



AOK-MEDIENSERVICE

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

02/20

POLITIK

 @AOK_Politik

Fairer-Kassenwettbewerbgesetz-Gesetz (GKV-FKG) verabschiedet

- **Reform des GKV-Finanzausgleichs:
Eine fast unendliche Geschichte** 2

ams-Interview mit Nadine-Michèle Szepan, AOK-Bundesverband

- **Qualitätsprüfung in der Pflege: „Das neue
System ist differenzierter als das alte.“** 5

ams-Grafik: Krankenhäuser

- **Ausgaben, Personal, Ausstattung** 8

EU-Ticker

- **Zehn Millionen Euro
für Coronavirus-Forschung** 9

Zahl des Monats

- **99 Prozent des Umsatzes** 11

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 12

- **Gesetzgebungskalender** 13

- **Kurzmeldungen** 22



Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz verabschiedet

Reform des GKV-Finanzausgleichs: Eine fast unendliche Geschichte

25.02.20 (ams). Eines der umfangreichsten Reformprojekte der laufenden Legislaturperiode hat die entscheidende Hürde genommen. Der Bundestag hat das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) verabschiedet. Fast ein Jahr lang dauerten die Beratungen. Bereits fünf Jahre ist es her, dass die AOK angesichts heftiger Kontroversen erstmals eine umfassende Evaluation des GKV-Finanzausgleichs einforderte. Zuletzt begrüßte die AOK, dass die umstrittene Verschärfung des Diagnoseverbots in Versorgungsverträgen gestrichen wurde. Insgesamt fällt die Bilanz zum Gesetz aus AOK-Sicht aber nach wie vor zwiespältig aus.

„Offenbar hat sich die Einsicht durchgesetzt, dass das Diagnoseverbot versorgungspolitisch absolut kontraproduktiv ist und vielen sinnvollen Versorgungsverträgen den Garaus gemacht hätte“, kommentiert der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Jens Martin Hoyer die letzten Änderungen am GKV-FKG. Von Anfang an zu begrüßender Teil des Gesetzes war hingegen die Einführung des sogenannten Vollmodells, also die künftige Berücksichtigung aller Krankheitsbilder bei der Bestimmung der Krankheitslast der gesetzlich Versicherten zur Berechnung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen. Bisher werden lediglich 80 Krankheiten in die Berechnung des sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs einbezogen (Morbi-RSA). Das Vollmodell ist eine langjährige Forderung der AOK-Gemeinschaft.

Zielgenauigkeit des RSA eher geschwächt

Verschiedene weitere Maßnahmen zur Reform des Morbi-RSA sieht die AOK hingegen kritisch. Sowohl der Wegfall der gesonderten Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern als auch die sogenannte Manipulationsbremse verwässerten die durch das Krankheits-Vollmodell gewonnene Zielgenauigkeit des Morbi-RSA wieder. Das hatte der AOK-Bundesverband bereits bei Vorlage des Kabinettsbeschlusses im Oktober 2019 bemängelt.

Denn ohne die gesonderte Würdigung des Merkmals der Erwerbsminderung im Morbi-RSA resultieren systematische Unterdeckungen für eine leicht zu identifizierende Versicherten-Gruppe und damit neue und vermeidbare Anreize zur Risikoselektion. Die gutachterliche Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats hat sich daher deutlich für eine erweiterte Abbildung dieses Versichertenmerkmals ausgesprochen und explizit gegen den Entfall der Berücksichtigung.

Ähnliches gilt für die Manipulationsbremse. Wenn die Diagnosekodierungen bestimmter Krankheiten auffällig stark steigen, bekommen alle Krankenkassen hierfür künftig keine Zuweisungen mehr. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), ehemals Bundesversicherungsamt (BVA), überprüft die Steigerungsraten bei den Gruppen auf statistische Auffälligkeiten, für die der Morbi-RSA einen Zuschlag vorsieht (die sogenannten hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG)) und kann dann die Zuweisungen für bis zu fünf Prozent der



umsatzstärksten HMG streichen. Die Zuweisungen werden zwar wieder vollständig dem Gesundheitsfonds zugeführt und entsprechend des korrigierten RSA an alle Kassen ausgeschüttet. Allerdings werde auf diese Weise die Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich deutlich zurückgefahren, kritisiert Hoyer. Die Folge sei eine Umverteilung von Geldern in Richtung junger und gesunder Versicherter. Die Manipulationsbremse werde somit zur Versorgungsbremse.

Ebenfalls kritisch wird die Einführung der Regionalkomponente bewertet: Sie zementiere die Überversorgung in Ballungsräumen zu Lasten der Versorgung in ländlich geprägten Regionen, so Hoyer. Sie wirke wie auch der neu eingeführte Risikopool für Hochkostenversicherte als ein Ist-Kosten-Ausgleich. Das laufe jedoch der Systematik des Morbi-RSA zuwider, erwartete Durchschnittskosten des Folgejahrs auszugleichen.

„Mit diesen vier Maßnahmen wird man die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA und die Anreize zur Wirtschaftlichkeit schwächen statt stärken“, prognostiziert Hoyer. Allerdings sollen die Wirkungen der Regionalkomponente und der Manipulationsbremse über die im Gesetzentwurf enthaltenen regelmäßigen Evaluationen hinaus im Jahr 2023 gutachterlich überprüft werden. Die nächste RSA-Reform scheint damit bereits vorprogrammiert.

Vorläufiges Ende einer langjährigen Diskussion

Mit Verabschiedung des GKV-FKG findet ein langjähriger Diskussionsprozess also seinen nur vorläufigen Abschluss. In kontinuierlichem Crescendo war ab 2015 unter den Krankenkassen eine Debatte um die Ursachen für unterschiedlich hohe Zusatzbeiträge entstanden, in deren Verlauf Kassen und Kassenverbände eine Reform des Morbi-RSA forderten. Noch im gleichen Jahr mahnte der AOK-Bundesverband eine umfassende Evaluation des Morbi-RSA durch den Wissenschaftlichen Beirat beim BVA (heute BAS) an.

Im Oktober 2016 machte die AOK-Gemeinschaft selbst in einem knapp 20-seitigen Positionspapier „Vorschläge für eine systematische Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches“. Kernanliegen: eine höhere Zielgenauigkeit des Morbi-RSA und stärkere Anreize für wirtschaftliches Handeln der Kassen. Auf Grundlage dieser klaren Zielstellung forderte die AOK ein transparentes und unabhängiges Verfahren zur Weiterentwicklung des RSA durch den Wissenschaftlichen Beirat beim BVA. Teil eines ganzen Bündels kurzfristiger, von der AOK-Gemeinschaft angeregter Sofortmaßnahmen waren die Einführung verbindlicher, bundeseinheitlicher Richtlinien zur Kodierung von Krankheitsdiagnosen sowie die Aufhebung der Begrenzung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten durch Einführung des sogenannten Vollmodells.

Ende 2016 schließlich gab das Bundesgesundheitsministerium noch unter dem damaligen Minister Hermann Gröhe beim Wissenschaftlichen Beirat eine Evaluation zur Wirkung des Morbi-RSA in Auftrag. In dem Gutachten untersuchte der Beirat auch Kritikpunkte der Krankenkassen sowie eine umfassende Vorschlagsliste zur Änderung des Morbi-RSA. Die Krankenkassen konnten in einem öffentlichen Anhörungsverfahren eigene Vorschläge für die wissenschaftliche Analyse einbringen. Mit Professor Achim Wambach war auch der Vorsitzende der Monopolkommission an der Untersuchung beteiligt.

Bei der Vorstellung der Ergebnisse Mitte Oktober 2017 betonten die Experten ihre große Einigkeit. Zentrale Funktion des Morbi-RSA sei die Vermeidung von Risikoselektion. Perspektivisch empfahl der Beirat die Berücksichtigung aller Krankheiten. Die Wissenschaftler stellten zwar fest, dass der Morbi-RSA in seiner bisherigen Form gut funktioniert, markierten



aber gleichzeitig an einigen Stellen Weiterentwicklungsbedarf. Wichtig war dem Beirat, dass für die Bewertung der Zielgenauigkeit und der Weiterentwicklung des Morbi-RSA die Reduzierung der Risikoselektionsanreize auf Ebene der Versicherten, von Versichertengruppen und der Krankenkassen als Maßstab definiert ist. Beitragssatzunterschiede in der GKV oder Deckungsgraddifferenzen zwischen Kassenarten hielt das Expertengremium in dieser Frage hingegen für nicht aussagekräftig.

Für Verzögerungen im anschließenden Gesetzgebungsverfahren hatten am Ende auch Aspekte gesorgt, die nichts mit dem GKV-Finanzausgleich an sich zu tun haben. So wollte Gesundheitsminister Jens Spahn nicht nur den Morbi-RSA reformieren, sondern die GKV-Strukturen gleich mit. Künftig sollten alle Krankenkassen bis auf einige Betriebskrankenkassen bundesweit geöffnet und die Gremien der Selbstverwaltung beim GKV-Spitzenverband umorganisiert werden. Mit beiden Plänen scheiterte der Minister unter anderem am Widerstand seiner Amtskollegen in allen 16 Bundesländern. Sie fürchteten um den Bestand regional kluger Versorgung. Deshalb wurde der Referentenentwurf für die Kabinettsfassung komplett überarbeitet und aus dem „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ wurde das „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ - aber doch blieb es das „GKV-FKG“.

DAS POSITIONSPAPIER DES AOK-BUNDESVERBANDES UND WEITERE EINZELHEITEN ZUM REFORMPROZESS IM DOSSIER:

www.aok-bv.de

> Hintergrund > Dossier > Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich





ams-Interview mit Nadine-Michèle Szepan, AOK-Bundesverband

Qualitätsprüfung in der Pflege: „Das neue System ist differenzierter als das alte.“

25.02.20 (ams). Wenig aussagekräftig oder sogar irreführend: Die Pflegenoten, nach denen die Pflegeeinrichtungen in Deutschland bisher bewertet wurden, sind in der Vergangenheit oft kritisiert worden. Die Folge war eine Reform. Seit Ende 2019 greift ein neues System der Qualitätsprüfung, das jetzt die Grundlage für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung bildet. Nadine-Michèle Szepan, Leiterin der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband, zieht im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams) eine erste Bilanz.



Nadine-Michèle Szepan ist Leiterin der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband

Frau Szepan, die ersten Bewertungen von Pflegeeinrichtungen nach dem neuen System der gesetzlichen Qualitätsprüfung liegen jetzt vor.

Wie ist der Start des neuen Prüfungsverfahrens aus Ihrer Sicht gelaufen?

Seit Anfang des Jahres können sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die ersten Bewertungen aus externen Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen nach dem neuen System ansehen. Sie sind im Pflegenavigator der AOK abrufbar. Mitte Februar waren schon 316 Bewertungen für Pflegeeinrichtungen aus allen Bundesländern eingestellt, und jeden Tag kommen weitere hinzu. Spätestens Anfang des nächsten Jahres sind alle Pflegeeinrichtungen einer Prüfung nach dem neuen System unterzogen und im Navigator veröffentlicht. Das ist dem Umstellungsprozess geschuldet, denn die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung prüfen die Einrichtungen erst seit 1. November 2019 nach dem neuen System.

Wir waren natürlich gespannt, wie die neuen Berichte ausfallen. Jetzt sehen wir, dass die Prüfer von Anfang an das gesamte Spektrum der Bewertungsskala ausschöpfen. Da findet man zum Beispiel eine Pflegeeinrichtung, in der bei der Unterstützung der Bewohner in der Körperpflege schwerwiegende Qualitätsdefizite festgestellt wurden. Das ist optisch mit einem von vier Kästchen gekennzeichnet. Die gleiche Einrichtung hat beim Schmerzmanagement dagegen keine oder nur geringe Qualitätsdefizite und bekommt hier die beste Bewertung mit vier Kästchen. Das alles kann man sich im Pflegenavigator anschauen und so auch gezielt die Kriterien vergleichen, die einem persönlich wichtig sind.

Das klingt gut, aber auch komplizierter als die bisherigen Pflegenoten.

Was ist aus Ihrer Sicht der wichtigste Unterschied zum alten System?

Das neue System stellt die Qualität der Einrichtungen viel differenzierter dar als das alte. Es werden 24 Qualitätsaspekte betrachtet – von der Körperpflege über die Medikation bis zur Wundversorgung. Die Qualität der pflegerischen Versorgung ist jetzt besonders im Fokus: Wie gut gelingt es der Einrichtung, auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Bewohner einzugehen? Diese Frage steht bei der neuen Qualitätsbewertung im Mittelpunkt. Bei den alten Pflegenoten war es so, dass eine Einrichtung beispielsweise ein schlechtes Abschneiden bei der Wundversorgung mit einer guten Verpflegung ausgleichen und trotzdem eine gute Note erhalten konnte. Das ist von uns und anderen oft kritisiert worden. Die alten



Pflegenoten haben nicht ausreichend differenziert. Es gab fast nur gute Noten. Daher wird im neuen System auch keine Endnote oder Gesamtbewertung mehr gebildet. Das ist für die Nutzer des Pflegenavigators komplizierter, weil sie sich mehr mit den Details beschäftigen müssen. Aber wir versuchen, ihnen die Suche und persönliche Bewertung der Einrichtungen durch Filterfunktionen zu erleichtern. Man kann die Ergebnisse zum Beispiel gezielt nach bestimmten Aspekten filtern, die einem wichtig sind und diese auch vergleichen mit anderen Einrichtungen. So richtig interessant wird das aber erst, wenn eine ausreichende Zahl von neuen Qualitätsberichten vorliegt.

Wie werden denn die Einrichtungen abgebildet, in denen die MDK-Prüfer noch nicht waren?

Im Moment stehen bei diesen Einrichtungen noch die letzten Qualitätsberichte nach dem alten System, sprich die Pflegenoten. Das ist natürlich nicht ideal, weil die Ergebnisse alt und neu überhaupt nicht miteinander vergleichbar sind. Aber das ist ein vorübergehendes Problem, das bald behoben sein wird. Wir rechnen damit, dass bis Dezember 2020 alle vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem neuen System geprüft worden sind. Die Ergebnisse sind dann etwa zwei Monate nach der Prüfung im Pflegenavigator abrufbar. Vorher bekommen die Einrichtungen noch die Gelegenheit, ihre Ergebnisse einzusehen, Stellung zu beziehen bzw. aus ihrer Sicht zu kommentieren. Einige Kommentare stehen jetzt schon online.

Die externe Prüfung der Pflegeeinrichtungen durch den MDK ist ja nur eine von drei Säulen des neuen Systems der Qualitätsdarstellung. Welche sind die beiden anderen?

Die Pflegeeinrichtungen haben die Möglichkeit, eigene Informationen bereitzustellen, die dann in den Suchportalen der Kranken- und Pflegekassen veröffentlicht werden. Das ist die sogenannte „erste Säule“ des neuen Systems. Hier geht es zum Beispiel um Angaben zu Versorgungsschwerpunkten und Spezialisierungen, zu Kooperationen mit Ärzten oder zur Einbeziehung der Angehörigen. Die Pflegeeinrichtungen, die vom MDK bereits nach dem neuen System bewertet wurden und jetzt ihre Selbstauskünfte eingeben können, machen nach unserer Beobachtung von dieser Möglichkeit aber noch viel zu wenig Gebrauch. Wir können nur an die Träger appellieren, diese Chance zu nutzen, ihre Stärken transparent zu machen und den Menschen die Suche nach einer passenden Einrichtung zu erleichtern.

Die „zweite Säule“ des neuen Systems ist die bereits angesprochene externe Prüfung durch den MDK. Und die „dritte Säule“ bilden die Ergebnisse von insgesamt 15 Qualitätsindikatoren, die von den Pflegeeinrichtungen im Rahmen ihres internen Qualitätsmanagements selbst erhoben und gemeldet werden. Hier wird dokumentiert, ob die Einrichtung es schafft, die Selbstständigkeit ihrer Bewohner zu erhalten und zu fördern, sie vor gesundheitlichen Belastungen oder Schäden zu schützen oder sie in spezifischen Bedarfslagen zu unterstützen. Zum Beispiel bei wie viel Prozent der Bewohner die Einrichtung es geschafft hat, die Mobilität zu erhalten. Hier reicht das Spektrum der Bewertung von einem Punkt bis zu fünf Punkten. Die Ergebnisse dieser Qualitätsindikatoren werden jedes halbe Jahr an die Datenauswertungsstelle gemeldet und dann veröffentlicht. Wir rechnen damit, dass wir die ersten Ergebnisse der Indikatoren-Auswertungen im AOK-Pflegenavigator im vierten Quartal 2020 bereitstellen können.



Bei der Bewertung der Pflegedienste gibt es ja noch das alte System der Schulnoten. Wird es hier auch eine Umstellung geben?

Auf jeden Fall. Bisher fehlt es aber noch an gesetzlichen Regelungen zur Implementierung der bereits von der Wissenschaft erarbeiteten Grundlagen für die Qualitätssicherung.

DER AOK-PFLEGENAVIGATOR:

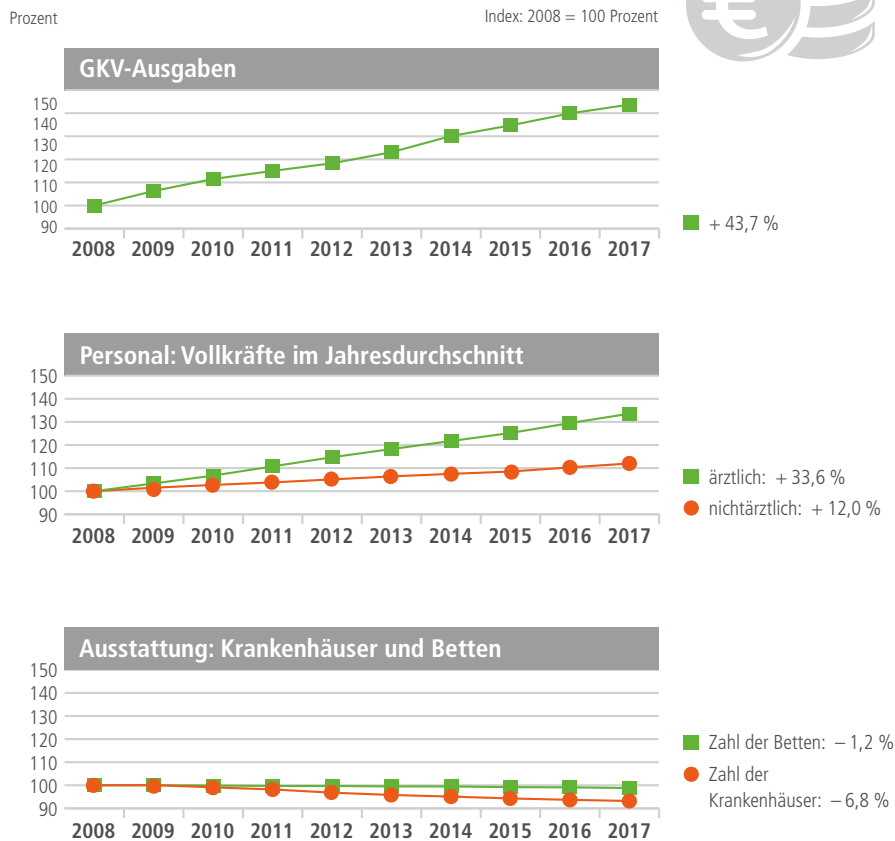
www.aok.de/pflegenavigator





Krankenhäuser: Entwicklung bei Ausgaben, Personal, Ausstattung

ams Politik 02/20



Quelle: BMG, Destatis, GBE
Grafik: AOK-Mediendienst

Die Krankenhaus-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind zwischen 2008 und 2017 um mehr als 40 Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum ist das ärztliche Personal um 33,6 Prozent gewachsen, das nichtärztliche lediglich um zwölf Prozent. Dabei sank die Zahl der Krankenhäuser um 6,8 Prozent, die Zahl der Betten nur um 1,2 Prozent. Ende März präsentieren das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) und der AOK-Bundesverband den Krankenhaus-Report 2020. Ein Schwerpunkt des Reports ist die Finanzierung und Vergütung von Kliniken.

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



EU-Ticker

Zehn Millionen Euro für Coronavirus-Forschung

25.02.20 (ams). Die EU-Kommission stellt zehn Millionen Euro zur Erforschung der Coronavirus-Krankheit zur Verfügung. Das Geld kommt aus dem Forschungs- und Innovationsprogramm „Horizont 2020“. Laut Mitteilung werden bis zu vier Forschungsprojekte unterstützt. Ziel ist es laut EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides und ihrer für Forschung zuständigen Kommissionskollegin Mariya Gabriel, „die Erforschung der Coronavirus-Epidemie voranzubringen und die klinische Versorgung von Patienten, die mit dem Virus infiziert sind und die Reaktionsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitswesens zu verbessern“. Dank des Programms „Horizont 2020“ sei es möglich, bei Notfällen im Bereich der öffentlichen Gesundheit schnell Geld zu mobilisieren. Der Kommissar für humanitäre Hilfe und Krisenschutz, Janez Lenarcic, sagte: „Es ist entscheidend, dass sich die gesamte internationale Gemeinschaft auf die Bereitschafts- und Reaktionsbemühungen zur Bekämpfung des Coronavirus konzentriert und dabei die internationale Solidarität im Auge behält.“

WEITERE INFORMATIONEN ZUM FORSCHUNGSPROGRAMM:

www.ec.europa.eu/germany/news
> Meldung vom 31.01.20



Immer mehr Europäer leben und arbeiten in anderen EU-Ländern

25.02.20 (ams). Mittlerweile leben 4,2 Prozent der EU-Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in einem anderen EU-Land. Das geht aus dem neuen Jahresbericht der EU-Kommission zur Arbeitsmobilität in der Union hervor. Danach machten 2018 rund 17,6 Millionen EU-Bürger von ihrem Recht Gebrauch, in einem anderen EU-Land zu leben und zu arbeiten oder sich dauerhaft in einem anderen Mitgliedstaat aufzuhalten. Nach Deutschland kamen danach 318.000 EU-Bürger, 163.000 Deutsche gingen ins EU-Ausland. „Die Zahlen sind besonders mit Blick auf den Brexit interessant“, sagt AOK-Europaexperte Evert Jan van Lente. „Die Hälfte aller EU-Zuwanderer zog nach Deutschland oder ins Vereinigte Königreich. Auf der Insel diskutiert man jetzt über die Einwanderungsregeln ab 2021. Das Land ist aber mehr denn je auf ausländische Kräfte in der medizinischen Versorgung und Pflege angewiesen.“

WEITERE INFORMATIONEN ZUM EU-BERICHT ZUR ARBEITSMOBILITÄT:

www.ec.europa.eu/germany/news
> Meldung vom 30.01.20





EU will Kampf gegen Krebs verstärken

25.02.20 (ams). Die Europäische Union will mehr tun, um Krebserkrankungen zurückzudrängen. Anlässlich des Weltkrebstages am 4. Februar hat die EU-Kommission eine öffentliche Konsultation gestartet. Die Ergebnisse der offenen Befragung sollen in einen europäischen Plan zur Krebsbekämpfung einfließen, der bis Ende dieses Jahres vorliegen soll. EU-Bürgerinnen und -Bürger sowie Interessenvertreter haben bis zum 28. April 2020 Zeit, eigene Vorstellungen einzubringen. Der Plan zur Krebsbekämpfung umfasst laut EU-Kommission die Schwerpunkte Prävention, Früherkennung und Diagnose, Behandlung und Versorgung sowie Lebensqualität. Es geht um bessere Ernährung und das Eindämmen umweltbedingter Risikofaktoren, um bessere Screening-Programme und den Zugang zu hochwertiger Behandlung und neuen Therapien sowie die Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Medikamenten und mehr Geld für die Forschung. Zu Gast bei der Konferenz des Europaparlamentes zum Start der Konsultation war auch EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides. „Sie hat selbst eine Krebserkrankung überwunden und deshalb auch die Lebensqualität der Betroffenen im Blick. Sie will auch gegen Diskriminierung vorgehen, zum Beispiel bei der Vergabe von Darlehen oder Versicherungsverträgen“, erläutert Europaexperte Evert Jan van Lente, der für die AOK an der Parlamentsveranstaltung teilnahm.

INFO DER EU-KOMMISSION ZUM START DER ÖFFENTLICHEN KONSULTATION

www.ec.europa.eu/germany/news
> Meldung vom 04.02.20

ÖFFENTLICHE KONSULTATION ZUM EUROPÄISCHEN PLAN ZUR KREBSBEKÄMPFUNG

www.ec.europa.eu/germany/news
> Rückmeldung zu Initiativen der Kommission



ZAHLEN UND DATEN DES EUROPAPARLAMENTS ZU KREBSERKRANKUNGEN UND ZUR KREBSBEKÄMPFUNG

www.europarl.europa.eu
> Aktuelles > Schlagzeilen > Gesellschaft

(Toro)



Zahl des Monats

99 Prozent des Umsatzes

25.02.20 (ams) ... mit verschreibungspflichtigen Medikamenten entfiel 2018 laut Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) auf die öffentlichen Apotheken. Das entspricht 30,462 Milliarden Euro. Der Anteil des Versandhandels betrug nur ein Prozent oder 300 Millionen Euro.

Der Umsatz der Apotheken legte 2018 um 5,6 Prozent zu, während der Versandhandel einen Rückgang von 1,6 Prozent zu verzeichnen hatte.

Aktuell befindet sich der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken in Abstimmung mit der EU-Kommission. Hintergrund: Der Gesetzentwurf beinhaltet auch eine Preisbindung für den Arzneimittelversandhandel durch ausländische Apotheken.

Der Europäische Gerichtshof hatte im Oktober 2016 entschieden, dass ausländische Versandhändler sich nicht an die deutsche Preisbindung für rezeptpflichtige Medikamente halten müssen. Die Bundesregierung sucht seitdem nach einer rechtssicheren Lösung, die in- und ausländische Versandapotheken gleichstellt.

WEITERE INFORMATIONEN DER ABDA:

www.abda.de

> Aktuelles und Presse > Statistik



und

IM DOSSIER:

www.aok-bv.de

> Hintergrund > Dossiers > Arzneimittel





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

DMP für Osteoporose kommt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) für Osteoporose beschlossen. Das DMP richtet sich an Patienten, bei denen eine medikamentös behandlungsbedürftige Osteoporose vorliegt. Frauen können sich ab dem vollendeten 50. Lebensjahr in das DMP einschreiben lassen, Männer ab dem vollendeten 60. Lebensjahr. Wie bei jedem DMP spielt die Aufklärung der Patienten über die Erkrankung sowie über lebensstilbezogene Einflussfaktoren wie Ernährung und Bewegung eine besondere Rolle. Osteoporose ist eine Skeletterkrankung, bei der aufgrund einer niedrigen Knochendichte und -stabilität ein erhöhtes Risiko für Brüche besteht. Besonders häufig tritt die Krankheit im fortgeschrittenen Lebensalter auf. Ziel des DMP ist, (weitere) Knochenbrüche zu vermeiden, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und Schmerzen zu reduzieren. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft derzeit den Beschluss.

Diabetes-DMP an aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die bundesweit geltenden Disease-Management-Programme (DMP) für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 aktualisiert. Zu den Veränderungen gehört beispielsweise die individuelle Therapieplanung. Deren Ziel ist es, den Patienten auf einen normnahen Glukosewert einzustellen und Unter- beziehungsweise Überzuckerung zu vermeiden. Zuletzt wurde das DMP-Programm 2014 überarbeitet. Die DMP-Verträge müssen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Beschlusses an die neuen Anforderungen angepasst werden. Derzeit sind circa 225.000 gesetzlich krankenversicherte Patienten in ein DMP für Typ-1-Diabetes eingeschrieben. Bei dieser chronischen Stoffwechselerkrankung produziert der Körper kein oder zu wenig Insulin. DMP-Behandlungsprogramme sollen den sektorenübergreifenden Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Menschen verbessern.

WEITERE BESCHLÜSSE UND GRUNDSÄTZLICHE
INFORMATIONEN ZUR ARBEIT DES GBA:

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Der Bundestag hat das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ verabschiedet. Außerdem konkretisiert sich mit der Vorlage des Referentenentwurfs eines „Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur“ der rechtliche Rahmen für die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Sechs weitere Gesetzesprojekte stehen noch auf der gesundheitspolitischen Agenda. Diese und ältere Gesetze (Stand: 25. Februar 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 sowie 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 häufig auf subjektiven Eindrücken anderer Nutzer. Das Gesetz soll darüberhinaus auch bei Leistungserbringern für mehr Transparenz über die Vielzahl digitaler Angebote zur Unterstützung von Patienten sorgen. So sollen Gesundheits-Apps leichter in den Behandlungsalltag Eingang finden.

Für die Erstattung digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen Gesundheits-Apps einen medizinischen Nutzen oder patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserungen in der Versorgung haben, die nachweislich positive Versorgungseffekte für den Patienten bringen.

Dem BfArM obliegt die Ausarbeitung konkreter Methoden und Verfahren zur Bewertung dieser beiden Aspekte. Ein vom BfArM zu erstellendes Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen soll 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 einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (GKV-FKG)

Vergangene Woche hat der Bundestag das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV“ (GKV-FKG) in zweiter und dritter Lesung abschließend debattiert und verabschiedet. Der Bundesrat diskutiert am 13. März letztmalig über eins der größten gesundheitspolitischen Reformprojekte der laufenden Legislaturperiode. Das GKV-FKG ist allerdings nicht mehr zustimmungspflichtig und soll im Frühjahr 2020 in Kraft treten.

Mit dem Kabinettsentwurf vom 9. Oktober 2019 hat der von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bereits am 25. März 2019 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 Bundesamt für soziale Sicherung (BAS), dem ehemaligen 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 des GKV-Spitzenverbandes.

Die bisherige Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten wird aufgehoben. Stattdessen berücksichtigt künftig ein sogenanntes Vollmodell das gesamte Krankheitsspektrum. 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 Krankenhausbettanzahl sollen allerdings nicht in den Ausgleich einbezogen werden.

Ein Risikopool mindert künftig finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen aufgrund von Hochkostenfällen. 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 wird an einigen Stellen die Praxis der Morbi-RSA-Zuweisungen. Bisher erhalten Krankenkassen für junge Versicherte mit hoher Morbidität tendenziell zu niedrige und für 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.

Das ursprünglich geplante Verbot differenzierter Diagnosen im Rahmen innovativer Haus- und Facharztverträge kommt nicht. Die Allianz Deutscher Ärzteverbände und die AOK hatten vor einem solchen Verbot ausdrücklich gewarnt. Das Bündnis fürchtete, dass zahlreiche Verträge zur besseren Versorgung von Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen dadurch gefährdet gewesen wären, da zum Beispiel nicht mehr zwischen einem Diabetes Mellitus Typ I und Typ II bei der Dokumentation für den Morbi-RSA unterschieden worden wäre, obwohl beide Typen letztlich völlig unterschiedliche Krankheiten sind und unterschiedliche Behandlungen erfordern. Darüberhinaus hält die Große Koalition an der sogenannten



Manipulationsbremse fest. Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsrate überschreiten, werden pauschal von der Berechnung der Risikozuschläge im Jahresausgleich ausgenommen. Präventionsbemühungen der Krankenkassen werden im Morbi-RSA stärker berücksichtigt. 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 des BAS wird gesetzlich beauftragt, alle vier Jahre die Wirkungsweise des Finanzausgleichs zwischen den Kassen be- und auszuwerten. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit der Prüfung von Einzelfragen durch BMG und BAS 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. Auf die ursprünglich geplante Verkleinerung des Verwaltungsrats von derzeit 52 auf 40 Mitglieder wird verzichtet. An der festen Quote des Frauenanteils auf mindestens 40 Prozent wird jedoch festgehalten.

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 insbesondere Maßnahmen gegen Lieferengpässe bei Arzneimitteln.

DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:

dipbt.bundestag.de
> Dokumente > Drucksache 19/17155





Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutzgesetz – PDSG)

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) formuliert im Referentenentwurf zwei grundsätzliche Ziele: digitale Lösungen schnell an den Patienten zu bringen und dabei sensible Gesundheitsdaten zu schützen. Das PDSG konkretisiert die datenschutzrechtlichen Anforderungen, die sich aus dem Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) ergeben. Die jetzt vorgelegten Regelungen sollen schrittweise erweitert und stetig dem technologischen Fortschritt angepasst werden.

Das DVG legt fest, dass Krankenkassen ihren Versicherten ab 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung stellen müssen. Auch die technischen Rahmenbedingungen zur Nutzung des mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) eingeführten elektronischen Rezepts (E-Rezept) werden geregelt. Schließlich sollen Facharzt-Überweisungen künftig auch digital übermittelt werden können. All diese Vorgänge werden über die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen (TI) abgewickelt. Der Gesetzesentwurf nennt „Patientensouveränität“ als wichtigsten Anspruch. Das heißt im Einzelnen: Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Der Patient allein entscheidet, welche Daten dort gespeichert und wieder gelöscht werden. Er entscheidet auch in jedem einzelnen Fall, wer auf die ePA zugreifen darf. Ab 2022 sollen Versicherte die Möglichkeit haben, über ihr Smartphone oder Tablet für jedes einzelne gespeicherte Dokument festzulegen, wer darauf Zugriff hat. So können Patienten künftig entscheiden, dass etwa ein Zahnarzt, seinen Befund hochladen und bearbeiten darf, das vom Orthopäden hinterlegte Röntgenbild aber nicht sieht und umgekehrt.

Patienten, die kein Smartphone oder Tablet haben, müssen dennoch die Möglichkeit bekommen, die ePA zu nutzen, etwa in der Filiale ihrer Krankenkasse. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ab 2022 geeignete Geräte zur Verfügung zu stellen und den Zugang zur ePA zu ermöglichen.

Ab 2023 haben Versicherte darüberhinaus die Möglichkeit, eine „Datenspende“ zu leisten, das heißt ihre ePA-Daten freiwillig der Forschung zur Verfügung zu stellen.

Zunächst soll die ePA mit Befunden, Arztberichten und Röntgenbildern befüllt werden. Ab 2022 lassen sich dort auch Impfausweis, Mutterpass, das gelbe Heft für die Kinderuntersuchungen sowie das Bonusheft für den Zahnarzt hinterlegen. Die Versicherten erhalten mit dem PDSG einen Anspruch darauf, dass ihre Ärztin beziehungsweise ihr Arzt Daten in die ePA einträgt. Für die Verwaltung und Erstbefüllung der Akte erhalten Ärzte ein Honorar. Bei einem Kassenwechsel können Versicherte ihre Daten aus der ePA übertragen lassen.

Das E-Rezept soll über eine App auf das Smartphone des Versicherten geladen werden können. Der Patient kann es dann in einer Apotheke seiner Wahl – auch online – einlösen. Die App soll im Laufe des Jahres 2021 zur Verfügung stehen. Wer sein Rezept in einer anderen App speichern will, kann es dorthin weiterleiten. Auch Überweisungen zum Facharzt sollen auf diesem Wege übermittelt werden können.

Das Gesetz sieht darüberhinaus allgemeine Regeln für Datenschutz und -sicherheit vor. So ist jeder Nutzer der TI – egal ob Arzt, Krankenhaus oder Apotheker – für den Schutz der von ihm verarbeiteten Patientendaten verantwortlich. Betreiber von Diensten und Komponenten der TI werden unter Androhung eines Bußgeldes von bis zu 250.000 Euro dazu



verpflichtet, Störungen und Sicherheitslücken unverzüglich an die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) zu melden. Für Patientenakten auf Papier gilt schon jetzt ein sogenannter Beschlagnahmeschutz. Im Falle polizeilicher Ermittlungen muss kein Arzt die Daten seiner Patienten herausgeben. Diese Regeln sollen künftig auch für die ePA gelten.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Patientendaten-Schutzgesetz



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 hat am 17. Februar stattgefunden. 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 Versorgungsbedarf 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



DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

www.aok-bv.de > Positionen > Stellungnahmen



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. Das Bundeskabinett hat seinen Entwurf in der vergangenen Woche beschlossen; das Gesetzgebungsverfahren soll bis zum Sommer 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. Die zweite und dritte Lesung ist mittlerweile für März, der zweite Durchgang im Bundesrat für April 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 bedeutende 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. Der Bundesrat hat sich Ende vergangener Woche erstmals mit dem Gesetz beschäftigt. Die erste Lesung im Bundestag ist noch nicht terminiert.

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

Erneut bestätigt: Keine Lieferengpässe durch Rabattverträge

25.02.20 (ams). Lieferengpässe bei Arzneimitteln lassen sich nicht Rabattverträgen anlasten. Zu diesem Ergebnis kommt ein Gutachten der Institut Gesundheit Österreich GmbH. Es vergleicht die Situation in Deutschland mit der in Finnland und Italien (beide ohne Rabattverträge) sowie mit den Niederlanden und Schweden (beide mit ähnlichen Instrumenten wie Deutschland). Eine grundlegende Erkenntnis: Lieferengpässe nehmen weltweit unabhängig von der jeweiligen Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme zu. Der GKV-Spitzenverband hatte das Gutachten in Auftrag gegeben. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) war bereits Ende 2019 zu ähnlichen Ergebnissen gekommen.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.gkv-spitzenverband.de > Über uns > Presse > Pressemitteilung vom 05.02.20

EINZELHEITEN ZUR ANALYSE DES WIDO

www.wido.de > News & Events > Aktuelles



Lesen und Schreiben für die Gesundheit

25.02.20 (ams). Etwa jeder achte Erwerbsfähige in Deutschland kann weder richtig lesen noch schreiben. Das ist ein Ergebnis der LEO-Studie 2019 der Universität Hamburg. Um die Lese- und Schreibfähigkeit im Bereich der Gesundheitsversorgung zu stärken, hat das gemeinsame Projekt von AOK und Stiftung Lesen „HEAL - Health Literacy im Kontext von Alphabetisierung und Grundbildung“ ein ganzes Bündel an Handlungsempfehlungen herausgearbeitet. „Wenn Menschen beispielsweise den Beipackzettel eines Medikaments nicht verstehen, weil sie nicht richtig lesen und schreiben können, so kann dies gesundheitsschädliche Folgen haben. Für Allergiker, die die Nährwertangaben auf Lebensmitteln nicht richtig lesen können, wird das sogar lebensbedrohlich“, warnt Dr. Kai Kolpatzik, Präventionsexperte im AOK-Bundesverband.

DIE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND WEITERE INFORMATIONEN ZU HEAL:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung vom 05.02.20



Ein Jahr „Stadt. Land. Gesund.“

25.02.20 (ams). Gemeinsam mit Partnern vor Ort setzen sich die AOKs dafür ein, dass ihre Versicherten vor Ort gut versorgt werden. Mit der Initiative „Stadt. Land. Gesund.“ hat die AOK ihr Engagement insbesondere in ländlich geprägten Regionen noch einmal verstärkt. Anlässlich des ersten Jahrestages der Initiative (20. Februar 2020) präsentiert der AOK-Bundesverband neue Versorgungsangebote in seinem Onlineportal.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.stadtlandgesund.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:
