



# AOK-MEDIENSERVICE

INFORMATIONEN DES AOK-BUNDESVERBANDES [WWW.AOK-PRESSE.DE](http://WWW.AOK-PRESSE.DE)

04/20

POLITIK

 @AOK\_Politik

Drei Fragen an Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband

- **„Apps auf Rezept“: Niedrige Anforderungen noch einmal abgesenkt** ..... 2

ams-Grafik

- **Entwicklung der Intensivkapazitäten während der Coronakrise** ..... 4

ams-Interview mit Yvonne Ehmen, Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband

- **Aktuelle Qualitätsberichte für Pflegeeinrichtungen nicht vor November** ..... 5

EU-Ticker

- **Corona-Shutdown: Appell an Solidarität und Respekt** ..... 7

Zahl des Monats

- **Mit 33,9 Intensivbetten ...** ..... 10

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 11

- **Gesetzgebungskalender** ..... 13

- **Kurzmeldungen** ..... 20



Drei Fragen an Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband

## „Apps auf Rezept“: Niedrige Anforderungen noch einmal abgesenkt

21.04.20 (ams). Die Weichen für die „Apps auf Rezept“ sind gestellt: Die Rechtsverordnung zur Erstattung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAV) und ein Leitfadens für die Prüfung und Zulassung dieser Anwendungen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind am 20. April im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden. Viele Verbesserungsvorschläge von Verbraucherschützern, Ärzten und Krankenkassen fanden sich darin nicht wieder, kritisiert Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams).



**Dr. Gerhard Schillinger**  
Leitet den Stab Medizin  
im AOK-Bundesverband

### Herr Dr. Schillinger, wie bewerten Sie die Rechtsverordnung und den Leitfaden, die jetzt rechtskräftig geworden sind?

Schillinger: Grundsätzlich ist es eine gute Sache, dass sinnvolle digitale Gesundheitsanwendungen nun von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden können. Wir begrüßen es, dass Ärzte jetzt Apps mit einem echten Nutzen für die Versicherten verschreiben können. Aber gerade hier liegt auch der Knackpunkt der jetzt in Kraft getretenen Verordnung: Sie bietet keine gute Basis, um die Spreu vom Weizen zu trennen. Die ohnehin schon unglaublich niedrigen Anforderungen an die Studien zum Nachweis eines positiven Versorgungseffektes wurden nochmals deutlich abgesenkt.

Außerdem gab es Abstriche beim Thema Transparenz: Hersteller können Studien als Geschäftsgeheimnisse deklarieren, die nicht veröffentlicht werden dürfen. Damit können sie so lange Studien durchführen, bis positive Effekte einer Anwendung zu sehen sind und alle anderen Studien unter Verschluss halten. Auch die ursprünglich vorgesehenen Pilotstudien, die vor einer Erprobung vorliegen sollten, um eine Studie überhaupt planen zu können, sind gestrichen worden. Apps, die medizinische Therapien und diagnostische Verfahren ersetzen sollen, müssen nicht einmal nachweisen, dass sie mindestens gleich gut sind wie die bereits etablierten Verfahren in der „analogen Welt“. Die Forderung vieler Akteure nach einem soliden Nutznachweis, der für ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen Standard ist, wurde leider nicht berücksichtigt. Das birgt Risiken für die Patienten und dürfte zu Unsicherheiten bei den Ärzten führen.

### Gibt es aus Ihrer Sicht auch Verbesserungen gegenüber dem ursprünglichen Entwurf?

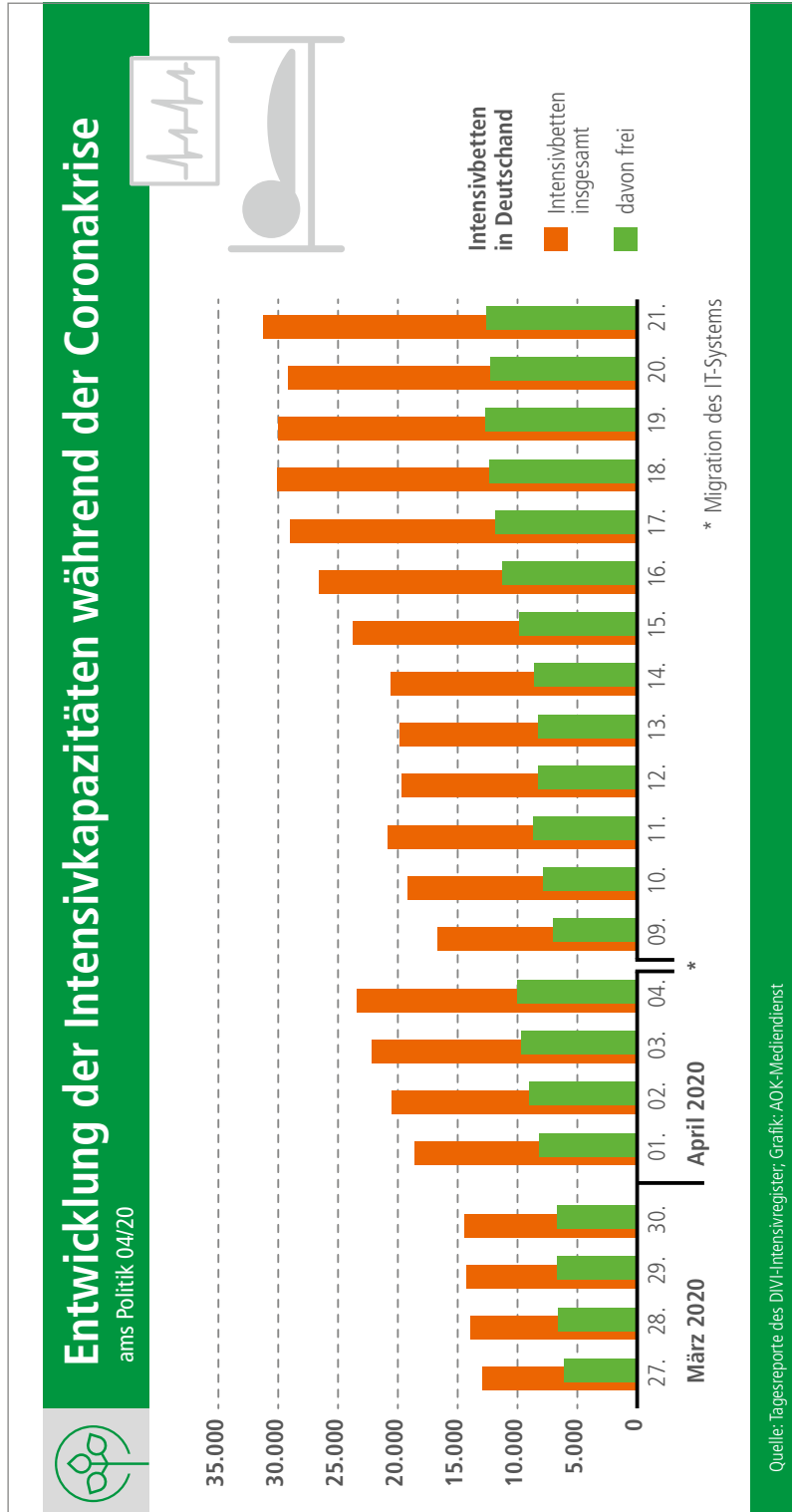
Schillinger: Ja, beim Thema Haftpflichtversicherung gibt es kleine Verbesserung: Die Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen müssen die Höhe der Deckungssumme ihrer Haftpflichtversicherung für Personenschäden offenlegen. Allerdings haben sie keine Verpflichtung, eine solche Versicherung abzuschließen.



## Wie sieht es beim Thema Datenschutz aus – wurde hier nachgebessert?

Schillinger: Wir haben in der Anhörung deutlich darauf hingewiesen, dass es nicht genügen kann, wenn die Einhaltung des Datenschutzes nur durch Eigenangaben des Herstellers nachgewiesen wird. Es ist weiterhin nicht vorgesehen, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die tatsächliche Einhaltung überprüft und bei Nicht-Einhaltung Sanktionen verhängen kann. Das ist nicht nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass es in der Vergangenheit schon mehrfach Datenschutz-Verletzungen bei Gesundheits-Apps gab – und das, obwohl die betroffenen Hersteller vorher vollmundig versichert hatten, dass dies nicht vorkommen könne.

Übrigens wird auch der mögliche Verkauf von Produkten über die sogenannten „In-App-Käufe“ nicht grundsätzlich untersagt. So gibt es zum Beispiel eine App für Diabetiker, in der auch Teststreifen aus dem Mutterkonzern des App-Herstellers verkauft werden. Es gibt auch keine Verpflichtung sicherzustellen, dass keine anderen Apps oder das Betriebssystem des Handys Zugang zu den sensiblen Gesundheitsdaten erhalten.



Seit dem 27. März 2020 veröffentlicht die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) Tagesreporte ihres Intensivregisters. Demnach stieg die Zahl der gemeldeten Intensivbetten in Deutschland in gut drei Wochen von knapp 13.000 auf über 31.000. Bis zum 16. April war die Meldung an die DIVI freiwillig. Seitdem müssen Kliniken mit Intensivstation jeden Tag bis 9 Uhr ihre aktuellen Bettenkapazitäten an das DIVI-Intensivregister melden. Wegen eines Server-Umzuges zwischen dem 3. und 9. April haben sich aufgrund der Umstellung von Nutzer- und Rechteverwaltung Meldungen im Anschluss verzögert. Dies ist beim Vergleich von Zahlen vor und nach der Umstellung zu berücksichtigen.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Bilderservice: Krankenhaus



ams-Interview mit Yvonne Ehmen, Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband

## Qualitätsmessung in Pflegeeinrichtungen: Aktuelle Berichte nicht vor November

**08.04.20 (ams).** Die Corona-Pandemie hat das Berichtswesen zur Qualitätsmessung in Pflegeheimen ausgehebelt. Die neuen Messinstrumente wurden erst Ende 2019 zur Qualitätsmessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt. Vorerst bis Ende September 2020 führen die Medizinischen Dienste keine Qualitätsregelprüfungen durch. Diese Maßnahme soll zum einen das Infektionsrisiko der besonders gefährdeten Gruppe älterer Menschen vermindern und andererseits die Einrichtungen von Zeitaufwand durch die Prüftätigkeit entlasten. Yvonne Ehmen, Experte für Qualitätssicherung in der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband, erklärt im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams), was dies für Pflegebedürftige bedeutet und mit welchen Maßnahmen die Pflegekassen Pflegeeinrichtungen, aber auch pflegende Angehörige, entlasten.

### Frau Ehmen, wie gehen Pflegeheime mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 um?

Ehmen: Die Corona-Pandemie trifft Pflegeeinrichtungen besonders hart, da hier ältere bis hochbetagte Menschen unter einem Dach leben. Viele Bewohner haben zudem mehrere Vorerkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck, was sie – neben ihrem Alter – zusätzlich zu Risikopatienten für das Virus macht. Pflegeeinrichtungen können seit März bis September gezielt Unterstützung bei den Pflegekassen beantragen. Diese Gelder können bei Pflegeengpässen vor Ort helfen, die zum Beispiel durch Personalausfälle entstehen. So lassen sich gleichzeitig auch Qualitätseinbußen vermeiden. Pflegeeinrichtungen können sich gegenseitig durch einen sogenannten „Personalpool“ unterstützen, also untereinander Personal ausleihen. Personal, das sonst beispielsweise in momentan geschlossenen Tagespflegeeinrichtungen arbeitet, kann dann in ambulanten oder stationären Einrichtungen eingesetzt werden.

### Die Qualitätsmessung und Veröffentlichung wurde erst einmal ausgesetzt. Was bedeutet das für die Qualitätsmessung in Pflegeheimen, wo die neuen Messinstrumente gerade erst eingeführt worden sind?

Ehmen: In Pflegeeinrichtungen finden bis Ende September 2020 keine Qualitätsprüfungen statt. Gleiches gilt auch für die Indikatorenerhebung zur Qualitätssicherung durch die Pflegeeinrichtungen selbst. Angehörige und Betroffene haben teils große Sorgen, dass dadurch die Qualität in Pflegeeinrichtungen leiden könnte. Falls es konkrete Annahmen gibt, dass es in einer Pflegeeinrichtung zu Missständen kommt, können aber sogenannte „Anlassprüfungen“ durchgeführt werden. Wir gehen davon aus, dass ab November wieder aktuelle Qualitätsberichte für die Verbraucher zur Verfügung stehen werden.



### **Sie haben an den Instrumenten des neuen Qualitätssicherungsverfahrens mitgearbeitet. Machen Sie sich Sorgen, dass die Arbeit von mehreren Jahren erst einmal umsonst war?**

**Ehmen:** Bei den Qualitätsprüfungen haben wir keine Bedenken, dass die Qualitätsmessung ab Oktober wieder reibungslos stattfinden kann. Beim Indikatoren-Erhebungsverfahren, das die Einrichtungen intern für sich selbst durchführen, könnte es eventuell neuen Schulungsbedarf geben, da die Einrichtungen dieses Instrument dann lange selbst nicht angewandt haben. Doch hierfür stehen Gelder bei der Pflegeversicherung bereit, die die Einrichtungen abrufen können. Wir haben soviel Vorarbeit geleistet, dass ein nahtloser Übergang möglich sein sollte.

### **Können Pflegeheime in so einer Ausnahmesituation überhaupt Qualität garantieren oder geht es nur um reine Versorgung?**

**Ehmen:** Wir gehen aktuell nicht davon aus, dass es wirkliche Qualitätseinbußen in der Versorgung geben wird. Die tägliche Pflege in den Häusern ist eine Standardversorgung, die so – wenn auch unter Wahrung besonderer Schutzmaßnahmen – beibehalten werden kann. Wir als Pflegekasse können auch intervenieren, wenn klar wird, dass eine Einrichtung durch einen Corona-Ausbruch ihren Qualitätsstandard nicht halten kann. Die Einrichtungen sind also nicht auf sich gestellt, sondern werden von uns so gut wie möglich unterstützt.

### **Wie kann in Pflegeheimen die Rückkehr zur Normalität organisiert werden? Wie können Pflegekassen unterstützen?**

**Ehmen:** In den Pflegeeinrichtungen sollte die Digitalisierung vorangetrieben werden – ein Aspekt, bei dem auch die Pflegekassen wiederum unterstützen. Durch digitale Angebote können Pflegebedürftige unabhängig von Zeit und Ort den Kontakt zu ihren Angehörigen aufrechterhalten. Das ist gerade jetzt, wo keine Besuche in der Einrichtung möglich sind, eine riesige Hilfe und tut allen Menschen gut. Solche Lösungen wurden jetzt häufig erst durch die Corona-Pandemie angestoßen, sollten aber auch darüberhinaus realisierbar sein.

### **Wie gehen die Pflegedienste mit der Situation um?**

**Ehmen:** Das Personal von Pflegediensten geht direkt in Haushalte hinein und hat dort nicht nur zu Pflegebedürftigen, sondern auch zu Angehörigen Kontakt. Pflegedienste können sich also weniger isolieren als dies einer stationären Einrichtung möglich ist, zum Beispiel durch einen Aufnahmestopp. Die AOK steht ihren Versicherten zur Seite, falls der bisherige Pflegedienst oder eine Vertretung die ambulante Versorgung nicht mehr sicherstellen kann. Auf Antrag der AOK kann dann eine andere Person für die Versorgung und Sicherstellung der Pflege beauftragt werden. Die AOK erstattet diese Aufwendungen abhängig vom Pflegegrad bis zur Höhe des Sachleistungsbetrages für die Dauer von bis zu drei Monaten.

### **Auch pflegende Angehörige stehen in der Coronakrise vor neuen, teils belastenden, Herausforderungen. Wie können Pflegekassen hier unterstützen?**

**Ehmen:** Wir haben die telefonischen Unterstützungs- und Beratungsleistungen ausgebaut. Wer zum Beispiel als Angehöriger direkt an SARS-CoV-2 erkrankt ist und seinen Angehörigen nicht mehr pflegen kann, kann sich jederzeit an die Pflegekassen wenden, um rasch Unterstützung zu erhalten. In einer akut auftretenden Pflegesituation können Angehörige für bis zu zehn Arbeitstage Pflegeunterstützungsgeld bei der Krankenkasse des Pflegebedürftigen beantragen. Die AOK bietet verschiedene Unterstützungsangebote an und die Pflegeberaterinnen und -berater stehen allen AOK-Versicherten telefonisch zur Seite.



EU-Ticker

## Corona-Shutdown: Appell an Solidarität und Respekt

15.04.20 (ams). EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen hat Hoffnungen auf einen raschen Exit oder baldigen Grenzöffnungen eine klare Absage erteilt. Benötigt werde ein sorgfältig austarierter, koordinierter und abgestufter Ansatz sowie Respekt und Solidarität zwischen den Mitgliedsstaaten, heißt es in einem Papier, das von der Leyen am Mittwoch (15. April) gemeinsam mit dem Präsidenten des Europäischen Rates, Charles Michel, vorgestellt hat. Die europäischen Länder seien unterschiedlich stark betroffen, darum könne man auch bei Lockerungen „nicht alle über einen Kamm scheren“, sagte von der Leyen. Der gemeinsame Fahrplan nennt drei Vorbedingungen, die für eine Lockerung der Maßnahmen erfüllt sein müssen: Epidemiologische Kriterien müssen belegen, dass die Ausbreitung des Virus zurückgegangen ist und die Lage sich stabilisiert hat. Die Kapazitäten im Gesundheitssystem müssen für die Versorgung sowohl von Corona- als auch von anderen Patienten ausreichen. Außerdem müssen umfangreiche Testkapazitäten und ausreichende Kapazitäten zur Ermittlung und Isolierung infizierter Personen zur Verfügung stehen. Der heute vorgestellte Fahrplan umfasst auch flankierende Maßnahmen, die eine schrittweise Aufhebung der Eindämmungsmaßnahmen begleiten sollen.

Für den 4. Mai kündigte von der Leyen eine Online-Geberkonferenz an, um die Mittel für die Entwicklung und Herstellung eines solchen Impfstoffs zu sammeln und unmittelbare Finanzierungslücken zu schließen. Um die wirtschaftlichen Folgen der Corona-Krise zu überwinden, seien massive Investitionen erforderlich, so von der Leyen. „Wir sprechen hier nicht über Milliarden, wir sprechen über Billionen.“ Der neue EU-Haushalt werde „die europäische Antwort auf die Corona-Krise sein“, sagte die Kommissionspräsidentin.

### Impfstoff: EMA-Chefmediziner fordert koordiniertes Vorgehen

15.04.20 (ams). Der Chefmediziner der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA), Prof. Hans-Georg Eichler, warnt angesichts der Vielzahl kleiner Studien für einen Corona-Impfstoff vor Ineffizienz. „Wir beobachten, dass gerade viele kreative Wissenschaftler dabei sind, ihre Hypothesen zu beweisen. Aber nichts wäre schlimmer als eine vielversprechende Therapie, die wir ohne aussagekräftige Daten über Nutzen oder mögliche Risiken nicht zulassen können. Wir müssen koordiniert und mit großen multinationalen Studien vorgehen“, sagte der Pharmakologe dem AOK-Forum „Gesundheit + Gesellschaft“ (G+G). Die EMA ist für die Zulassung eines Impfstoffes in der EU zuständig.

Das Thema Covid-19 habe oberste Priorität. Ein Krisenstab sei damit beschäftigt, unterschiedliche Initiativen in die richtigen Bahnen zu lenken und suche nach Möglichkeiten für eine beschleunigte Zulassung, so Eichler gegenüber G+G. Die noch nie dagewesene Situation erfordere es, einen Kompromiss zwischen dem enormen Zeitdruck und ethischen Fragen zu finden. Die EMA stehe etwa in der Frage des Umfangs notwendiger Tierversuche in Kontakt mit den nationalen Behörden. Parallel zur Forschung für neue Impfstoffe gehe es um die Frage, inwieweit vorhandene Arzneimittel auch gegen Covid-19 eingesetzt werden können. Eichler: „Es gibt bereits antivirale Substanzen auf dem Markt, die auch gegen



Covid-19 helfen könnten. Wir haben für solche Medikamente bereits viele Daten. Um sie über ihre bisherige Zulassung hinaus einsetzen zu können, müssen wir jetzt prüfen, ob eine mögliche Wirksamkeit gegen Covid-19 tatsächlich den Erwartungen entspricht.“

## Verschiebung der Medizinprodukte-Verordnung so gut wie durch

15.04.20 (ams). Der Geltungsbeginn der Verordnung über Medizinprodukte wird um ein Jahr auf den 26. Mai 2021 verschoben. Das sieht ein Vorschlag der EU-Kommission vom 3. April vor. „Mitgliedstaaten, Gesundheitseinrichtungen und Wirtschaftsakteure können so der Bekämpfung der Coronavirus-Pandemie Vorrang geben. Verzögerungen bei der Zertifizierung und beim Inverkehrbringen wichtiger Medizinprodukte sind im Moment keine Option“, sagte EU-Kommissionsvizepräsident Margaritis Schinas (Griechenland) zur Begründung. Die Kommission handle pragmatisch, damit die Industrie ihre gesamte Energie auf das konzentrieren könne, was im Augenblick am notwendigsten sei: die Bekämpfung der weltweiten Pandemie. „Der Vorschlag ist im Grunde schon mit dem Rat und dem Europaparlament abgestimmt“, erläutert der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. „Auch wenn es sehr bedauerlich ist, dass es zu einer Verschiebung kommt, werden die beiden Institutionen das nicht in Frage stellen. Der Druck durch die Covid-19-Krise ist zu groß.“

WEITERE INFORMATIONEN DER EU-KOMMISSION:

[www.ec.europa.eu/germany](http://www.ec.europa.eu/germany)  
> Meldung vom 03.04.20



## Pharmaindustrie soll Produktion wichtiger Medikamente erhöhen

15.04.20 (ams). EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides hat die in Europa tätigen Pharmaunternehmen aufgefordert, die Produktion wichtiger Medikamente zu steigern. Dazu stelle die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) eine Liste mit Wirkstoffen zusammen, für die einzelne Mitgliedsländer bereits Engpässe gemeldet hätten oder diese in nächster Zeit erwarten würden. Kyriakides' Forderung nach Produktionsausweitung betrifft laut Schreiben an die Pharmaverbände auch Medikamente, die sich außerhalb des eigentlichen Zulassungsbereiches (Off-Label-Use) als wirksam gegen das Coronavirus erweisen könnten. Die EMA hat eine Lenkungsgruppe eingerichtet, die in Zusammenarbeit mit den nationalen Behörden die Versorgung mit wichtigen Medikamenten für die Intensivbehandlung sicherstellen und koordinieren soll. Probleme gibt nach Darstellung der EMA durch Grenzschließungen, eine gesteigerte Nachfrage und Exportverbote. So habe Indien zuletzt für 14 Arzneimittelwirkstoffe ein Ausfuhrverbot erteilt. In Zusammenarbeit mit der Industrie hat die EU-Agentur ein IT-System eingerichtet, über das Unternehmen aktuelle oder zu erwartende Engpässe bei Arzneimitteln an die Lenkungsgruppe melden sollen, die im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie stehen.

EMA-INFO ZUR EINRICHTUNG DER LENKUNGSGRUPPE:

[www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)  
> Press release 06/04/2020







## Koordiniertes Vorgehen bei Tracking-App und Co.

15.04.20 (ams). Die EU-Kommission hat vorgeschlagen, die Nutzung mobiler Anwendungen und mobiler Daten in der Corona-Krise auf Europaebene zu koordinieren. Sie hat dazu bereits ein Papier mit Empfehlungen vorgelegt, die sich insbesondere auf Anwendungen und Daten im Hinblick auf Datensicherheit und Datenschutz beziehen. Nach Darstellung von Binnenmarkt-Kommissar Thierry Breton wäre ein gemeinsames Vorgehen bei den sogenannten Tracking-Apps vor allem mit Blick auf die EU-Vorschriften zum Schutz der Privatsphäre und des Datenschutzes sinnvoll.

In der Empfehlung für digitale Werkzeuge geht es zum einen um den Einsatz mobiler Anwendungen zur Warnung vor Gefahren, Prävention und Ermittlung von Kontaktpersonen. Ein weiterer Schwerpunkt ist laut Kommission „die Entwicklung eines gemeinsamen Konzepts für die Modellierung und Vorhersage der Entwicklung des Virus durch anonymisierte und aggregierte Mobilfunk-Standortdaten“. Ziel sei die Analyse von Bewegungsmustern, einschließlich der Auswirkungen von Ausgangsbeschränkungen auf die Intensität der Kontakte und somit die Ansteckungsrisiken. Dazu habe es bereits am 23. März erste Gespräche mit Mobilfunkbetreibern gegeben.

INFORMATION DER EU-KOMMISSION

[ec.europa.eu](http://ec.europa.eu) > Presseraum





Zahl des Monats

## Mit 33,9 Intensivbetten ...

14.04.20 (ams) ... pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner war Deutschland bereits vor dem Hochfahren der Kapazitäten wegen der Corona-Pandemie international gut aufgestellt. Das zeigt eine Auswertung des Statistischen Bundesamtes (Destatis). Die Behörde bezieht sich auf eine Vergleichsstudie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD). Der Bericht trägt den Titel „Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD“ und vergleicht Gesundheitssysteme in zehn OECD-Mitgliedstaaten anhand verschiedener Kennzahlen aus Erhebungen von 2013 bis 2020.

Bei der Ausstattung mit Intensivbetten belegt Deutschland in dem Bericht den Spitzenplatz vor Österreich mit 28,9 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner. Auf Platz drei folgen die USA mit 25,8 Betten. Mit einem Wert von 16,3 liegt Frankreich in der Rangliste auf Platz vier und damit nur knapp über dem OECD-Durchschnitt von 15,9. Deutlich geringere Kapazitäten verzeichneten vor der Corona-Krise Länder wie Spanien und Italien mit 9,7 beziehungsweise 8,6 Intensivbetten je 100.000 Einwohner, Länder also, die von der Pandemie aktuell besonders stark betroffen sind. Irland verfügt laut Statistik sogar lediglich über fünf Intensivbetten je 100.000 Einwohner.

WEITERE ERGEBNISSE DER VERGLEICHSSTUDIE:

[www.oecd.org](http://www.oecd.org) > health





## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Krankschreibung per Telefon wird nun doch verlängert

Die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen wird bis zum 4. Mai verlängert. Damit reagierte der Gemeinsame Bundesausschuss auf die massive Kritik an seiner ursprünglichen Entscheidung, die bis zum 19. April befristete Regelung auslaufen zu lassen. Laut des unparteiischen Vorsitzenden Josef Hecken hatte der GBA diese Mehrheitsentscheidung „nach Konsultation und in Kenntnis des für die Aufsicht zuständigen Bundesministeriums für Gesundheit“ getroffen. Nach heftigen Protesten von Ärzteseite gegen das Auslaufen der Sonderregelung hatte sich nach Medienberichten auch Bundeskanzlerin Angela Merkel in die Diskussion eingeschaltet.

### Maßnahmen zur Personalentlastung und zum Infektionsschutz

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zeitlich befristete Sonderregelungen getroffen, durch die Krankenhäuser und Arztpraxen entlastet werden sollen. Im Kern handelt es sich um Anpassungen bei den Notaufnahmeregelungen, den Qualitätssicherungsanforderungen und beim Entlassmanagement. Ebenso entfallen Dokumentationspflichten befristet. Die beschlossenen Maßnahmen sollen gleichzeitig auch Infektionsrisiken für Patienten verringern, indem sie Vertrags- und Zahnärzten ein vereinfachtes Vorgehen bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln und der Gültigkeitsdauer von Rezepten gestattet. „In der jetzigen Ausnahmesituation müssen wir alle verfügbaren personellen Ressourcen beim Pflegepersonal und bei den Ärzten für die Patientenversorgung freimachen und deshalb Bürokratie und Dokumentationsvorgaben zur Qualitätssicherung auf ein unabdingbares Minimum reduzieren“, sagte Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA.

### Neue Behandlung bei Hirntumoren verordnungsfähig

Patienten mit einem neu diagnostizierten Glioblastom – einem derzeit nicht heilbaren, sehr aggressiven Gehirntumor – können zukünftig auch mit Tumorthérapiefeldern (TTF) zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt werden. Die TTF-Behandlung ist eine neue, auf Elektrostimulation basierende Methode, die das Tumorstwachstum hemmt. Im Nutzenbewertungsverfahren wurde festgestellt, dass die Betroffenen durchschnittlich fast fünf Monate länger leben, wenn zusätzlich zur Standardtherapie TTF angewendet werden. „Den Patienten, die an dieser schweren Erkrankung leiden, steht damit eine zusätzliche Behandlung zur Verfügung, die das Fortschreiten des Krankheitsverlaufs deutlich verlangsamen kann“, erklärte Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzende des Unterausschusses Methodenbewertung. Bei der Behandlung werden lokal elektrische Wechsellspannungsfelder über die Kopfhaut auf die Tumorzellen übertragen.



## Balneophototherapie wird GKV-Leistung

Patienten, die an mittelschwerer bis schwerer Neurodermitis leiden, profitieren zukünftig von Balneophototherapie als synchroner oder asynchroner Photosoletherapie, die damit in dieser Indikation Kassenleistung wird. Grundlage für die Aufnahme in den Leistungskatalog waren Studien, die einen höheren Nutzen der Balneophototherapie gegenüber der trockenen UV-Bestrahlung nachweisen konnten. Für Patienten, die jünger als 18 Jahre sind, liegen allerdings keine Studienergebnisse vor. Die Balneophototherapie kombiniert Wannenbäder unter Zusetzung verschiedener Substanzen, wie beispielsweise Salz, mit UV-Lichttherapie, die entweder während (synchron) oder nach dem Bad (asynchron) angewandt wird. Neurodermitis ist eine chronische, nicht ansteckende Hauterkrankung, die mit Hautausschlag und zumeist starkem Juckreiz verbunden ist. Je nach Schwere der Erkrankung kann die Lebensqualität erheblich eingeschränkt sein. Eine Behandlung kann die Krankheit nicht heilen, aber die Beschwerden erheblich verringern.

WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT UND ZU BESCHLÜSSEN DES GBA:

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

**Im Zuge der Coronakrise läuft die Gesetzgebungsmaschinerie auf Hochtouren. Vom ersten Entwurf bis zur Verabschiedung dauert es mitunter keine Woche. Aber auch die gesundheitspolitische Agenda von vor der Pandemie wird Stück für Stück abgearbeitet. So ist das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (GKV-FKG) inzwischen in weiten Teilen in Kraft. Auch die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) hat den Weg ins Bundesgesetzblatt gefunden. Zum „Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur“ liegt inzwischen der Kabinettsbeschluss vor. Diese und ältere Gesetze (Stand: 22. April 2020) gibt es auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).**

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

am 1. April hat das Kabinett das PDSG beraten und seinen Entwurf verabschiedet. Das Gesetz verfolgt 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 Fach-arzt-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 Telematik-anwendungen 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 KABINETTSENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Presse > Pressemitteilung vom 01.04.20



## Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Ursprünglich sollte das Gesetz noch im April Thema im Kabinett sein. Jetzt könnte es doch Mai werden. 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 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](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > Notfallversorgung



### DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Stellungnahmen



## Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Das Gesetz lag schon vor Corona einige Monate auf Eis. Da der Gesetzentwurf auch eine Preisbindung für den Arzneimittelversandhandel durch ausländische Apotheken beinhaltet, ist eine Abstimmung mit der EU-Kommission notwendig. Schon 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 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.

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](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > Vor-Ort-Apotheken-Gesetz



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

Die erste Lesung ist für den 23. April angesetzt. 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 Abschlüsse 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](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

> Service > Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz



## Sars-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung

Die Bundesregierung will in der Coronakrise die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Zahnärzten und Heilmittelerbringern sichern. Dazu gehören Physiotherapeuten, Masseur, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten, und medizinische Fußpfleger. Auch diese Leistungserbringer seien von erheblichen Ausfällen betroffen, weil Leistungen nicht mehr erbracht werden könnten oder verschoben würden, heißt es zur Begründung in einem Verordnungsentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG). Das Gesamtvolumen des Pakets beziffert das BMG auf etwa eine Milliarde Euro.

Der Entwurf sieht im Einzelnen vor, dass die Gesamtvergütungen für Zahnärzte in diesem Jahr auf 90 Prozent der 2019 erfolgten Zahlungen festgeschrieben wird. Einzelleistungen werden weiterhin nach den für 2020 bereits vereinbarten Kriterien vergütet. Sollte es aufgrund von Nachholeffekten bei aufgeschobenen Leistungen wie etwa Zahnersatz kommen, müssen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen 70 Prozent der von den Krankenkassen zu viel gezahlten Vergütung in den Jahren 2021 und 2022 ausgleichen.

Für Heilmittelerbringer sieht der Entwurf eine einmalige Ausgleichszahlung von 40 Prozent des Vergütungsvolumens des vierten Quartals 2019 vor. Weil ausgefallene Behandlungen hier in der Regel jedoch nicht nachgeholt werden können, muss die Ausgleichszahlung nicht zurückgezahlt werden.

Als dritte Gruppe erhalten Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartige Einrichtungen 60 Prozent ihrer Einnahmeausfälle im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Eltern und ihre Kinder. Die Ausgleichszahlungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

Der monatliche Pauschalbetrag, den die Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel aufwenden dürfen, wird zeitlich befristet auf 60 Euro angehoben.

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

Der Gesetzentwurf ist 6. 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](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > Konversionstherapienverbot



## Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Mit dem Gesetz soll unter anderem die vom Corona-Kabinett beschlossene Übernahme der Behandlungskosten für Intensivpatienten aus EU-Ländern durch den Bund sowie der Zehn-Punkt-Plan zum personellen und technischen Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) umgesetzt werden. Ziel ist es laut Bundesgesundheitsministerium, pro 20.000 Einwohner Fünfer-Teams zu bilden, die Kontaktpersonen von Infizierten nachverfolgen. Die Teams sollen aus anderen Bereichen der öffentlichen Verwaltung personell verstärkt werden. Außerdem will das Ministerium Medizinstudenten für diese Aufgabe anwerben. Darüber hinaus will der Bund pro Amt kurzfristig bis zu 150.000 Euro für neue Hard- und Software zur Verfügung stellen. Desweiteren sollen die Gesundheitsämter über ein digitales Meldesystem mit dem Robert-Koch-Institut und mit der geplanten „Corona-App“ verbunden werden. Für das Infektionsschutzgesetz sieht der Entwurf vor, eine gesetzliche Meldepflicht in Bezug auf Covid-19 und Sars-CoV-2 dauerhaft zu verankern werden. Das betrifft auch die neuen Meldepflichten zur Genesung und bei negativem Labortest. Covid-19-Tests sollen auf Dauer von den Krankenkassen bezahlt werden, auch Tests des ÖGD. Zudem will das Ministerium bereits jetzt Vorbereitungen für die Versorgung mit Influenza-Impfstoff für die Grippesaison 2020/2021 treffen, um das Gesundheitswesen für den Fall einer andauernden Belastung durch die Coronavirus-Pandemie zu entlasten.

Der BMG-Entwurf sieht Lockerungen für die Krankenhäuser bei den Abrechnungsprüfungen vor. Bei Kliniken, die Patienten mit einer Coronavirus-Infektion oder mit dem entsprechenden Verdacht behandeln, wird bei der Abrechnungsprüfung das Einhalten bestimmter Mindestvoraussetzungen bei der Leistungskodierung vorübergehend nicht berücksichtigt. Die für Anfang 2021 vorgesehene Einführung von Prüfquoten soll um ein Jahr auf 2022 verschoben werden. Damit würden nicht nur im laufenden Jahr, sondern auch noch 2021 lediglich 12,5 Prozent aller Krankenhausrechnungen durch die Medizinischen Dienste geprüft. Das BMG will zudem erfassen und überprüfen, wie sich die mit dem Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz auf den Weg gebrachten Regelungen auf die wirtschaftliche Lage der Kliniken auswirken. Dazu sollen die Krankenhäuser „belastbare Daten“ zur Verfügung stellen.

Zu den weiteren Inhalten des geplanten Gesetzes gehören Regeln zum Schutz von privat Krankenversicherten vor Nachteilen durch das „Abrutschen“ in den PKV-Basistarif aufgrund vorübergehender Hilfsbedürftigkeit. Außerdem will das BMG die rechtliche Grundlage für



Pilotprojekte zur Verwendung elektronischer Rezepte für künftige digitale Gesundheitsanwendungen schaffen, die sogenannten Gesundheitsapps auf Rezept. Mit Blick auf das Europarecht will das Gesundheitsministerium überprüfen lassen, ob die in Deutschland geltenden „Rückstellungen von der Blutspende für bestimmte Gruppen mit erhöhtem Risiko“ noch gerechtfertigt sind.

Der als „Formulierungshilfe“ vorliegende Gesetzentwurf soll nach dem bisherigen Zeitplan am 29. April vom Bundeskabinett gebilligt und am 5. Mai von den Regierungsfractionen in den Bundestag eingebracht werden. Die erste Lesung ist für den 7. Mai und die abschließende Abstimmung im Parlament für den 14. Mai vorgesehen. Das Gesetz ist im Bundesrat zustimmungspflichtig. Es soll von der Länderkammer abschließend am 15. Mai beraten werden und bis Mitte Juni in Kraft treten.



## Kurzmeldungen

### Kindercerealien enthalten zu viel Zucker

01.04.20 (ams) So gut wie alle Frühstückscerealien für Kinder erhalten mehr Zucker als von der Weltgesundheitsorganisation WHO empfohlen. Das ist das Ergebnis einer Studie der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Notwendig seien jetzt „wirksamere und vor allem verpflichtende Reduktionsziele, die nicht erst in fünf Jahren umgesetzt sind“, fordert der Präventionsexperte im AOK-Bundesverband, Dr. Kai Kolpatzik. Es gehe darum, „die jüngere Generation vor Adipositas und anderen ernährungsbedingten Krankheiten zu schützen“, ergänzt Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendärzte.

DIE STUDIE IM DETAIL:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse < Pressemitteilungen



### AOK-Bundesverband unterstützt „Schau hin!“

21.04.20 (ams), Der AOK-Bundesverband ist neuer Partner der Initiative „Schau hin! Was Dein Kind mit Medien macht.“. Damit wolle die AOK „dazu beitragen, dass insbesondere Kinder lernen, Medien weiterhin mit Freude, aber auch gefahrlos zu nutzen“, sagte Jens Martin Hoyer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, am Dienstag (21. April). „Schau hin!“ ist eine gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der beiden öffentlich-rechtlichen Sender Das Erste und ZDF.

WEITERE INFOS ZUM ENGAGEMENT DER AOK:

[www.schau-hin.info/news](http://www.schau-hin.info/news)



### WIdO-Analyse liefert Daten zur Bewältigung der Corona-Pandemie

15.04.20 (ams). Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat untersucht, bei welchen Altersgruppen oder in welchen Regionen Deutschlands Vorerkrankungen, die ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe von Covid-19-Infektionen mit sich bringen, häufiger oder seltener auftreten. „Die Ergebnisse können die Planung der Gesundheitsversorgung unterstützen und dazu beitragen, potenziell schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen durch SARS-CoV-2-Infektionen abzuschwächen oder zu verhindern“, skizziert der stellvertretende Geschäftsführer des WIdO, Helmut Schröder, die Zielsetzung der Analyse.

DIE KOMPLETTE ANALYSE ZUM DOWNLOAD:

[www.wido.de](http://www.wido.de) > Aktuelles





**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](http://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:

---

---

---

---