



AOK-MEDIENSERVICE

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

03/20

POLITIK

 @AOK_Politik

Fragen und Antworten rund um die aktuelle Infektionswelle

- **Coronavirus:
Von Abrechnung bis Krankschreibung** 2

ams-Grafik: GKV-Finanzergebnisse 2019

- **Erstes Defizit seit vier Jahren** 7

ams-Grafik: GKV-Finanzergebnisse 2019

- **EU gibt mehr Geld
für Forschung am Coronavirus** 8

Zahl des Monats

- **Mit 7,5 Prozent ...** 9

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 10

- **Gesetzgebungskalender** 11

- **Kurzmeldungen** 20



Fragen und Antworten rund um die Corona- Infektionswelle

Von Abrechnung bis Krankschreibung

17.03.20 (ams). Neben medizinischen Informationen zum neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) bietet der AOK-Bundesverband auch Fachinformationen rund um die Finanzierung und Abrechnung der Leistungen im Zusammenhang mit der Infektionswelle an. Das betrifft die wichtigsten Fragen und Antworten zum Umgang der AOK wie der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit dem Coronavirus. Außerdem geht es darum, wie die AOK ihre Versicherten informiert und welche Vorkehrungen zum Schutz der Mitarbeiter getroffen wurden. Die Informationen auf der Homepage werden laufend aktualisiert.

1. Wie können Maßnahmen im Zusammenhang mit der Ausbreitung von SARS-CoV-2 von niedergelassenen Ärzten und Kliniken abgerechnet werden? Gibt es dafür eine eigene Abrechnungsziffer?

Für die niedergelassenen Ärzte gibt es seit dem 1. Februar eine Abrechnungsziffer zum Coronavirus-Test. Für den Nukleinsäure-basierten spezifischen Test auf SARS-CoV-2 wurde eine eigene Gebührenordnungsposition im sogenannten „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) geschaffen. Außerdem ist festgelegt worden, dass die Ärzte alle Leistungen im Zusammenhang mit dem neuartigen Coronavirus in der Abrechnung mit den Kassen speziell kennzeichnen sollen. So lässt sich genau nachvollziehen, welche Leistungen bei Verdachtsfällen oder nachgewiesenen Erkrankungen erbracht worden sind.

Wenn mit SARS-CoV-2 infizierte Patienten oder Verdachtsfälle im Krankenhaus behandelt werden müssen, erfolgt eine Zuordnung und Vergütung der Leistungen im Rahmen des Systems der Diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG-System). In diesem System werden die klinischen Merkmale der Erkrankung und die notwendigen Therapien differenziert erfasst – genau wie bei allen anderen Erkrankungen, die in der Klinik behandelt werden.

2. Bekommen die Ärzte und Krankenhäuser alle Leistungen bezahlt, die sie aufgrund des neuartigen Coronavirus durchführen müssen?

Der Coronavirus-Test und alle anderen Leistungen im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektionen oder Verdachtsfällen werden den **niedergelassenen Ärzten** von den gesetzlichen Krankenkassen extrabudgetär vergütet. Voraussetzung ist, dass die Ärzte diese Leistungen in der Abrechnung entsprechend kennzeichnen (siehe Antwort 1).

Bis Ende Februar haben die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für Tests nur bei Patienten übernommen, die entweder Kontakt zu einem bestätigten Fall hatten oder innerhalb der vergangenen 14 Tage in einem vom Robert-Koch-Institut (RKI) genannten Risikogebiet gewesen sind. Seit 28. Februar 2020 liegt die Entscheidung, ob ein Patient getestet werden soll oder nicht, beim behandelnden Arzt. Als Orientierungshilfe für Ärzte gibt es ein Schema des RKI zur Verdachtsabklärung.

Die AOKs werden die Entscheidungen des behandelnden Arztes nicht nachträglich prüfen.



Für den **Krankenhaus-Bereich** hat der AOK-Bundesverband am 13. März zugesichert, dass die AOK die Liquidität aller betroffenen Krankenhäuser unabhängig von Einzelabrechnungen aufrechterhalten wird: Wenn es durch die Streichung von planbaren Eingriffen oder durch Sonderaufwendungen für Coronavirus-Patienten zu finanziellen Engpässen in Krankenhäusern kommt, wird die AOK unbürokratisch helfen.

Die gute Versorgung der betroffenen Patienten und die Arbeitsfähigkeit der Kliniken steht jetzt im Mittelpunkt. Zum jetzigen Zeitpunkt kann niemand die genauen Auswirkungen prognostizieren. Es ist daher zu begrüßen, dass Bund und Länder entsprechende Signale für den zentralen Einkauf der Schutzkleidung gesetzt haben: Darüber hinaus wird die AOK die entstandenen Kosten und entgangenen Erlöse in der Krankenhausversorgung in verantwortungsvoller Weise ausgleichen und die notwendige Liquidität sichern. Dabei können wir auf Erfahrungen aus früheren Krisensituation wie dem Oderdeich-Bruch oder der EHEC-Krise zurückgreifen. Sobald Klarheit herrscht, wird die AOK geeignete Lösungen mit den Krankenhäusern auf Ortsebene finden und gemeinsam mit den Ländern das Vorgehen abstimmen.

3. Wie hoch sind die Kosten, die den gesetzlichen Krankenkassen für den Coronavirus-Test entstehen?

Der Coronavirus-Test wird von den gesetzlichen Krankenkassen mit 59 Euro vergütet. Die Abrechnungsziffer kann nur von Fachärzten für Labormedizin oder von Fachärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie abgerechnet werden. Der entsprechende Beschluss des Bewertungsausschusses gilt seit dem 1. Februar 2020. Die Vergütung des Tests erfolgt extrabudgetär (siehe dazu auch Antwort 2).

4. Wie wird gewährleistet, dass bei einem starken Anstieg der medizinischen Leistungen infolge einer Pandemie die Finanzierung aller Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen sichergestellt ist? Gibt es ein „finanzielles Polster“ für solche Fälle?

Es gibt bei den gesetzlichen Krankenkassen keine speziellen, für solche Fälle vorgesehenen Finanzreserven. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist aber auf solche Situationen gut vorbereitet und kann die Finanzierung von kurzfristigen „Ausschlägen“ der Leistungsausgaben nach oben infolge von Infektionswellen gut bewältigen. Das ist auch bei den alljährlichen Grippewellen kein Problem.

5. Liegen der AOK bereits Daten zu Behandlungen in Zusammenhang mit dem neuartigen Coronavirus vor?

Nein, bisher liegen uns keine validen Informationen zur Anzahl der stationär oder ambulant behandelten Patienten bzw. zu den durchgeführten Behandlungen vor.

6. Gibt es schon Informationen zu den Kosten, die der AOK durch Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus bzw. durch die Abklärung der Verdachtsfälle entstehen?

Da die Abrechnung der Leistungen durch Ärzte und Kliniken erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung erfolgt, können wir zu dieser Frage noch keine Aussage treffen.

7. Kommt die Krankenkasse für Ausfallzeiten von Arbeitnehmern auf, die im Zusammenhang mit der Infektionswelle entstehen?

Die Krankenkassen tragen alle Kosten der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten.



Falls Beschäftigte jedoch vorsorglich zu Hause bleiben sollen, um beispielsweise einen Verdachtsfall auszuräumen oder nicht mit Infizierten in Kontakt zu kommen, oder falls der Arbeitgeber veränderte Arbeitsbedingungen anordnet, kommt die Krankenkasse nicht für einen möglichen Verdienstaufschlag auf. Die Zahlung von Krankengeld ausschließlich bei bestehender Arbeitsunfähigkeit findet im üblichen gesetzlichen Rahmen statt.

8. Wie informiert die AOK ihre Versicherten über das neuartige Coronavirus? Und welche Maßnahmen werden zum Schutz der Mitarbeiter ergriffen?

Alle AOKs informieren ihre Versicherten auf verschiedenen Kanälen (Homepage, Social-Media-Kanäle etc.) über die Erkrankung und die Maßnahmen zum Schutz vor einer Infektion. Darüber hinaus können sich die Versicherten kostenlos über die medizinische Hotline der AOK beraten lassen. Die kostenfreie Hotline für alle AOK-Versicherten ist rund um die Uhr unter 0800 126 5265 (in Baden-Württemberg unter 0800 105 0501) erreichbar. Darüber hinaus informiert die AOK auf ihrer Homepage sowie auf ihren Facebook-Seiten, Instagram-Accounts und Twitter-Kanälen über das Thema Coronavirus.

Über die Kanäle der internen Kommunikation werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf dem Laufenden gehalten und bekommen Verhaltenstipps. Dazu gehören Hinweise zur richtigen „Husten- und Nies-Etikette“. Einzelne AOKs haben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beispielsweise auch Handdesinfektion zur Verfügung gestellt und empfohlen, keine Hände mehr zu schütteln. Zudem greifen bei AOKs und beim AOK-Bundesverband mit betrieblichen Pandemie-Plänen vor. Sie enthalten unter anderem Hinweise zur Hygiene, die Festlegung von Zuständigkeiten und Ansprechpartnern im Pandemiefall sowie Vorkehrungen, wie mit einem erheblichem Personalausfall umzugehen ist.

Fast alle AOKs haben inzwischen ihre Geschäftsstellen geschlossen, um dazu beizutragen, das Infektionsrisiko zu verringern und die Ausbreitung des Coronavirus zu verlangsamen. Versicherte werden gebeten, auf andere Kommunikationskanäle wie Telefon, Post oder E-Mail auszuweichen. Die AOK bleibt handlungsfähig, der Betrieb wird aufrechterhalten. Um für die Versicherten weiter gut erreichbar zu sein und alle Anliegen und Anträge so schnell wie möglich bearbeiten zu können, wurden vielerorts die Kapazitäten zur Beantwortung von Anrufen und Mails verstärkt.

9. Wie steht es um die Liefersicherheit für Arzneimittel aufgrund der Coronavirus-Pandemie?

Laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gibt es auf Basis der aktuell vorliegenden Informationen und Daten „weder national noch europäisch Hinweise, die kurzfristig auf eine Einschränkung oder ein Erliegen der Arzneimittelversorgung hindeuten“.

10. Wie bewertet die AOK die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen zur Entlastung der Krankenhäuser?

Die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen durch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn greift eine sinnvolle Regelung auf, die für den Fall einer starken Erhöhung der Patientenzahlen durch eine Epidemie ohnehin in der entsprechenden Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft vorgesehen ist. Wir hoffen, dass diese Maßnahme bei der Bewältigung der aktuellen Infektionswelle hilft. Die Selbstverwaltung wird die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen nach den Regeln der Vereinbarung umsetzen.



Ziel sollte es sein, dieses wichtige Instrument zur Entlastung der Pflegekräfte und zur Gewährleistung der Patientenversorgung so schnell wie möglich wieder in Kraft zu setzen. Die Untergrenzen für pflegesensitive Bereiche definieren ohnehin nur einen Minimalstandard – und eine ausreichende Besetzung der Stationen ist die Voraussetzung dafür, Pflegefehler und Mängel bei der Hygiene aufgrund von Überlastung des Pflegepersonals zu vermeiden.

11. Wie sieht die Regelung zur erleichterten Krankschreibung bei Erkältungen aus und wie lange gilt sie?

Seit 9. März können Patienten mit leichten Erkrankungen der oberen Atemwege nach telefonischer Rücksprache mit ihrem Arzt eine Bescheinigung auf Arbeitsunfähigkeit (AU) bis maximal sieben Tage ausgestellt bekommen. Sie müssen dafür nicht die Arztpraxen aufsuchen; die AU-Bescheinigung wird in diesem Fall per Post zugesendet. Auch die elektronische Gesundheitskarte muss nicht vorgelegt werden – es reicht, die Versichertendaten per Telefon mitzuteilen und die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse mündlich zu bestätigen. Bei Patienten, die der Praxis ohnehin schon bekannt sind, übernehmen die Ärzte die Daten aus der Patientenakte. Die Regelung zur erleichterten Krankschreibung bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege gilt auch für die Krankschreibung von Kindern (also für den Erhalt der „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes“). Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband verständigt.

Die Regelung gilt für Patienten, die an leichten Erkrankungen der oberen Atemwege erkrankt sind. Sie gilt nicht für Erkrankte, die eine schwere Symptomatik vorweisen oder die Kriterien des Robert-Koch-Instituts (RKI) für einen Verdacht auf eine Infektion mit COVID-19 erfüllen. Diese Personen sollten weiterhin durch die vorgesehenen Stellen getestet werden, um die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen.

Die neue Vereinbarung gilt zunächst für vier Wochen. Sie kann durch die Vertragsparteien im Einvernehmen verlängert werden, wenn die gegenwärtige Ausnahmesituation fortbesteht.

Die Entscheidung der Selbstverwaltungs-Partner soll dazu dienen, Patienten und Ärzte zu entlasten.

12. Wie sehen die Regelungen zu erleichterten Heilmittel-Versorgung aus und wie lange gelten sie?

Aufgrund der Coronavirus-Pandemie haben die gesetzlichen Krankenkassen die Regeln für die Versorgung mit Heilmitteln gelockert, um Patienten, Arztpraxen und Therapeuten zu entlasten. Die Ausnahme-Regelungen, auf die sich die Kassenverbände auf Bundesebene geeinigt haben, betreffen Verordnungen von Physiotherapie, Ergotherapie, Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie, Podologie sowie Ernährungstherapie.

Bei Heilmittel-Verordnungen, die nach dem 18. Februar 2020 ausgestellt worden sind, muss die Behandlung nach den neuen Regelungen nicht mehr innerhalb von 14 Tagen (bzw. 28 Tagen im Falle von Podologie und Ernährungstherapie) beginnen. Außerdem kann die Behandlung für einen längeren Zeitraum unterbrochen werden, wenn zum Beispiel der Patient wegen der Coronavirus-Pandemie seine Termine nicht wahrnehmen kann oder will oder wenn der Therapeut nicht zur Verfügung steht. Normalerweise dürfen zwischen den Behandlungsterminen nur 14 Tage liegen. Jetzt verzichten die Krankenkassen darauf, die Einhaltung dieser Frist zu prüfen. Dies gilt für alle Rezepte, bei denen die letzte Behandlung vor der Unterbrechung nach dem 17. Februar erfolgte.



Die neuen Regeln gelten zunächst bis zum 30. April 2020 für Verordnungen aller Haus-, Fach- und Zahnärzte. Die längere Gültigkeit der Verordnungen und die Lockerung der Regeln sollen dazu beitragen, die Zahl der Arztbesuche wegen Heilmittel-Verordnungen zu reduzieren und dadurch die Praxen in der aktuellen Situation zu entlasten.

FRAGEN UND ANTWORTEN ZU MEDIZINISCHEN ASPEKTEN IM AMS-RATGEBER

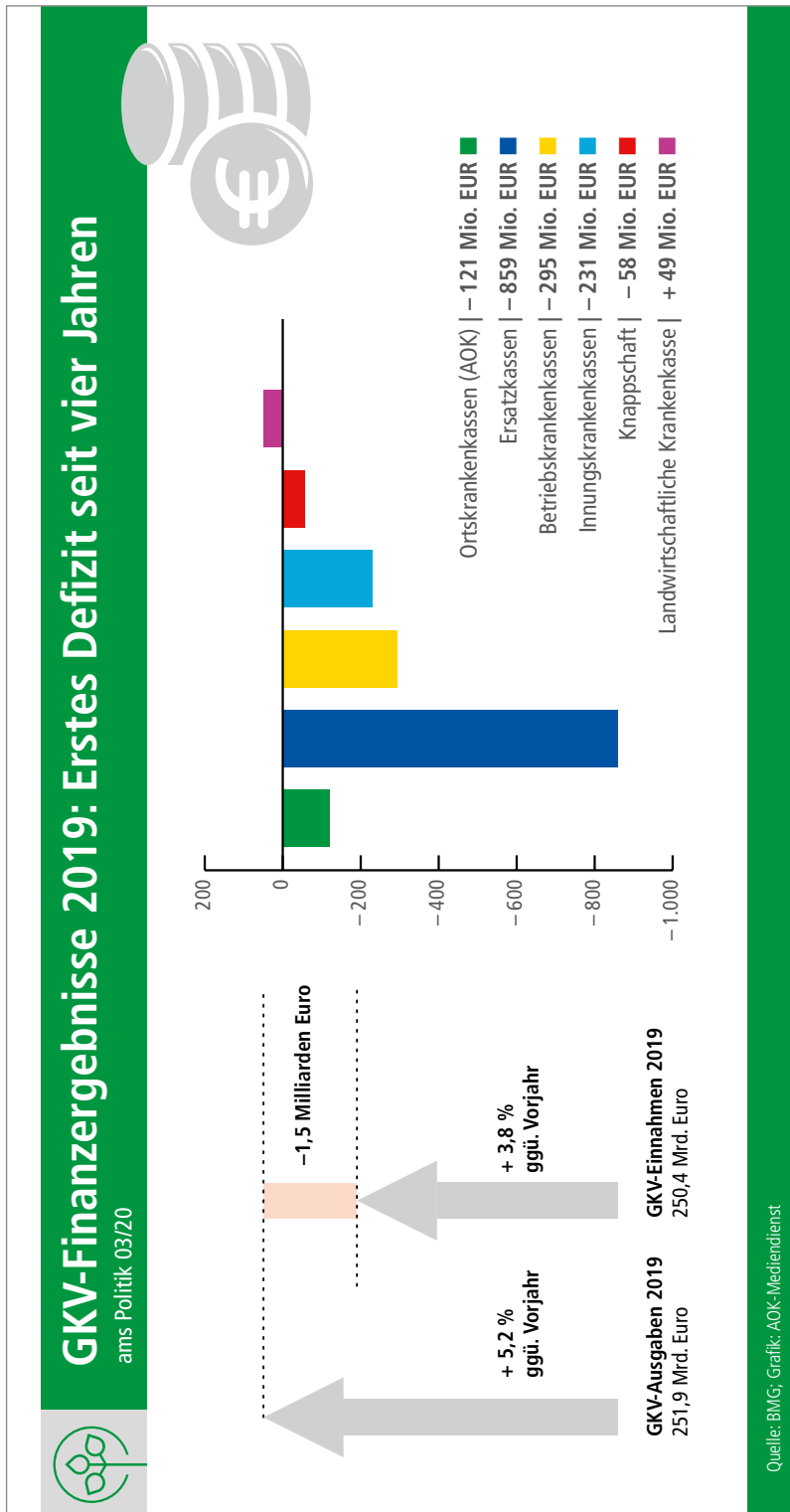
www.aok-bv.de

> Presse > Medienservice < ams-Ratgeber > 01/20

FACHINFORMATIONEN RUND UM FINANZIERUNG UND ABRECHNUNG DER LEISTUNGEN

www.aok-bv.de





Die Reformsetze der Großen Koalition zeigen Wirkung. Trotz Mehreinnahmen von 3,8 Prozent aufgrund relativ stabiler Konjunktur verzeichnete die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 2019 erstmals seit 2015 wieder ein Defizit. Hintergrund: Die Ausgaben legten im gleichen Zeitraum mit 5,2 Prozent stärker zu. Das Ergebnis ist ein Minus von 1,5 Milliarden Euro. Mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse schrieben alle Kassenarten rote Zahlen. Bei den Ersatzkassen und Innungskrankenkassen ist die Lücke laut Ministerium weitgehend auf jeweils eine große Krankenkasse zurückzuführen.

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



EU-Ticker

EU gibt mehr Geld für Forschung am Coronavirus

17.03.20 (ams). Die EU-Kommission hat die Forschungsmittel zur Eindämmung und Bekämpfung des Coronavirus deutlich aufgestockt. Nachdem im Januar bereits zehn Millionen Euro bereitgestellt wurden, stehen jetzt weitere 37,5 Millionen Euro zur Verfügung. Die insgesamt 47,5 Millionen Euro stammen aus dem EU-Forschungsprogramm „Horizont 2020“. Das Geld soll in 17 Projekte fließen, an denen 136 Forschungsteams aus der gesamten EU und weiteren Ländern beteiligt sind. „Diese Teams werden an der Entwicklung von Impfstoffen, neuen Behandlungsmethoden, Diagnosetests und medizinischen Systemen arbeiten, mit denen die weitere Ausbreitung des Coronavirus verhindert werden soll“, heißt es in der Erklärung von EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides und der EU-Kommissarin für Innovation und Forschung, Mariya Gabriel.

WEITERE INFORMATIONEN:

ec.europa.eu/germany > Presse



Koordiniertes Vorgehen im Kampf gegen Covid-19

17.03.20 (ams). Als Pendant zu den nationalen Krisenstäben hat auch die EU-Kommission ein hochrangig besetztes Coronavirus-Reaktionsteam gebildet. Das Team soll die EU-Maßnahmen zur Eindämmung des Covid-19-Ausbruchs koordinieren. Beteiligt sind die Chefs von fünf Generaldirektionen, darunter EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides und Janez Lenarcic, zuständig für das Krisenmanagement der EU. Das Team wird laut Kommission an drei zentralen Themen arbeiten:

1. **Medizinbereich:** Hier geht es um Prävention, Informationskampagnen und persönliche Schutzausrüstung. Das Team arbeitet eng mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Europäischen Arzneimittelagentur EMA zusammen.
2. **Mobilität:** Verkehr und Reiseberatung bis hin zu Fragen zum Schengen-Raum.
3. **Wirtschaft:** Auswirkungen auf Wirtschaftssektoren wie Tourismus, Verkehr, Handel sowie Wertschöpfungsketten und makroökonomische Perspektive.

Die Kommission hat eine Website mit allen EU-Maßnahmen zu Covid-19 sowie aktuellen Zahlen, Studien und Links zu Infos der Mitgliedstaaten eingerichtet.

INFOS DES EU-KRISENSTABES ONLINE

ec.europa.eu/info

> [Leben, Arbeiten und Reisen in der EU](#)
> [Gesundheit](#) > [Coronavirus-Krisenreaktion](#)





Lärmbelastung weiter große Gefahr für die Gesundheit

17.03.20 (ams). Schätzungsweise 22 Millionen Menschen in der Europäischen Union fühlen sich durch dauerhaft hohe Lärmbelastung in ihrer unmittelbaren Umgebung stark gestört. Rund 6,5 Millionen leiden wegen des Lärms unter schweren Schlafstörungen. Das geht aus einem neuen Bericht der in Kopenhagen ansässigen EU-Umweltagentur (European Environment Agency, EEA) hervor. Danach ist mindestens jeder fünfte Europäer in seiner Umgebung gesundheitsschädlichem Lärm ausgesetzt. Größter Lärmverursacher ist laut Bericht der Straßenverkehr gefolgt von Zug- und Flugverkehr sowie Industrielärm. Umgebungslärm führt laut EEA-Bericht zu jährlich bis zu 12.000 vorzeitigen Todesfällen. Besserungen seit der jüngsten EEA-Erhebung dieser Art im Jahr 2014 seien nicht zu erkennen. Das EU-Ziel einer erkennbaren Lärmverringerung bis 2020 werde deshalb verfehlt. Durch das Wachstum der Städte und zunehmende Mobilität sei eher mit einer Zunahme der Lärmbelastung zu rechnen. Der EEA-Bericht verweist auf große Unterschiede in Europa. So seien in Deutschland weniger Menschen Straßenverkehrslärm ausgesetzt als zum Beispiel in Südeuropa. Als Möglichkeiten, Verkehrslärm zu reduzieren, nennt der Bericht unter anderem mehr Tempo-30-Zonen und den Austausch älterer Straßenbeläge gegen „leiseren“ Asphalt.

[INFOS UND EEA-BERICHT ZUM DOWNLOAD \(ENGLISCH\)](#)

www.eea.europa.eu



Nächster Schritt beim Austausch von Gesundheitsdaten

17.03.20 (ams). Der Ausbau grenzüberschreitender elektronischer Gesundheitsdienste zwischen einzelnen EU-Staaten schreitet voran. Seit dem 21. Februar haben Ärzte in Malta Zugang zu den Gesundheitsdaten portugiesischer Touristen in ihrem Land. Seit dem 24. Februar können kroatische Ärzte Gesundheitsdaten maltesischer Touristen einsehen. Die beiden Schritte sind Teil der EU-Strategie, bis 2021 elektronische Verschreibungen (eRezept) und Patientenakten über eine neue digitale eHealth-Diensteinfrastruktur („eHDSI“) zwischen EU-Ländern austauschen zu können. Beteiligt sind Belgien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Kroatien, Irland, Italien, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern. Zwischen Finnland und Estland wurde bereits 2019 der Austausch von eRezepten gestartet.

[INFOS ZU GRENZÜBERSCHREITENDEN EHEALTH-DIENSTEN IN DER EU](#)

ec.europa.eu/heralth

> [Leben, Arbeiten und Reisen in der EU](#)

> [Gesundheitswesen](#) > [Elektronische grenzüberschreitende Gesundheitsdienste](#)





Zahl des Monats

Mit 7,5 Prozent ...

05.03.20 (ams) ... war der Krankenstand bei Beschäftigten in Pflegeheimen im Vergleich der gesamten Branche Gesundheits- und Sozialwesen 2018 am höchsten. Er lag 1,5 Prozentpunkte höher als der Durchschnitt der Branche. Das zeigt der Fehlzeiten-Report 2019 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Mit einem Krankenstand von 7,4 Prozent waren fast ebenso häufig Beschäftigte aus Alten- und Behindertenwohnheimen arbeitsunfähig gemeldet. Beschäftigte in Krankenhäusern kommen genau auf den Durchschnittswert von sechs Prozent.

Allerdings lag der Krankenstand im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt noch einmal mit 5,5 Prozent einen halben Prozentpunkt über dem Durchschnitt aller Branchen.

Als Datengrundlage dienten dem WIdO alle AOK-Mitglieder, die im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt sind.

DER FEHLZEITEN-REPORT 2019:

www.wido.de

> Buchreihen > Fehlzeiten-Report





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Mehr Indikationen für medizinische Fußpflege

Ärzte können eine podologische Therapie zukünftig nicht nur bei einem diabetischen Fußsyndrom, sondern auch bei vergleichbaren Erkrankungsbildern zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnen. Diese Erweiterung des bisherigen Indikationsbereichs hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschlossen. „Eine fachgerecht durchgeführte Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung sollen Folgeschädigungen wie Entzündungen vermeiden, die im schlimmsten Fall zu einer Amputation des Fußes führen können“, sagte Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzende des Unterausschusses Veranlasste Leistungen. Auch in Folge anderer Erkrankungen könnten vergleichbare Schädigungsbilder auftreten, die mit podologischer Therapie wirksam behandelt werden könnten, fügte Lelgemann hinzu. Der Beschluss zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie tritt nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in weiten Teilen am 1. Juli 2020 in Kraft.

WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT DES GBA:

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Nach der abschließenden Beratung im Bundesrat kann das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ im Laufe des Frühjahrs in Kraft treten. Das Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz ist vom Bundestag in zweiter und dritter Lesung verabschiedet worden. Der Referentenentwurf eines „Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur“ hat unterdessen die Fachanhörung der Verbände beim Bundesgesundheitsministerium durchlaufen und ist auf dem Weg ins Kabinett. Fünf weitere Gesetzesprojekte stehen noch auf der gesundheitspolitischen Agenda. Diese und ältere Gesetze (Stand: 17. März 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. Der Kabinettsentwurf wird für April erwartet.

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)

Inzwischen hat jetzt auch der Bundesrat eins der größten gesundheitspolitischen Reformprojekte der laufenden Legislaturperiode abschließend beraten. Das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV“ (GKV-FKG) war allerdings nicht mehr zustimmungspflichtig und soll im Frühjahr 2020 in Kraft treten. Der Bundestag hatte das GKV-FKG bereits im Februar in zweiter und dritter Lesung verabschiedet.

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 Krankenhausbettenzahl 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)

Nach der Fachanhörung Ende Februar soll das Patientendaten-Schutzgesetz Anfang April im Kabinett beraten werden. 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

Voraussichtlich im April ist das Gesetz Thema im Kabinett. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte am 10. Januar den Referentenentwurf für das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Die Fachanhörung des Ministeriums war am 17. Februar. 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 Notfallleitsystem (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)

Nachdem das Bundeskabinett Mitte Februar seinen Entwurf zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPREG) beschlossen hat, wird sich Anfang April der Bundesrat erstmals mit dem beschäftigen. Das Bundesgesundheitsministerium hatte nach deutlichen Protesten und kritischen Stellungnahmen den Referentenentwurf überarbeitet. 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)

Der Bundestag hat das Gesetz zur Anpassung des Medizinprodukterechts an EU-Recht am 5. März in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Der zweite Durchgang im Bundesrat ist für den 2. 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.

DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache19/17589





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

Der Gesetzentwurf ist am 1. März in erster Lesung in die parlamentarischen Beratungen eingebracht worden. Bereits fünf Tage später war das Gesetz Thema der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages. 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 hatte sich im Februar erstmals mit dem Gesetz beschäftigt. 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 GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Konversionstherapienverbot





Kurzmeldungen

Medizinprodukte: Ungenutzte Chance für die Patientenrechte

05.03.20 (ams). Mit dem Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz hätte die Bundesregierung aus Sicht des AOK-Bundesverbandes den Schutz vor fehlerhaften Medizinprodukten deutlich voranbringen können. Es sei mehr als bedauerlich, dass die Große Koalition nationale Gestaltungsspielräume nicht genutzt habe und sogar ursprünglich geplante sinnvolle Regelungen zurückgenommen habe, kritisierte der Vorstandsvorsitzende Martin Litsch anlässlich der zweiten und dritten Lesung im Bundestag. Es geht unter anderem um die Rolle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). „Es wäre es sehr sinnvoll gewesen, dass die Institution, die die Risikobewertung durchführt, auch die Kompetenz bekommt, entsprechende Sicherheitsmaßnahmen einzuleiten und deren Umsetzung zu kontrollieren“, sagte Litsch.

DAS VOLLSTÄNDIGE STATEMENT:

www.aok-bv.de

> Positionen > Statements



Deutscher Pfllegetag erst im November

05.03.20 (ams). Die Veranstalter haben den Deutschen Pfllegetag 2020 auf den 11. und 12. November verschoben. Deutschlands führender Pfllegekongress und damit die zentrale Branchenveranstaltung für Pfllege war ursprünglich für den 12. bis 14. März geplant. „Mit der Verschiebung wollen wir einen Beitrag dazu leisten, die potenzielle Gefährdung der Pfllegefachpersonen durch ein mögliches Infektionsrisiko nicht zu erhöhen und die Betreuung Erkrankter und zu Pfllegenden in dieser angespannten und sich jeden Tag dynamisch ändernden Situation zu gewährleisten. Pfllegefachpersonen werden vor Ort gebraucht“, heißt es in einer Erklärung des Pfllegerates und der Pfllegetags-Geschäftsführung.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.deutscher-pfllegetag.de



Coronavirus: Pfllege-Personaluntergrenzen außer Kraft

04.03.20 (ams). Bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die über das übliche Maß hinausgehen oder bei stark gestiegenen Patientenzahlen können die Untergrrenzen für das Pfllegepersonal in Krankenhäusern ausgesetzt werden. Das hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in einem Schreiben dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft mitgeteilt. Der Minister beruft sich auf den in Paragraph acht der Pfllegepersonaluntergrrenzen-Verordnung enthaltenen Ausnahmetatbestand. Das Bundesgesundheitsministerium sei der Auffassung, dass ein Ausnahmetatbestand bis auf Weiteres gegeben sei.



**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:
