



AOK-MEDIENSERVICE

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

05/20

POLITIK

 @AOK_Politik

Zweites Bevölkerungsschutzgesetz

- **Wichtige Finanzierungsfragen
bleiben weiter ungelöst** 2

Fritz-Schösser-Medienpreis

- **Auszeichnung für
gesundheitspolitische Berichterstattung** 4

EU-Ticker

- **EU strebt nach mehr Unabhängigkeit
bei Arzneimittelproduktion** 6

Zahl des Monats

- **3,84 Milliarden Euro ...** 8

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 9
- **Gesetzgebungskalender** 11
- **Kurzmeldungen** 17



Zweites Bevölkerungsschutzgesetz

Wichtige Finanzierungsfragen bleiben weiter ungelöst

14.05.20 (ams) Die Finanzierung zusätzlicher Corona-Tests bleibt umstritten. Laut einem Änderungsantrag zum zweiten Bevölkerungsschutzgesetz werden ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in die Pflicht genommen. Zwar muss nicht mehr jede einzelne Krankenkasse zahlen. Stattdessen soll auch hier die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds angezapft werden. „Damit sind zunächst mal wieder die Beitragszahler dran und nicht die Steuerzahler“, kritisierte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Maßnahmen des allgemeinen Infektionsschutzes gehörten jedoch in die Verantwortung des Staates. Die Verschiebung zulasten des Gesundheitsfonds führt zudem dazu, dass die GKV am Ende auch für privat Versicherte die Kosten übernimmt. Litsch nannte das „sozial unausgewogen und nicht akzeptabel“.

Die der Regelung zugrundeliegende Verordnungsermächtigung verankert nämlich einen gesetzlichen Anspruch auf Covid-19-Tests beziehungsweise einen entsprechenden Antikörpertest auch für Personen, die nicht gesetzlich versichert sind. Das zweite Bevölkerungsschutzgesetz soll am Donnerstag (14. Mai) im Bundestag und nur einen Tag später im Bundesrat abschließend beraten werden.

Kassengipfel mit Minister: Es geht vor allem um Liquidität

Die allgemeine Finanzsituation der GKV war auch Thema eines Gesprächs ranghoher Kassenvertreter mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am Montag (11. Mai). Für die AOK-Gemeinschaft hatte neben Martin Litsch der Vorstandschef der AOK Nordwest, Tom Ackermann, an der Telefonkonferenz teilgenommen. Dabei bekräftigten die Krankenkassen, dass sie die von Bundesregierung und Bundestag ergriffenen Schutzmaßnahmen vor der weiteren Ausbreitung des Coronavirus, zur Sicherstellung der Versorgung sowie zum Ausgleich pandemiebedingter finanzieller Belastungen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern mittrügen. „Das Gespräch war ausgesprochen konstruktiv“, sagte Litsch im Anschluss.

Die Krankenkassen fordern allerdings auch „zeitnahe Maßnahmen“ zur Stabilisierung der Finanzsituation der GKV. Insbesondere die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werde im Verlauf des zweiten Halbjahres aufgrund der absehbaren Mindereinnahmen und vorgegebenen Zahlungsverpflichtungen aufgebraucht sein. „Der Minister war sehr interessiert an der Lage der Kassen, an unseren Einschätzungen und Vorschlägen“, berichtete Litsch. „Wir sind uns einig, dass wir alles tun müssen, um das System stabil zu halten, und bleiben im konstruktiven Austausch.“ Deutschland sei im internationalen Vergleich bisher gut durch die Krise gekommen, betonte die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer. Das habe auch die solide Finanzsituation der GKV möglich gemacht.



Die Kassen verdeutlichten gegenüber Spahn, dass vor allem aufgrund zu erwartender Beitragsrückgänge wegen Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit jetzt aber auch die GKV-Finzen stärker in den Blick rücken müssten. Zur Vermeidung drohender Liquiditätsengpässe sei der Geldzufluss aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen dringend zu verstetigen, heißt es in einem Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes. Zur spürbaren Entlastung der Krankenkassen und Sicherung ihrer Liquidität sei es unabdingbar, die Aufwände für die Übertragung originär staatlicher Aufgaben wie den öffentlichen Gesundheitsschutz, Maßnahmen zur Gefahrenabwehr bei übertragbaren Krankheiten sowie für Schutzschirme für Leistungserbringer durch einen ausgabendeckenden Bundeszuschuss auszugleichen. Bereits im April 2020 haben die Krankenkassen nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes im Vergleich zu den üblichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds Liquiditätseinbußen in Milliardenhöhe festgestellt. „Weitere Finanzierungsverpflichtungen des Fonds zur Vorfinanzierung staatlich zugesicherter Schutzschirme sowie geringere Beitragseinnahmen werden die Liquiditätssituation der Krankenkassen in den kommenden Monaten weiter belasten“, stellt das Positionspapier klar. Ohne gesetzliche Maßnahmen steuere das GKV-Finanzsystem spätestens zum Jahreswechsel 2020/21 „auf einen existenziell bedrohlichen Liquiditätsengpass zu“, unterstreicht der GKV-Spitzenverband.

(rbr)



Fritz-Schösser-Medienpreis

Auszeichnung für gesundheitspolitische Berichterstattung

(04.05.20) Die soziale Selbstverwaltung des AOK-Bundesverbandes lobt 2020 erstmals einen Medienpreis für gesundheitspolitische Berichterstattung aus. Der Fritz-Schösser-Medienpreis richtet sich an Journalistinnen und Journalisten, die fundiert und verständlich über die Gesundheitspolitik in Deutschland berichten. Sie können sich aktiv für den Preis bewerben, ihre Beiträge können aber auch vorgeschlagen werden. Der Bewerbungszeitraum ist am 1. Mai gestartet und geht bis zum 30. Juni 2020.

Die Corona-Krise zeigt einmal mehr, wie wichtig faktenbasierter und zugleich laienverständlicher Journalismus ist. Vor allem im Gesundheitswesen geht es häufig darum, komplexe Themen und Zusammenhänge zu erklären. Wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem? Wer bestimmt was? Und wie wirken sich die zahlreichen Gesetze auf die Gesundheitsversorgung aus? Diese Leistung der Journalistinnen und Journalisten würdigt die soziale Selbstverwaltung des AOK-Bundesverbandes ab diesem Jahr mit dem Fritz-Schösser-Medienpreis.

Die Auszeichnung ist themenunabhängig und wird an Journalistinnen und Journalisten aller deutschsprachigen Medien verliehen, die sich in umfassender und allgemeinverständlicher Weise mit der Gesundheitspolitik in Deutschland auseinandersetzen. Mit dem Preis, der alle zwei Jahre vergeben werden soll, möchte der AOK-Bundesverband das Verständnis von gesundheitspolitisch komplexen Sachverhalten in der Öffentlichkeit stärken. Der Medienpreis wird im Gedenken an die Persönlichkeit und das Lebenswerk von Fritz Schösser verliehen und mit insgesamt 20.000 Euro dotiert.

„Wir sind uns sicher, dieser Preis wäre im Sinne unseres langjährigen Weggefährten in der sozialen Selbstverwaltung gewesen, der sich in hohem Maße und auf seine besondere persönliche Art um die AOK und die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt verdient gemacht hat. Deswegen war es uns ein besonderes Anliegen, dem Preis seinen Namen zu verleihen“, so die Vorsitzenden des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes, Dr. Volker Hansen und Knut Lambertin.

Zur Person

Fritz Schösser, geboren 1947 in Töging am Inn, war Gewerkschafter, Sozialdemokrat und langjähriger Versichertenvertreter in der AOK-Selbstverwaltung. 20 Jahre lang – von 1990 bis 2010 – war er Landeschef des DGB Bayern. Als SPD-Arbeitsmarktpolitiker wurde er 1994 in den Bayerischen Landtag gewählt. 1998 gewann Fritz Schösser für die bayerische SPD ein Bundestagsmandat, das er bis 2005 innehatte. Er engagierte sich in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung und setzte sich unermüdlich für soziale Gerechtigkeit und Solidarität ein. Seit 2003 war er alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes und ab 2009 Vorsitzender des Aufsichtsrats. Zwischen



1993 und 2016 vertrat er außerdem als Vorsitzender des Verwaltungsrats der AOK-Bayern die Interessen der Versicherten. Darüber hinaus war er bis 2017 Mitglied des Verwaltungsrats im Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. Fritz Schösser starb im Mai 2019.

[ALLE INFORMATIONEN UND DIE TEILNAHMEBEDINGUNGEN](#)

www.fritz-schoesser-medienpreis.de





EU-Ticker

EU strebt nach mehr Unabhängigkeit bei Arzneimittelproduktion

15.05.20 (ams). Die EU-Gesundheitsminister haben sich bei einer Videokonferenz am 12. Mai darüber ausgetauscht, wie die Produktion wichtiger Medikamente zurück nach Europa geholt werden kann. Europa müsse bei Arzneimitteln wieder unabhängiger von Asien werden, sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Er kündigte an, das Thema zu einem Schwerpunkt der deutschen EU-Ratspräsidentschaft im zweiten Halbjahr dieses Jahres machen zu wollen. EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides unterstrich nach dem informellen Austausch, dass der allgemeine und freie Zugang zur medizinischen Versorgung eines der wichtigsten Ziele der Gemeinschaft sei. Engpässe müssten frühzeitig aufgedeckt und die Produktion von Arzneimitteln in der EU ausgeweitet werden. Die Videokonferenz war der Ersatz für die turnusmäßige Sitzung des Rates der EU-Gesundheitsminister (EPSCO), die eigentlich in der kroatischen Hauptstadt Zagreb stattfinden sollte. Aufgrund der Coronavirus-Pandemie sind auch die geplanten gesundheitspolitischen Veranstaltungen der kroatischen Ratspräsidentschaft ausgefallen.

[INFOS ZUR EPSCO-VIDEOKONFERENZ](#)

www.eu2020.hr > News



Wettbewerbsregeln für Beihilfen zur Covid-19-Forschung gelockert

15.05.20 (ams). Die EU-Kommission hat am 29. April die von der Bundesregierung auf den Weg gebrachte „Bundesregelung Forschungs-, Entwicklungs- und Investitionsbeihilfen“ zur Förderung der Herstellung von Corona-relevanten Produkten genehmigt. Grundlage ist die von der EU bereits Mitte März auf den Weg gebrachte und am 4. April in Kraft getretene Lockerung der wettbewerbsrechtlichen Vorgaben aufgrund der Coronavirus-Pandemie. Dieser befristete Rahmen für staatliche Beihilfen zur Stützung der Wirtschaft erlaubt neben Forschungsaktivitäten auch Investitionen in die Infrastruktur zur Entwicklung und Produktion von Produkten im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie. Dazu zählen nach Darstellung der für Wettbewerbspolitik zuständigen Vizepräsidentin der Kommission, Margrethe Vestager, Produkte wie Impfstoffe, Krankenhaus- und medizinische Ausrüstung einschließlich Beatmungsgeräten, Schutzkleidung und -ausrüstung. Öffentliche Unterstützung darf laut EU-Krisenrecht in Form von direkten Zuschüssen, rückzahlbaren Vorschüssen und Steuervorteile gewährt werden. Darüber hinaus dürfen Verlustausgleichsgarantien gewährt werden. Investitionsvorhaben im Rahmen der befristeten EU-Regelung müssen innerhalb von sechs Monaten nach Gewährung der Beihilfe abgeschlossen werden.

[KRISENBEDINGTE EU-WETTBEWERBSREGELN FÜR STAATSBEIHILFEN](#)

eur-lex.europa.eu
> Dokument 2020/C 112 I/01





7,4 Milliarden Euro für gemeinsame Covid-19-Projekte

15.05.20 (ams). Beim Spendenmarathon der EU-Kommission für ein international abgestimmtes Vorgehen bei der Forschung für einen Covid-19-Impfstoff sind am 4. Mai knapp 7,4 Milliarden Euro zusammengekommen. „Die Welt ist vereint gegen das Coronavirus und die Welt wird gewinnen“, sagte Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen zum Abschluss der live übertragenen virtuellen Geberkonferenz. Die Kommission selbst wird laut von der Leyen eine Milliarde Euro zur Verfügung stellen. Deutschland beteiligt sich mit 525 Millionen Euro. Das Geld soll laut von der Leyen „einen schnellen und gleichberechtigten Zugang zu sicheren, hochwertigen, wirksamen und erschwinglichen Coronavirus-Diagnostika, -Therapeutika und -Impfstoffen gewährleisten“ und über anerkannte globale Gesundheitsorganisationen in drei Bereiche fließen: Diagnostik, Behandlungen und Impfstoffe. Der Spendenmarathon ging zurück auf eine Initiative der G-20-Staatschefs. Sie hatten sich bei einer Videokonferenz zum Covid-19-Ausbruch am 26. März darauf verständigt, eine globale Initiative zur Vorbereitung und Reaktion auf Pandemien ins Leben zu rufen. Parallel dazu stellt die Kommission nach eigener Darstellung „Hunderte Millionen Euro für Forschungs- und Innovationsmaßnahmen zur Entwicklung von Impfstoffen, neuen Behandlungsmethoden, diagnostischen Tests und medizinischen Systemen bereit, mit denen die Ausbreitung des Coronavirus verhindert werden soll“.

[ÜBERSICHT ZUR EU-SPENDENAKTION](#)

[/global-response.europa.eu](http://global-response.europa.eu)





Zahl des Monats

3,84 Milliarden Euro ...

07.05.20 (ams) ... haben die gesetzlichen Krankenkassen im März 2020 nach Angaben des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) für Medikamente ausgegeben. Das sind 25 Prozent mehr als im März 2019. Im ersten Quartal 2020 sind die Ausgaben demnach auf 10,38 Milliarden Euro gestiegen, ein Plus um 11,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. Die Zahl der Rezepte legte laut DAV im März um 13,7 Prozent auf 44 Millionen zu, die der abgegebenen Packungen um 18,8 Prozent auf 71 Millionen.

Bei den AOKs lag der Umsatzzuwachs bei Arzneimitteln im März nach Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) bei 22,9 Prozent gegenüber dem Vorjahresmonat. Regional haben sich die Umsätze sehr unterschiedlich entwickelt. Das reicht von einem Plus von 18,4 Prozent bei der AOK Sachsen-Anhalt bis zu 27,4 Prozent bei der AOK Bayern. Laut WIdO gibt es deutliche Anzeichen dafür, dass sich die erheblichen Mengenzuwächse fast vollständig auf zwei Wochen im März konzentriert haben.

ZAHLEN UND DATEN DES DAV:

www.abda.de

> Aktuelles und Presse > Pressemitteilungen





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Innovationsausschuss: Fast 260 Projektanträge trotz Coronakrise

Beim Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sind trotz Corona-Pandemie 259 Förderanträge fristgerecht bis Ende März (Versorgungsforschung) beziehungsweise Ende April (neue Versorgungsformen) eingegangen. Im Dezember 2019 hatte der GBA vier Ausschreibungen für die Förderung von Versorgungsprojekten gemacht. „Angesichts der Coronavirus-Pandemie haben uns vereinzelt Nachfragen erreicht, ob die mehr als dreimonatige Frist zur Einreichung von Projektanträgen verlängert werden könne. Wir haben das im Innovationsausschuss sehr genau abgewogen, uns letztlich aber dagegen entschieden“, sagte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Innovationsausschusses. „Eine Verlängerung hätte bedeutet, dass wir auch über die fristgerecht eingesandten Anträge nicht hätten entscheiden können“, fügte er hinzu. Bewilligungen, die dringend erwartet werden, hätten also nicht erteilt werden können. Unter den Projektanträgen sind auch Projekte, die sich mit der Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Allgemeinen und auch speziell von Covid-19 befassen. Ab Juli 2020 wird der Innovationsausschuss darüber entscheiden, welche Projekte aus dem Innovationsfonds gefördert werden können.

WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT DES GBA:

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Die Coronakrise bestimmt aktuell insbesondere die gesundheitspolitischen Beratungen. Die Sars-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung ist in Kraft und das Zweite Bevölkerungsschutzgesetz inzwischen verabschiedet. Zum „Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur“ liegt inzwischen der Kabinettsbeschluss vor. Diese und ältere Gesetze (Stand: 14. Mai 2020) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

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

Das PDSG geht am 27. Mai in die öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses. Die zweite und dritte Lesung im Bundestag steht noch vor der Sommerpause an. Die erste Lesung war Anfang Mai. 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 Facharzt-Überweisungen künftig auch digital übermittelt werden können. All diese Vorgänge werden über die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen (TI) abgewickelt. Der Entwurf 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 KABINETTSENTWURF:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/18793



Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

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

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 > Service > Vor-Ort-Apotheken-Gesetz





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

Die Bundesregierung hat ihren Gesetzentwurf mit der ersten Lesung im April in den Bundestag eingebracht. Die Termine für die Anhörung im Gesundheitsausschuss und für die zweite und dritte Lesung stehen noch nicht fest. Das Gesetzgebungsverfahren soll bis zum Sommer abgeschlossen werden.

Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege wird ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Der im ersten Referentenentwurf vorgesehene Vorrang der stationären Intensivpflege wurde 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 ein unbefristeter Bestandsschutz für alle, die bereits außerklinische Intensivpflege-Leistungen 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 sollen in ihrer Satzung festlegen können, dass diese Kosten auch fortlaufend übernommen werden, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nicht mehr besteht.

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





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. Die Verordnung ist am 4. Mai 2020 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden und am 5. Mai in Kraft getreten.

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 die von den Krankenkassen zu viel gezahlte Vergütung in den Jahren 2021 und 2022 nun vollständig ausgleichen. Im Referentenentwurf war vorgesehen, dass die Zahnärzte 30 Prozent möglicher Überzahlungen behalten dürfen. Aufgenommen wurde auch ein Passus, nachdem alle Kassenzahnärztlichen Vereinigungen „im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ im Honorarverteilungsmaßstab abweichende Regelungen in den Jahren 2020 bis 2022 vorsehen können.

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. Die Ausgleichszahlungen werden nun aber nur noch aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert. Im Referentenentwurf war noch von Vorfinanzierung und späterer Erstattung durch den Bund die Rede. 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.

DIE BESCHLOSSENE VERORDNUNG:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> SARS-CoV-2/Covid 19 > Chronik



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

Der Gesetzentwurf ist am 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 selbst empfundenen 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



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

Das Zweite Bevölkerungsschutzgesetz ist inzwischen von Bundestag und Bundesrat verabschiedet. es soll bis Mitte Juni in Kraft treten und regelt unter anderem die vom Corona-Kabinett beschlossene Übernahme der Behandlungskosten für Intensivpatienten aus EU-Ländern durch den Bund sowie den Zehn-Punkt-Plan zum personellen und technischen Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖDG). Ziel ist es laut Bundesgesundheitsministerium, pro 20.000 Einwohner Fünfer-Teams zu bilden, die Kontaktpersonen von Infizierten nachverfolgen. Die Teams werden aus anderen Bereichen der öffentlichen Verwaltung personell verstärkt. 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. Das betrifft auch die neuen Meldepflichten zur Genesung und bei negativem Labortest. Covid-19-Tests werden vorerst aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt werden, auch dann, wenn jemand keine Symptome zeigt. Gesundheitsämter können Tests ebenfalls auf diesem Weg abrechnen. Zudem trifft das Ministerium bereits jetzt Vorbereitungen für die Versorgung mit Influenza-Impfstoff für die Grippesaison 2020/2021, um das Gesundheitswesen für den Fall einer andauernden Belastung durch die Coronavirus-Pandemie zu entlasten.

Das Gesetz 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 wird um ein Jahr auf 2022 verschoben. Damit werden 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-Krankenhausesentlastungsgesetz auf den Weg gebrachten Regelungen auf die wirtschaftliche Lage der Kliniken auswirken. Dazu sollen die Krankenhäuser „belastbare Daten“ zur Verfügung stellen.

Das Gesetz enthält außerdem weitere Detailregelungen für das Gesundheitswesen und die Pflegeversicherung. Unter anderem dürfen Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 den für haus-



haltsnahe Dienstleistungen vorgesehenen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro bis Ende September auch anderweitig verwenden. Nehmen Pflegebedürftige keine Leistungen in Anspruch, bekommen Anbieter im Bereich der Alltagsunterstützung laut Gesetzentwurf Mindereinnahmen und außerordentliche Aufwendungen mit bis zu 125 Euro monatlich erstattet.

Zu den weiteren Inhalten des Gesetzes gehören Regeln zum Schutz von privat Krankenversicherten vor Nachteilen durch das „Abrutschen“ in den PKV-Basistarif aufgrund vorübergehender Hilfsbedürftigkeit. Außerdem wird die rechtliche Grundlage für Pilotprojekte zur Verwendung elektronischer Rezepte für künftige digitale Gesundheitsanwendungen geschaffen, die sogenannten Gesundheitsapps auf Rezept. Mit Blick auf das Europarecht lässt das Gesundheitsministerium überprüfen, ob die in Deutschland geltenden „Rückstellungen von der Blutspende für bestimmte Gruppen mit erhöhtem Risiko“ noch gerechtfertigt sind.

BESCHLUSSVORLAGE DES GESUNDHEITSAUSSCHUSSES DES BINDESTAGES:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/18967





Kurzmeldungen

AOK Nordost koordiniert Finanzhilfen in der Coronakrise

20.05.20 (ams). Ausgleichszahlungen in Höhe von gut 1,3 Millionen hat die AOK Nordost bisher an stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Berlin und Brandenburg überwiesen. Sie decken den Zeitraum von Mitte März bis Ende April ab. Die AOK Nordost hat die Verteilung der Zahlungen auf Grundlage des Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetzes im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes übernommen. Durch die Coronakrise können Vorsorge- und Reha-Einrichtungen ihre Betten nicht wie im Normalfall belegen. Einnahmefälle sind die Folge. „Damit leisten wir einen wichtigen Beitrag, dass das Gesundheitssystem in der Krise funktioniert und keinen bleibenden Schaden nimmt“, sagte Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok.de/nordost > Presse > Pressemitteilungen



AOK Baden-Württemberg rüstet Hausärzte mit CovidCare aus

20.05.20 (ams). Seit Ende April steht allen Praxen, die am Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg teilnehmen, eine Software zur Verfügung, die die Versorgung speziell von Covid-19-Patienten erleichtert und Hausärzte entlastet. Forscher der Universität Heidelberg haben CovidCare entwickelt. Die Software ermöglicht eine bessere Einschätzung des Krankheitsverlaufes, erklärte Dr. Thomas Heyer, Vertreter des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg. Auch Patienten in Altenheimen profitieren von CovidCare, wenn ihr Arzt im Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben ist.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok-bw-presse.de



Länderübergreifender Aktionsplan für mehr Gesundheitswissen

20.05.20 (ams). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Europa hat eine Initiative gestartet, die einen Aktionsplan zur Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz für die 53 Mitgliedsstaaten erarbeiten soll. Der Plan soll Anfang 2021 fertig gestellt sein. Ziel ist, die in zahlreichen europäischen Ländern vorliegenden Aktionspläne umzusetzen und die politischen Strategien zur Gesundheitskompetenz der einzelnen Staaten zu unterstützen. Dazu gehört auch der 2018 in Deutschland beschlossene Nationale Aktionsplan, an dem auch der AOK-Bundesverband mitgearbeitet hat.

DER NATIONALE AKTIONSPLAN GESUNDHEITSKOMPETENZ

www.nap-gesundheitskompetenz.de





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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

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

www.aok-bv.de/presse/medienservice

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

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

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

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:
