das Gesetzgebungsverfahren ist zustimmungspflichtig.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Implantateregister-Errichtungsgesetz





Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Anfang Januar 2019 hat das Bundesgesundheitsministerium den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgelegt. Die Neuregelung soll das bisherige Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1998 ablösen. Geplant ist ein Studium auf Masterniveau, das zur Erteilung der Approbation führt. Neben einem berufsrechtlichen Teil umfasst der Referentenentwurf Folgeänderungen, die insbesondere das Sozialversicherungsrecht betreffen.

Im Kontext der Reform will das BMG eine Approbations-Ordnung erlassen, in der insbesondere das Nähere zu den Inhalten des Studiums sowie der Psychotherapeutischen Prüfung geregelt wird. Wesentliche Grundvorstellungen hierzu wurden bereits erarbeitet.

Das Gesetz bedarf der Zustimmung des Bundesrates. Die beteiligten Verbände und Organisationen hatten bis zum 30. Januar 2019 Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Fachanhörung findet am 4. Februar 2019 statt.

Der AOK-Bundesverband und der GKV-Spitzenverband kritisieren den Entwurf in ihren Stellungnahmen deutlich. Aus Sicht der Kassen orientiert sich die vorgesehene künftige Struktur der Ausbildung zu stark an der der Ärzte. Der Zugang zum Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten werde bei gleichzeitiger Herabsetzung der Qualifikation erweitert.

Insgesamt gehen die Krankenkassen von erheblich höheren Mehrkosten aus als das BMG. Das Ministerium beziffert die Mehrausgaben für die GKV ab dem Jahr 2026 sehr allgemein mit einem „unteren bis maximal mittleren dreistelligen Millionenbetrag“. Zusätzlich kommen auf die Bundesländer laut BMG Mehrausgaben von rund 48 Millionen Euro pro Jahr zu.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > PsychThGAusbRefG



Operationstechnische Assistenten

Bereits drei Mal ist das Vorhaben des Bundesrats, die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten zu regeln, nicht entschieden worden. Der Bundestag hatte zwar den Gesetzentwurf der Länderkammern (Bundesrats-Drucksache 126/14) aufgenommen, aber nicht zur Beratung angesetzt (Bundestags-Drucksache 18/1581). Wegen des Grundsatzes der Diskontinuität hat die Länderkammer den Antrag unverändert gegenüber den in den vergangenen Wahlperioden des Deutschen Bundestages beratenen Vorlagen erneut eingebracht. Kern des Vorhabens ist es, dass die dreijährige Ausbildung von den Krankenkassen finanziert wird. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Bereits dieser Entwurf war wortgleich mit einem Gesetzentwurf der Länder aus der 17. Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/1223) und wegen des Grundsatzes der Diskontinuität nach der Bundestagswahl 2013 erneut eingebracht worden. Grundlage des Länder-Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006.

DER GESETZENTWURF:

www.bundesrat.de > Dokumente > Drucksache 50/18





Rettenngsdienst – Notarzteinsätze

Das Vorhaben der Bundesländer, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen (Bundestags-Drucksache 18/1289), ist zum zweiten Mal gescheitert. Der Gesetzentwurf des Bundesrats, der gleichlautend schon in der vorherigen Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/13969) in den Bundestag eingebracht, aber dort nicht beraten worden war, zielt darauf ab, den Rettungsdienst als eigenständigen medizinischen Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verankern. Das soll insbesondere dazu führen, dass die Kosten der Notfalleinsätze immer von den Krankenkassen übernommen werden. Bisher ist dies nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Das Gesetz trägt den vollständigen Titel „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ und ist das bisher umfangreichste Projekt des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn. Kernziele des TSVG sind eine schnellere Terminvergabe für gesetzlich Versicherte und die Verbesserung der Versorgung in ländlich geprägten Regionen. 600 Millionen Euro an Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind hierfür veranschlagt. Dazu kommen 570 Millionen Euro für die neuen Regelungen beim Zahnersatz. Bereits vor der 1. Lesung im Bundestag am 13. Dezember 2018 ist der Gesetzentwurf gegenüber Referenten- und Kabinettsentwurf allerdings um zahlreiche weitere Inhalte ergänzt worden. Dazu zählen insbesondere Vorschläge zur bundesweit einheitlichen Vergütung, vereinfachter Praxiszulassung und mehr Therapieverantwortung von Heilmittelerbringern. Im Hilfsmittelbereich will die Bundesregierung die Möglichkeit zur Ausschreibung von Versorgungsverträgen durch einzelne Krankenkassen abschaffen. Zuletzt haben CDU/CSU und SPD gerade erst Ende Januar einen Änderungsantrag zum TSVG eingebracht. Er sieht vor, dass das Bundesgesundheitsministerium 51 Prozent der Gesellschafteranteile bei der Gesellschaft für die Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) übernimmt. Das Ministerium könnte somit künftig Mehrheitsentscheidungen ohne die anderen Anteilseigner treffen. Bislang sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser Träger der gematik. Der GKV-Spitzenverband hält 50 Prozent der Anteile und finanziert die Arbeit der gematik aus Beitragsgeldern der gesetzlich Krankenversicherten.

Die Bundesregierung will zudem die Bundesländer in die Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss einbinden. Die Länder sollen dort den gleichen beratenden Status erhalten wie die Patientenvertreter. Die Bundesregierung wünscht zudem mehr Einfluss der Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Sie sollen bei den GBA-Beratungen den gleichen Status erhalten wie derzeit die Patientenvertreter.

Ein weiterer Antrag sieht die Verschärfung der Regeln vor, nach denen Vorstände der Kassenärzte ihre Einkommen berechnen und veröffentlichen müssen. Zudem will die Bundesregierung die Selbsthilfe-Förderung durch die Krankenkassen zentralisieren. Ab 2020 sollen die Kassen Selbsthilfegruppen und ihre Organisationen nur noch gemeinsam finanziell unterstützen.

Über einen weiteren Änderungsantrag wird auch die ursprünglich als gesondertes Gesetz geplante Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit einer kontaktlosen Schnittstelle in das TSVG-Verfahren übernommen. Der Bundesrat hat das zustimmungspflichtige Gesetz am 23. November 2018 erstmals beraten und verlangt in seiner Stellungnahme zahlreiche Änderungen.



Insgesamt sollen die Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erweitert werden. Bisher sollen die Stellen bei Vorliegen einer Überweisung einen Termin beim Facharzt vermitteln. Künftig sollen sie auch zur Vermittlung von Terminen bei Haus- und Kinderärzten verpflichtet werden und bei der Suche nach einem dauerhaft behandelnden Haus-, Kinder- und Jugendarzt helfen. Die Wartezeit bis zu diesem Termin darf weiterhin in der Regel nicht länger als vier Wochen betragen und die Vermittlung des Termins nicht länger als eine Woche dauern. Akute Notfälle werden während der üblichen Sprechstundenzeiten unmittelbar an eine Arztpraxis oder bei Bedarf an eine Notfallambulanz vermittelt. Bei lebensbedrohlichem Notfall wird die Notrufzentrale unter der Nummer 112 eingeschaltet. Die TSS sollen darüber hinaus mit der bundesweit einheitlichen Notdienstnummer 116117 zusammengelegt werden. Die Nummer soll dann auch rund um die Uhr erreichbar und in ein künftiges System der im Koalitionsvertrag vorgesehenen gemeinsamen Notfallleitstellen integrierbar sein. Ebenso soll ein Online-Angebot etabliert werden, über das Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App mit dem Smartphone vereinbart werden können. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) soll durch eine Richtlinie die einheitliche Umsetzung durch die KVen regeln. Das gilt auch für die Zertifizierung der notwendigen Praxissoftware. Eingeführt wurden die TSS mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015.

Außerdem sollen niedergelassene Vertragsärzte verpflichtet werden, mehr Sprechstunden anzubieten. Statt bisher 20 Stunden pro Woche sollen künftig mindestens 25 Stunden pro Woche für Kassenpatienten frei gehalten werden. Facharztgruppen der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung wie konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte müssen mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunde, das heißt ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Hausbesuche werden auf die erweiterten Sprechzeiten angerechnet. Einzelheiten sollen „zeitnah“ durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbart werden. Die KVen werden zur Überwachung der Einhaltung der Mindestsprechstunden verpflichtet. Sie sollen einheitliche Prüfkriterien festlegen und müssen den Aufsichtsbehörden sowie Landes- und Zulassungsausschüssen jährliche Ergebnisberichte vorlegen.

Für diese Leistungen sieht der Gesetzentwurf eine extrabudgetäre, teilweise höhere Vergütung vor. Das gilt für die erfolgreiche Vermittlung eines „dringlich notwendigen Behandlungstermins“ durch den Hausarzt zum Facharzt genauso wie für ärztliche Leistungen, die von der Terminservicestelle einer KV vermittelt werden. Ebenso angehoben und außerhalb des vereinbarten Budgets vergütet werden soll die Versicherten- und Grundpauschale bei der Behandlung neuer Patientinnen und Patienten sowie für ärztliche Leistungen während der offenen Sprechstunde. Für die Behandlung von Akut- und Notfällen während der Sprechzeiten sieht der Entwurf ebenfalls mehr Honorar vor. Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für technische Leistungen zur Förderung der „sprechenden Medizin“ soll überprüft und aktualisiert, Hausbesuche auf dem Land sollen speziell gefördert werden. War es bisher so, dass in Gebieten, in denen ärztliche Unterversorgung besteht oder droht, regionale Zuschläge gezahlt werden können, sieht das TSVG künftig regionale Zuschläge verpflichtend vor, die vom Landesausschuss der Ärzte und den Krankenkassen ausgehandelt und festgesetzt werden.

Die KVen werden künftig verpflichtet, einen Strukturfonds zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung aufzulegen. Die in diesen Fonds hinterlegten Mittel verdoppeln sich von bisher 0,1 auf 0,2 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung. Die Verwendung der



Fondsgelder wird zudem nicht mehr auf Investitionskosten für Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, auf Vergütungszuschläge und Zuschläge zur Ausbildung beziehungsweise die Vergabe von Stipendien beschränkt. Künftig können die Mittel auch für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, zur Förderung von Eigeneinrichtungen der KVen oder lokale Gesundheitszentren für medizinische Grundversorgung eingesetzt werden. Die Liste kann überarbeitet und ergänzt werden. Die Gründung von Eigeneinrichtungen der KV sowie medizinischer Versorgungszentren soll erleichtert, die Bedarfsplanung in diesen Bereichen angepasst werden.

Weitere Regelungen des Gesetzes beschäftigen sich mit der Schaffung eines neuen Schiedsgremiums bei Konflikten zwischen Krankenkassen, Kassenärzten und Kliniken, mit neuen Regelungen beim Zahnersatz – unter anderem soll der Festzuschuss von 50 auf 60 Prozent erhöht werden –, und mit Neuerungen hinsichtlich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) der Einführung einer elektronischen Patientenakte.

DER GESETZENTWURF:

<https://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 19/6337





Kurzmeldungen

Prävention: Mehr Leistungen im Kinderarztvertrag

15.02.19 (ams). Die AOK Bayern erweitert ihren Kinder- und Jugendarztvertrag. Künftig erhalten Eltern umfassende Beratung zum Thema Antibiotika sowie zu Prävention durch Bewegung. Eine entsprechende Neufassung des Vertrags haben die AOK Bayern und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) beschlossen. Die AOK Bayern bietet ihren Versicherten damit einen eigenen Qualitätsvertrag mit zahlreichen Vorteilen für Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. Der Schwerpunkt liegt auf kinder- und jugendärztlicher Vorsorge und Früherkennung. Derzeit sind über 300.000 AOK-Versicherte freiwillig im Kinder- und Jugendarztvertrag eingeschrieben.

WEITERE INFOS:

www.aok.de/by > Presse > Pressemitteilungen



IT-Konsortium baut Plattform für Digitales Gesundheitsnetzwerk

15.02.19 (ams). Ein Konsortium aus drei IT-Unternehmen hat den Zuschlag zur Entwicklung der Plattform für den bundesweiten Datenaustausch im Digitalen Gesundheitsnetzwerk der AOK erhalten. Beauftragt wurden der IT-Komplettlösungsanbieter x-tention Informationstechnologie GmbH gemeinsam mit den beiden Softwareherstellern InterComponentWare AG (ICW) und soffico GmbH. Basierend auf der Softwarelösung „Orchestra eHealth Suite“ entwickeln sie in den nächsten Monaten die Plattform für den bundesweiten Datenaustausch, die im Kern auch eine elektronische Patientenakte für alle AOK-Versicherten umfasst. Ab 2020 sollen AOK-Versicherte, Ärzte, Kliniken und weitere Akteure das Netzwerk und die digitale Patientenakte bundesweit nutzen können.

DAS DIGITALE GESUNDHEITSNETZWERK DER AOK:

www.aok-gesundheitsnetzwerk.de



Schwangerschaftsdepression: Neues Versorgungsangebot

15.02.19 (ams). Depressionen in Schwangerschaften sollten kein Tabuthema sein. Das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte Projekt „Mind:Pregnancy“ bietet Schwangeren Hilfe bei Störungen der Stimmungslage an. Schwangere Versicherte der AOK Baden-Württemberg ab sofort die Möglichkeit, sich auf Anzeichen von Depressionen, Ängsten oder auch Stress untersuchen zu lassen. Zeigen sich dabei schwere psychische Belastungen, erhalten die Betroffenen auf Wunsch unmittelbar psychologische Hilfsangebote. Schwangere, die mildere Belastungsanzeichen zeigen, können an einem onlinebasierten Selbsthilfeangebot zur Achtsamkeit teilnehmen.

WEITERE INFOS ZUM PROJEKT:

www.mindpregnancy.de





**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:
