



# AOK-MEDIENSERVICE

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

06/19

POLITIK

 @AOK\_Politik

Digitale Versorgung-Gesetz (DVG)

- **Patientenschutz und Kosten:  
Bundesregierung nutzt das Potenzial nicht** ..... 2

Drei Fragen an Jürgen Malzahn, AOK-Bundesverband, zur MDK-Reform

- **„Falschabrechnung darf  
kein Kavaliersdelikt sein“** ..... 4

„Stadt. Land. Gesund.“: Unternehmung Gesundheit Hochfranken (UGHO)

- **Vernetzung als gelebte Wirklichkeit** ..... 6

ams-Stichwort: Bedarfsplanung

- **Positive Anknüpfungspunkte  
und ein ungelöstes Grundproblem** ..... 8

ams-Grafik: Arztdichte

- **Wie viele Patienten ein Arzt versorgt** ..... 10

Zahl des Monats

- **Fünf Prozent ...** ..... 11

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 12

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

- **Kurzmeldungen** ..... 24



Digitale Versorgung-Gesetz – DVG

## Patientenschutz und Kosten: Bundesregierung nutzt das Potenzial nicht

**13.06.19 (ams). Der AOK-Bundesverband warnt vor hohen Kostenrisiken im Digitale Versorgung-Gesetz (DVG). Grundsätzlich begrüßt die AOK das DVG. „Es hat das Zeug, digitale Innovationen im Gesundheitswesen zu fördern und die Vernetzung der Akteure voranzubringen“, betont der Vorstandsvorsitzende Martin Litsch. Insbesondere aber die schrittweise Anbindung des Gesundheitswesens an die Telematik-Infrastruktur sei mit erheblichen Mehrkosten verbunden, heißt es in der Stellungnahme für die Verbändeanhörung am 17. Juni 2019. Das DVG nutze vor allem in finanzieller Hinsicht die Vorteile der Digitalisierung zu wenig, so die Kritik.**

Im Kern verfolgt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit dem DVG vier Ziele: die Erweiterung der Telematik-Infrastruktur, die Förderung digitaler Innovationen durch Krankenkassen, die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte und einen neuen Leistungsanspruch für gesetzlich Versicherte auf digitale Gesundheitsanwendungen. In nahezu allen Bereichen hat der AOK-Bundesverband versteckte Kostenfallen identifiziert, die Fortschritte in der medizinischen Versorgung im Zuge der Digitalisierung konterkarieren könnten.

Gesundheits-Apps sollen sich Patientinnen und Patienten künftig wie Arzneimittel vom Arzt verschreiben lassen können. Der vorgeschlagene kollektivvertragliche Ansatz berge jedoch ein erhebliches Kostenrisiko für die Beitragszahler, warnt der AOK-Bundesverband, ohne dass Nutzen und Sicherheit der digitalen Gesundheitsanwendungen für die betroffenen Patienten sichergestellt seien. Aufgrund der vielen Anbieter mit sehr unterschiedlich ausdifferenzierten Produkten plädiert der Verband mit Verweis auf den Hilfsmittelbereich für wettbewerbliche selektivvertragliche Lösungen. „Zumindest für digitale diagnostische oder therapeutische Anwendungen, die über reine Servicefunktionen hinausgehen, müssen außerdem Studien Pflicht werden. Ohne die Verpflichtung, belastbare Studien durchzuführen, werden wir nie wissen, ob der Nutzen einer solchen Anwendung tatsächlich größer ist als der Schaden“, kritisiert Litsch. Die Preise sollten in Verhandlungen mit den Krankenkassen vereinbart werden, die darum konkurrieren, ihren Versicherten gute digitale Anwendungen auf der Basis einer Liste geprüfter Produkte anzubieten.

### Apps sind keine Medikamente

Das Regelwerk zur Preisverhandlung und Vergütung digitaler Behandlungs- und Versorgungslösungen im DVG-Entwurf orientiert sich stark an den bestehenden Regeln des Arzneimittelmarktes. Das werde den Produkten nicht gerecht, so die AOK-Position. „In dem dynamischen Markt sind die vorgesehenen Verhandlungsprozesse viel zu lang. Falls es dann schließlich zu Verhandlungen kommt, bleibt völlig unklar, welche Verhandlungsparameter bei der Preisfestsetzung zugrunde gelegt werden, da anders als bei den Arzneimitteln der Bezug auf eine zweckmäßige Vergleichstherapie nicht gegeben ist“, heißt es in der Stellungnahme wörtlich. „Den Preisvorstellungen der Hersteller kann daher nichts entgegengesetzt werden.“



Ein Preiswettbewerb wird in diesem Modell nicht in Gang kommen.“ Neue Arzneimittel würden außerdem nach einem langen Forschungsprozess und einem aufwändigen Zulassungsverfahren in den Markt gebracht und hätten einen langen Produktzyklus mit Patentphase und anschließender Generikavermarktung. All das gelte für Gesundheits-Apps nicht. Schließlich sollen die digitalen Gesundheitsanwendungen im ersten Jahr ohne jeglichen Beleg eines Nutzens zu einem vom Hersteller festgelegten Preis vergütet werden. „Diese Systematik hat schon beim Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz und der Nutzenbewertung neuer Medikamente zu überhöhten Preisen geführt“, erinnert Martin Litsch. Angesichts beliebig wählbarer Produktzyklen könnten Hersteller jeglichen Preisvereinbarungen ausweichen. Schon jetzt bestehe bei einigen Produkten ein eklatantes Missverhältnis der Kosten im Vergleich zur Vergütung persönlich erbrachter Leistungen durch Ärzte, Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer.

### Telematik – unverhältnismäßig teure Technik

Die vorgesehenen Regelungen zur elektronischen Patientenakte (ePA) begrüßt der AOK-Bundesverband im Grundsatz und hebt besonders hervor, „dass es sich dabei um eine versichertenorientierte elektronische Patientenakte handelt, die durch die jeweilige Krankenkasse bereitgestellt wird und über deren freiwillige Verwendung der Versicherte allein entscheidet“. Bei der Finanzierung der ePA und des elektronischen Rezepts (eRezept) kämen jedoch die Vorteile der Digitalisierung nicht zum Tragen. Das DVG übertrage auch hier einfach die Finanzierungsmechanismen der analogen Welt ungeprüft auf die ePA. Auch die zusätzliche Honorierung der Ärzteschaft für die Nutzung digitaler Lösungen sieht die AOK kritisch. Es sei nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), zusätzliche Anreize zur Nutzung der ePA zu schaffen. Zudem blieben zum jetzigen Zeitpunkt Doppelabrechnungen im Kontext der ePA nicht ausgeschlossen.

Den Ausbau der Telematik-Infrastruktur bezeichnet der Vorstandsvorsitzende Litsch als „echten Fortschritt“. Ihre Erweiterung um weitere 100.000 Leistungserbringer und der regelmäßig notwendige Austausch alle fünf Jahre lasse jedoch die Technikkosten unverhältnismäßig steigen. Die Experten im AOK-Bundesverband rechnen in der Stellungnahme vor, dass die Erstausrüstung und der Betrieb der Telematik-Infrastruktur allein der Vertragsärzte während der vergangenen drei Jahre Kosten in Höhe von etwa 700 Millionen Euro verschlungen hätten, die dann nicht mehr für die medizinische Versorgung der Versicherten zur Verfügung stünden. Der Anschluss von Krankenhäusern und Apotheken ist hierbei jedoch noch überhaupt nicht berücksichtigt. „Wenn jetzt weitere 100.000 Leistungserbringer ebenfalls einen Konnektor hingestellt bekommen, der nach fünf Jahren wieder ausgetauscht werden muss, wäre das eine schlechte Nachricht für die Beitragszahler“, gibt Litsch zu bedenken. Deshalb fordert die AOK, bei den Finanzierungsvereinbarungen die Mengendegression zu berücksichtigen sowie Alternativen zu den bestehenden Hardware-Konnektoren zu entwickeln, die unter Berücksichtigung der Sicherheitsaspekte einen schnellen und kostengünstigen Austausch auf dem aktuellen Stand der Technik gewährleisten.

(rbr)

**REFERENTENENTWURF UND STELLUNGNAHME:**

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Gesetze

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





Drei Fragen an Jürgen Malzahn, AOK-Bundesverband

## „Falschabrechnung darf kein Kavaliersdelikt sein“

**13.06.19 (ams).** Mehr als jede zweite geprüfte Klinikabrechnung ist laut GKV-Spitzenverband im Jahr 2017 falsch gewesen. Die Krankenhäuser mussten daraufhin 2,8 Milliarden Euro an die Krankenkassen zurückzahlen. Um das Prüfverfahren für Krankenhausabrechnungen zu verbessern, hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) ein Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vorgelegt. Warum die geplante Gesetzesänderung allerdings zu kurz greift und wie Anreize für eine korrekte Abrechnung geschaffen werden können, erklärt Jürgen Malzahn.



**Jürgen Malzahn**  
leitet die Abteilung stationäre  
Versorgung und Rehabilitation  
im AOK-Bundesverband

**Herr Malzahn, die Bundesregierung will künftig Prüfquoten für Klinikabrechnungen einführen. Konkret bedeutet dies: Je weniger Rechnungen im Vorquartal beanstandet und dem MDK zur Prüfung vorgelegt wurden, umso weniger Rechnungen werden nachfolgend geprüft. Kann das funktionieren?**

Malzahn: Nein, der Vorschlag führt in die falsche Richtung. Zukünftig sollen nur noch fünf bis 15 Prozent der Abrechnungsfälle überhaupt prüfbar sein. Nach dem Referentenentwurf gilt eine Fehlerquote von bis zu 40 Prozent als völlig akzeptabel. Für das Krankenhaus besteht bis dahin überhaupt kein Risiko. Auch die Prüffälle je Krankenhaus sollen in Abhängigkeit von der individuellen Fehlerquote im vorhergehenden Quartal begrenzt werden. Das hätte zur Konsequenz, dass im Milliardenmarkt „Krankenhaus“ in großem Umfang Falschabrechnungen auf Kosten der Beitragszahler unbeanstandet blieben.

**Wie sähe denn ein guter Kompromiss aus, um für die Kliniken wirkliche Anreize zur korrekten Abrechnung zu schaffen?**

Malzahn: Wir brauchen klare Regeln, Transparenz und Verbindlichkeit. Fehler müssen ab der ersten Rechnung zu spürbaren Folgen für die Krankenhäuser führen. Gestaffelte Strafzuschläge, die erst ab einer Fehlerquote von 40 Prozent gelten, bringen uns nicht weiter. Falschabrechnung darf kein Kavaliersdelikt sein. Wer lediglich auf geringere Prüfquoten zielt, ändert nichts an den Ursachen für fehlerhafte Abrechnungen und die dadurch ausgelösten Prüfungen. Sicherlich ist das Abrechnungssystem der Kliniken komplex und dadurch entstehen Fehler. Der weitaus größere Teil falscher Rechnungen geht jedoch auf „erlösorientiertes Up- oder Falschcoding“ seitens der Kliniken zurück. Hier müssen klare Sanktionen gelten.

**Apropos Up- oder Falschcoding: Mit dem Reformgesetz sollen auch strittige Auffassungen bei einzelnen Codier- und Abrechnungsfragen „reduziert“ werden. Unter anderem soll künftig der Kreis derjenigen erweitert werden, die den zuständigen Schlichtungsausschuss anrufen können. Halten Sie diese Änderung wenigstens für sinnvoll?**

Malzahn: Ganz und gar nicht. Denn der dann neue Schlichtungsausschuss soll ja nicht nur erweitert werden, sondern auch jedes Krankenhaus und zahlreiche weitere Institutionen können den Schlichtungsausschuss anrufen. Da gleichzeitig in acht Wochen Entscheidungen



getroffen werden müssen, entsteht ohne Not ein Chaos, weil sich die Rechtsgrundlage für Kodierrichtlinien andauernd ändert. Da aber die Antragsmöglichkeiten erheblich erweitert werden, und dabei laut Referentenentwurf keine Gebühren anfallen sollen, dürfte der Schlichtungsausschuss zusätzlich völlig überlastet sein. Auch die Idee einer Wirkung von Beschlüssen auf bereits laufende Prüfverfahren ist abzulehnen, weil dadurch die Verfahrensunsicherheit für alle Beteiligten erhöht wird. Auch wenn letzten Endes einige Punkte aus Kassensicht positiv erscheinen, beispielsweise die Festlegung, ab wann eine Rechnung abschließend ist, muss die Reform insgesamt kritisch betrachtet werden. Wir müssen aufpassen, dass Falschabrechnung nicht salonfähig wird.

---

#### REFERENTENENTWURF UND STELLUNGNAHME:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Gesetze

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





Stadt. Land. Gesund.

## UGHO: Vernetzung als gelebte Wirklichkeit

**13.06.19 (ams). Facharzttermine innerhalb von 48 Stunden, Hausbesuche von speziell ausgebildeten Praxisassistentinnen oder eine telemedizinische Versorgung. Das bietet in dieser Form nicht einmal das gerade in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Was oft noch Zukunftsmusik ist, ist bei der Unternehmung Gesundheit Hochfranken (UGHO) schon Wirklichkeit geworden. Arztnetze wie UGHO sichern die ambulante und wohnortnahe medizinische Versorgung der Patienten. UGHO organisiert in Kooperation mit der AOK Bayern in der Region Hof die ländliche Versorgung.**

Seit Ende 2017 fährt Julia Ernstberger als eNurse in Nordbayern über die Dörfer. Sie ist eine digital vernetzte, nichtärztliche Praxisassistentin und bei der UGHO angestellt. Das Arztnetz gibt es seit 2009 und umfasst inzwischen über 70 Haus- und Fachärzte in der Stadt und dem Landkreis Hof sowie Teilen des Landkreises Wunsiedel. Angefangen hat der Zusammenschluss bereits 2006 noch unter dem Namen Praxisnetz Hochfranken e. V.

Die AOK hat im Rahmen der Initiative Stadt. Land. Gesund. über 100 Projekte in ganz Deutschland identifiziert, die die Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten stärken. Als eines von 30 Leuchtturmprojekten fördert sie im Rahmen der Initiative auch UGHO. Insgesamt profitieren über 15.000 Versicherte der AOK Bayern vom Versorgungsvertrag zwischen dem Arztnetz und der AOK. Im April 2019 wurde UGHO von der AOK Bayern für seine herausragende Versorgungsqualität in der medizinischen Behandlung mit dem „Prädikat Silber“ des Projekts „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRo) ausgezeichnet.

### Dem demografischen Wandel trotzen

In ganz Deutschland gibt es rund 400 Arztnetze, 85 davon, also gut jedes fünfte, in Bayern. Alle Ärzte bei UGHO verbindet ein gemeinsames Ziel: die ambulante ärztliche Versorgung in der Region langfristig zu sichern. Die Region an der Grenze zu Sachsen, Thüringen und Tschechien ist schon jetzt von den Auswirkungen des demografischen Wandels betroffen. Die Menschen dort werden immer älter und demzufolge auch kränker und unbeweglicher. Viele von ihnen leiden an chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder der Lungenerkrankung COPD. Die Nachfrage nach ambulanter Versorgung und medizinischen Leistungen ist hoch. Gleichzeitig sind über 50 Prozent der Hausärzte mindestens 65 Jahre alt und stehen kurz vor dem Ruhestand. Der Region droht Ärztemangel.

Gegen den Ärztemangel kann auch eNurse Julia Ernstberger nichts ausrichten. Aber sie kann die Hausärzte durch Hausbesuche, die sie für die Ärzte übernimmt, entlasten. Zur Zeit ist sie für elf Hausärzte der Region tätig und betreut insgesamt 185 Patienten. Einer dieser Hausärzte ist Ulrich Voit in Schwarzenbach am Wald, einer kleinen Gemeinde etwa 25 Kilometer westlich von Hof. „Die nichtärztliche Praxisassistentin ist für uns Hausärzte eine große Entlastung. Wir dürfen sie aber auch nicht überlasten und müssen genau wissen, wo ihre Grenzen sind“, erklärt Voit. Erfordert ein Anliegen ärztlichen Rat, so rufe die mobile



Praxisassistentin den Arzt noch während des Besuchs telefonisch oder per Videoschleife dazu, ergänzt Voit. Möglich macht dies eine moderne Ausstattung der eNurse inklusive Notebook. Die eNurse ist unter anderem mit einem Zwölf-Kanal-EKG, einem Pulsometer und Wundwechselmaterial ausgestattet. Außerdem kümmert sie sich um Blutabnahme und Impfungen. Behandlungsverlauf und Ergebnisse überträgt die eNurse digital an den jeweiligen Hausarzt. Dieser kann sich dann ein Bild des Patienten machen und weitere Behandlungsschritte einleiten. UGHO bildet Arzthelferinnen zur nichtärztlichen Praxisassistentin weiter. Voraussetzung ist eine Ausbildung zur Arzthelferin und drei Jahre Berufspraxis.

### 80 Prozent der teilnehmenden Ärzte sind elektronisch vernetzt

Hausarzt Voit kann sich das Praktizieren ohne mobile Assistentin und ohne Arztnetz nur noch schwer vorstellen. „Die Arztnetze sind für mich ein Phänomen und durch UGHO ist Vernetzung gelebte Wirklichkeit geworden“, sagt er begeistert. Durch die Arztnetze hätten die Ärzte systematisch angefangen, miteinander zu reden. „Je besser sich die Ärzte kennen, desto besser funktioniert Arbeitsteilung“, fügt Voit hinzu. Konkret bedeutet dies, dass ein Hausarzt seinen Patienten durch UGHO innerhalb von 48 Stunden an einen Facharzt, beispielsweise einen Neurologen, überweisen kann. So wird eine zeitnahe medizinische Abklärung gewährleistet. 80 Prozent der Haus- und Fachärzte, die am Arztnetz teilnehmen, sind elektronisch miteinander vernetzt. Dadurch lassen sich Behandlungsergebnisse einfacher austauschen sowie Doppeluntersuchungen und -verordnungen vermeiden. Ein weiterer Vorteil von UGHO ist, dass es im UGHO-System nur zehn Abrechnungsziffern für den hausärztlichen Bereich gibt. Diese Maßnahmen führen zu weniger Bürokratie, zu einer Entlastung des Praxispersonals und letztlich zu mehr Zeit für den einzelnen Patienten.

(tst)

---

**DIE UNTERNEHMUNG GESUNDHEIT HOCHFRANKEN:**

[www.ugho.de](http://www.ugho.de)



---

**ARZTNETZE DER AOK BAYERN:**

[www.aok-bayern.de](http://www.aok-bayern.de) > Leistungen und Services > Leistungen von A bis Z > Arztnetze





ams-Stichwort: Bedarfsplanung

## Positive Anknüpfungspunkte und ein ungelöstes Grundproblem

**13.06.19 (ams).** Zusammen mit den derzeit fast 3.500 unbesetzten Arztsitzen gibt es künftig 6.900 Niederlassungsmöglichkeiten für ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten. Die kürzlich beschlossene Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sieht unter anderem rund 1.450 neue Hausarztsitze und über 700 zusätzliche Sitze für Psychotherapeuten vor. Die neue Richtlinie soll am 1. Juli in Kraft treten. GBA-Chef Professor Josef Hecken spricht von einer „zukunftsgerichteten Weiterentwicklung der Bedarfsplanungsinstrumente“. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, lobt zwar Verbesserungen vor allem der psychiatrischen und neurologischen sowie der haus- und kinderärztlichen Versorgung. Das Grundproblem ungleicher Verteilung bleibe trotz neuer Richtlinie bestehen.

Basis der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist der gesetzliche Sicherstellungsauftrag. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind verpflichtet, die ärztliche beziehungsweise psychotherapeutische Versorgung zu gewährleisten. Der GBA erstellt im Auftrag des Gesetzgebers mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie eine bundesweit einheitliche Planungssystematik. Darin wird unter anderem das empfohlene Verhältnis von Einwohnerzahl pro Arzt für die jeweilige Arztgruppe beschrieben. Auf dieser Grundlage werden auf Landesebene die Bedarfspläne aufgestellt und entsprechend der Versorgungssituation Niederlassungsmöglichkeiten ausgewiesen. Auf Landesebene wird auch entschieden, ob und inwieweit aufgrund regionaler Besonderheiten vom bundeseinheitlichen Rahmen abgewichen werden kann/muss. Grundlage etwaiger Abweichungen sind demografische Faktoren wie Alter der Bevölkerung sowie deren Gesundheitszustand, aber auch sozioökonomische und infrastrukturelle Faktoren. Der GBA ist verpflichtet, die jeweils aktuelle Bedarfsplanungsrichtlinie kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. 2018 hat der GBA etwa sechs allerdings mehr oder weniger kleine Korrekturen an der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgenommen.

### Gemeinsamer Bundesausschuss nutzt seine neuen Kompetenzen

Jenseits der Kritik bietet die neue Richtlinie aus Sicht der AOK viele positive Anknüpfungspunkte. Dazu gehört, dass künftig die Morbidität der Versicherten stärker berücksichtigt wird und alle zwei Jahre eine Anpassung der Verhältniszahlen an die demografische Entwicklung erfolgt. Die dadurch zusätzlich benötigten Ärzte werden unter anderem anhand der Krankheitslast auf die Planungsbereiche verteilt. Die AOK begrüßt auch die Mindestquote für Rheumatologen, die in gesperrten Planungsbereichen zusätzliche Ärzte ermöglicht. Maximalquoten für große internistische Arztgruppen sollen zu einer gleichmäßigen Zusammensetzung der internistischen Versorgung führen. „Damit wird die Fehlverteilung dieser Arztgruppe endlich aktiv angegangen“, unterstreicht Litsch, und der GBA nutze seine mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hinzugewonnene Kompetenz.





## Zahl der Ärzte auf Rekordniveau

Wie kompliziert insbesondere die Steuerung der Ärzte sein kann, zeigt ein Blick in die Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum Stichtag 31. Dezember 2018. Nie gab es mehr berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: fast 393.000, davon etwas mehr als 157.000 im ambulanten Bereich. Ein Arzt versorgt aktuell statistisch im Schnitt 211 Einwohner. Zum Zeitpunkt der deutschen Einheit 1990 ging die Schere deutlich weiter auseinander. Damals gab es nur knapp 238.000 berufstätige Ärzte – 92.000 ambulant – und auf einen Arzt kamen im Schnitt 335,4 Einwohner. Trotz dieses satten Zuwachses von 65 beziehungsweise 70 Prozent in den vergangenen 30 Jahren beklagt die Ärzteschaft den Ärztemangel. Und auch so manchem Bürger, der in unterversorgten Regionen unter den Verteilungsdefiziten leidet, geht es nicht anders. Verbandschef Litsch sieht hier ein strukturelles Problem, das auch neue bundesweite Planungsvorgaben nicht lösen könnten. „Erstens entstehen viele zusätzliche Kapazitäten in Regionen, in denen es schon heute offene Vertragsarztsitze gibt. Zweitens orientiert sich die Bedarfsplanung weiterhin vorrangig am Modell des selbstständigen, niedergelassenen Arztes.“ Stattdessen brauche es mehr innovative und sektorenübergreifende Versorgungsformen, alternative ärztliche Organisationsformen und interprofessionelle Zusammenarbeit. „Sie sind der Schlüssel dazu, wie wir auch in punkto Gesundheit gleichwertige Lebensverhältnisse zwischen Stadt und Land schaffen können“, betont Litsch. Auch hier hilft ein Blick in die Ärztestatistik. Die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor steigt seit Mitte der 2000er-Jahre rapide an und hat sich seitdem nahezu verfünffacht, von 8.500 im Jahr 2005 auf aktuell fast 40.000.

## „Stadt. Land. Gesund.“ – für eine bessere ländliche Versorgung

Um innovative regionale Versorgungsangebote zu stärken, hat die AOK-Gemeinschaft Ende Februar 2019 die Initiative „Stadt. Land. Gesund.“ gestartet. Alle elf AOKs haben über 100 Projekte in ganz Deutschland identifiziert, die dazu beitragen, dass notwendige medizinische Angebote vor Ort erhalten bleiben. Sie setzen unterschiedliche Schwerpunkte bei der sektorenübergreifenden Versorgung, den Versorgungsassistenzen, der Digitalisierung und bei Arztnetzen. Die Projekte haben aus AOK-Sicht das Potenzial, Lücken in der ländlichen Gesundheitsversorgung zu schließen. Digitale Lösungen und Delegationsansätze sorgen dafür, dass bei der Behandlung räumliche Distanz überwunden wird und Patienten einen schnelleren Zugang zur Versorgung bekommen.

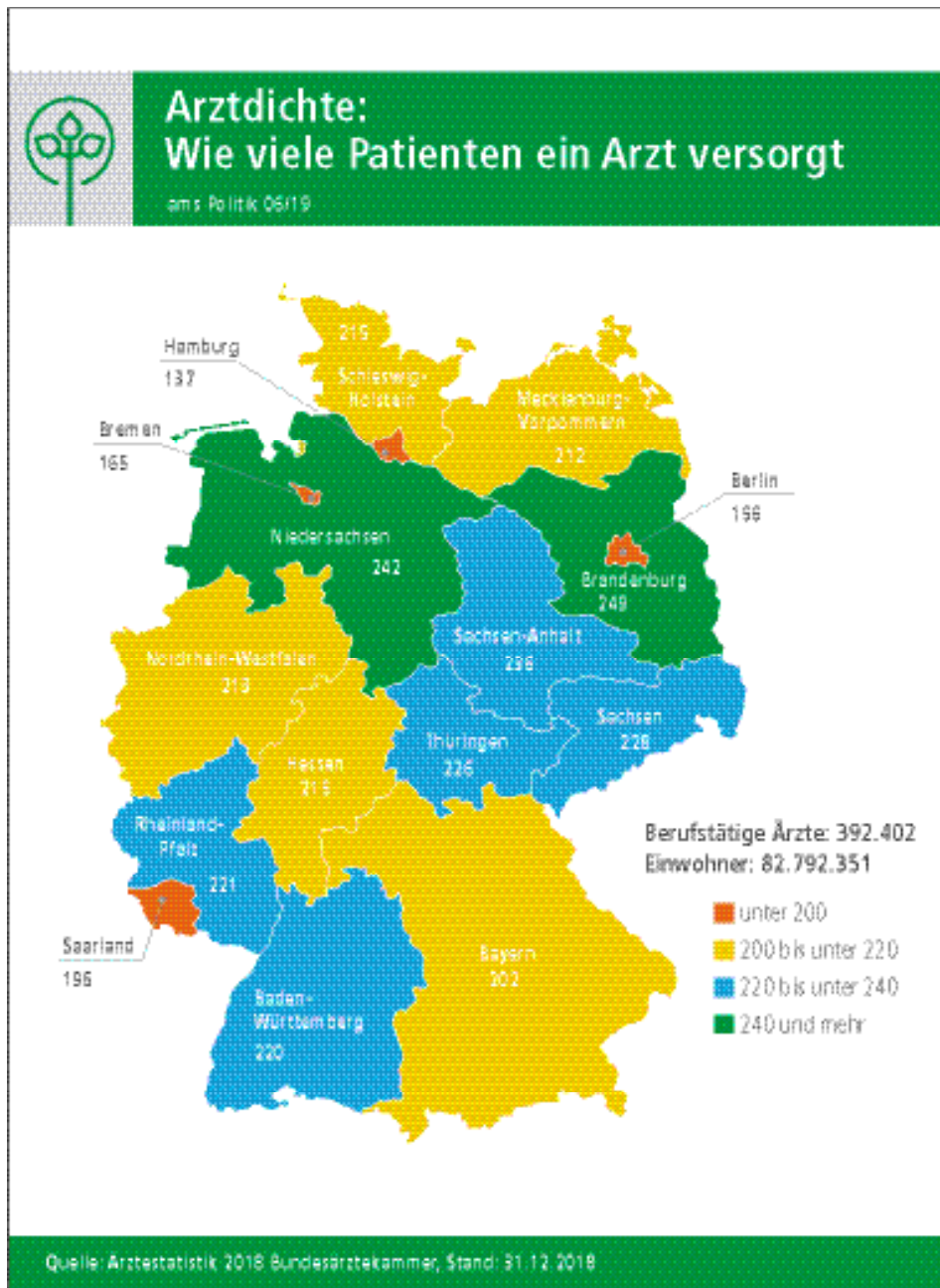
Dabei knüpft die AOK an die Ergebnisse einer forsa-Studie an. 2.005 Menschen hat die AOK im Vorfeld von „Stadt. Land. Gesund.“ befragen lassen. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Menschen innovativen Versorgungsformen gegenüber offen sind. Angebote wie die mit Ärzten abgestimmte Betreuung durch speziell qualifizierte medizinische Fachkräfte oder mobile Arztpraxen erreichen Zustimmungswerte von 91 beziehungsweise 82 Prozent. Auch Videosprechstunden kann sich bereits jeder und jede Zweite vorstellen. Die Umfrage zeigt darüber hinaus, dass entsprechende Lösungen nicht nur akzeptiert werden, sondern dass die Menschen sie von ihrer Krankenkasse erwarten.

(rbr)

[DIE NEUE RICHTLINIE ZUR BEDARFSPLANUNG](#)

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





Nie gab es so viele Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wie Ende 2018. Ein Arzt versorgte im Schnitt 211 Einwohner. Zum Zeitpunkt der deutschen Einheit 1990 ging die Schere deutlich weiter auseinander. Damals kamen auf einen Arzt im Schnitt 335,4 Einwohner. Allerdings gibt es regional erhebliche Unterschiede. Für die Verteilung der Ärzte sind in erster Linie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) verantwortlich.

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



Zahl des Monats

## Fünf Prozent ...

... der gesetzlich versicherten Antibiotika-Patienten sind 2018 einem zusätzlichen Risiko erheblicher Nebenwirkungen ausgesetzt worden, weil ihnen ein Fluorchinolon-Antibiotikum verordnet wurde. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Fluorchinolone zählen zu den Reserve-Antibiotika und haben erhebliche Nebenwirkungen. Deshalb sollen sie eigentlich nur bei schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Infektionen zum Einsatz kommen, wenn andere Alternativen nicht helfen.

Das WIdO hat nun erstmals die zusätzlichen Risiken dieser Arzneimittel im Vergleich zu anderen Antibiotika auf der Grundlage von Studienergebnissen hochgerechnet. Für die etwa 3,3 Millionen Patienten, die in Deutschland im Jahr 2018 im Rahmen von 3,5 Millionen Therapien mit Fluorchinolonen behandelt wurden, ist davon auszugehen, dass mehr als 40.000 Patienten zusätzlich von Nebenwirkungen wie einer Schädigung des Nervensystems, der Hauptschlagader oder einem Sehnenriss betroffen waren und sich 140 zusätzliche Todesfälle ereignet haben. Das WIdO wertet diese Zahlen als besonders alarmierend, weil für viele Erkrankungen gut wirksame und risikoärmere Antibiotika zur Verfügung stehen und die Gefahren den pharmazeutischen Herstellern bereits seit Jahren bekannt sind.

Nach Berechnungen des Instituts haben 20,4 Millionen und damit mehr als jeder vierte GKV-Versicherte im Jahr 2018 mindestens einmal eine Antibiotikaverordnung erhalten. Von den insgesamt 310 Millionen verordneten Antibiotika-Tagesdosen entfallen 25,6 Millionen auf die Gruppe der Fluorchinolon-Antibiotika. Obwohl Ärzte seit 2011 diese Präparate zurückhaltender verordnen, wurden im Jahr 2018 – nach Abschätzung auf Basis von AOK- und GKV-Daten – immer noch rund 3,3 Millionen Patienten und damit fast fünf Prozent der mehr als 72 Millionen GKV-Versicherten mit diesen Wirkstoffen behandelt. Führend mit 64 Prozent der Verordnungen ist der Wirkstoff Ciprofloxacin.

**DAS DOSSIER „RISIKOREICHE VERORDNUNGEN VON  
FLUORCHINOLON-ANTIBIOTIKA IN DEUTSCHLAND“:**

[www.wido.de](http://www.wido.de) > Arzneimittel > Analysen zum Arzneimittelverbrauch





## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Qualitätsdaten für die Forschung

Daten aus der datengestützten Qualitätssicherung können ab sofort für Forschungszwecke oder zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung genutzt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Vorbereitungen zur konkreten Umsetzung des Verfahrens abgeschlossen. Interessenten müssen einen entsprechenden Antrag beim Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) stellen. Eine ausführliche Beschreibung des Antragsverfahrens, der damit verbundenen Kosten sowie alle notwendigen Formulare stellt das IQTIG auf seiner Website bereit. Über den Antrag entscheidet der Unterausschuss Qualitätssicherung des GBA nach einer Vorprüfung und Einschätzung durch das IQTIG. Die genehmigten Anträge veröffentlicht das IQTIG künftig mit einer Kurzdarstellung des Projekts sowie der daraus hervorgegangenen wissenschaftlichen Publikation auf seiner Website.

#### WEITERE INFORMATIONEN:

Die Antragsformulare zum Download: [www.iqtig.de](http://www.iqtig.de)  
> Datenerfassung > Sekundäre Datennutzung  
Informationen zur Arbeit des GBA: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Kein Monat vergeht ohne neuen Gesetzentwurf aus dem Hause Spahn. Mitte Mai hat das Bundesgesundheitsministerium das „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ (DVG) auf die Agenda gesetzt. Kurz vor Inkrafttreten steht das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV), das der Bundestag kürzlich beschlossen hat. Für Ende Juni geplant sind die zweite und dritte Lesung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeuten-ausbildung. Diese und ältere Stichworte (Stand: 12. Juni 2019) gibt es auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).

### Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV)

Ziel der „Elektronischen Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV)“ ist es, niedergelassene Ärzte über ihre Praxissoftware verständlich und möglichst aktuell über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur frühen Nutzenbewertung zu informieren. Denn bisher dauert es zu lange, bis sich die Ergebnisse der Bewertung neuer Medikamente im Verordnungsverhalten der Ärzte bemerkbar machen. Der vom Bundesgesundheitsministerium im Oktober 2018 vorgelegte Referentenentwurf für die EAMIV definiert Mindestanforderungen für Inhalte und technische Voraussetzungen. Das entspricht einem Auftrag aus dem GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, das im Mai 2017 in Kraft getreten ist. So sollen der Zusatznutzen des Arzneimittels sowie die zweckmäßige Vergleichstherapie nach Patientengruppen differenziert abgebildet und die tragenden Gründe des GBA-Beschlusses zusammenfassend in verständlicher Sprache dargestellt werden. Alle Informationen sind miteinander zu verlinken. Weitergehende Vorgaben soll anschließend der GBA machen. Bisher gab es nur eine zweite Fachanhörung des Ministeriums am 8. April 2019. Nun stockt der Beratungsprozess.

DIE VORSCHLÄGE IM EINZELNEN:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > EAMIV



### Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Die Bundesregierung verfolgt nach eigener Aussage mit dem Reformgesetz vor allem zwei bereits im Koalitionsvertrag formulierte Ziele: die Stärkung der Unabhängigkeit der bisherigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beziehungsweise des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) sowie eine Reduzierung der Prüfverfahren von Krankenhausabrechnungen. Diese haben laut Aussage des GKV-Spitzenverbandes in diesem Jahr ein Rekordhoch erreicht. Jede zweite geprüfte Krankenhausabrechnung sei fehlerhaft,



heißt es in einer Mitteilung des Verbandes. Das zeigten neueste Auswertungen der Krankenkassen für das Jahr 2017. Die Fachanhörung fand am 11. Juni 2019 statt.

Organisatorisch sollen die MDK und der MDS auf neue Füße gestellt werden. Die MDK behalten zwar ihre föderale Struktur, der hauptamtliche Einfluss der Krankenkassen wird jedoch zurückgedrängt. Künftig dürfen hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Beschäftigte nicht mehr in den Verwaltungsrat der MDK beziehungsweise des MDS gewählt werden. Stattdessen werden auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein. Die Umstellung soll innerhalb eines Jahres erfolgen.

Der MDS wird vom GKV-Spitzenverband gelöst und künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt. Die bisherigen MDK werden zu Medizinischen Diensten (MD) und sind Mitglieder des dann neu geschaffenen MD Bund. Dieser Prozess soll nach maximal anderthalb Jahren abgeschlossen sein. Auch die MD firmieren nicht mehr als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, sondern ebenso als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts. Der MD Bund legt künftig die Richtlinien der Arbeit fest. Die MD wirken laut Referentenentwurf daran mit.

Um die hohe Zahl an Prüfverfahren zur Korrektheit von Krankenhausabrechnungen zu senken, sollen ab 2021 quartalsbezogene Prüfquoten je Klinik festgelegt werden. Das heißt, dass nicht mehr jede potenziell falsche Krankenhausrechnung überprüft wird. Der Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen richtet sich danach, wie gut eine Klinik bisher abgerechnet hat. Je höher der Anteil korrekter Rechnungen war, desto niedriger fällt die Prüfquote aus und umgekehrt. Basis der Prüfquote sind jeweils die Prüfergebnisse des vorangegangenen Quartals. Für das Jahr 2020 gilt eine Prüfquote von 10 Prozent. Die Bundesregierung erhofft sich dadurch mehr Anreize für eine korrekte Abrechnung.

Außerdem soll die Erfüllung struktureller Voraussetzungen der Leistungserbringung gebündelt werden. Bisher prüft der MDK im Rahmen von Einzelfallprüfungen, ob ein Krankenhaus die strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung erfüllt. Künftig soll diese Prüfung in regelmäßigen Abständen, etwa alle ein oder zwei Jahre erfolgen. Krankenhäuser, die nach einer solchen Strukturprüfung die Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen dann auch nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Von einer Prüfung ausgeschlossen wird laut Gesetzentwurf die Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte. Die Bundesregierung will so der aus ihrer Sicht bestehenden Gefahr „der Entstehung von unnötigen Prüffeldern im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung“ entgegenwirken.

Außerdem regelt das MDK-Reformgesetz den Umgang mit Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ihre Mitglieder im Krankheitsfall abgesichert haben. Sie werden als „anderweitige Absicherung“ im Krankheitsfall gesetzlich anerkannt. Diese Solidargemeinschaften unterschieden sich wesentlich von denjenigen Solidargemeinschaften, die erst nach Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland gegründet wurden, so die Begründung. Sie hätten teilweise bereits jahrzehntelang ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt, das im Einklang mit der Rechtslage stand.

DER REFERENTENENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > MDK-Reform





## Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)

Ziel des Gesetzes ist eine höhere Masern-Impfrate insbesondere bei Kindern. Um dieses Ziel zu erreichen, plant das Bundesgesundheitsministerium, die Freiwilligkeit der Impfscheidung für bestimmte Personengruppen aufzuheben. So müssen künftig Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden oder dort mit Kontakt zu den Betreuten tätig sind, sowie das Personal in bestimmten medizinischen Einrichtungen nachweisen, dass sie geimpft sind oder gegen Masern immun sind, etwa aufgrund der eigenen überstandenen Masernerkrankung. Eine Nichtimpfung bedeute nicht nur eine erhebliche Gefahr für das körperliche Wohlergehen des Nichtgeimpften, sondern auch ein Risiko für andere Personen, die etwa aufgrund ihres Alters oder besonderer gesundheitlicher Einschränkungen nicht geimpft werden könnten, heißt es im Referentenentwurf zur Begründung. Deshalb müsse eine Impfpflicht möglichst früh und da ansetzen, wo Menschen täglich in engen Kontakt miteinander kommen.

Begleitend dazu will die Bundesregierung die Aufklärungsarbeit stärken. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) wird gesetzlich verpflichtet, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema Impfen zu informieren. Das Gesetz regelt auch die Einführung eines digitalen Impfausweises. Durch entsprechende Funktionalitäten könne somit automatisiert an Termine für Folge- und Auffrischimpfungen erinnert werden, so der Plan.

Außerdem soll künftig gesetzlich klar geregelt sein, dass jeder Arzt in der Lage ist, Schutzimpfungen durchzuführen. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit nach der Gebietsdefinition durchführen.

Schließlich soll der Öffentliche Gesundheitsdienst an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden, um so Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz und andere epidemiologische Daten nach gesetzlichen Grundlagen zu erhalten. Mit Zustimmung des Patienten soll es dem ärztlichen sowie Personal des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen seiner Versorgungsaufgaben gestattet werden, auf den Impfausweis der elektronischen Patientenakte Zugriff zu nehmen. Dies sei im Sinne der Patienten, da so fehlende Impfungen angesprochen und Doppelimpfungen vermieden werden könnten, so der Gesetzentwurf. Die Fachanhörung fand am 12. Juni 2019 statt.

DER REFERENTENENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > Impfpflicht-Gesetz



## Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung Gesetz, DVG)

Patientinnen und Patienten sollen sich Gesundheits-Apps künftig wie Arzneimittel vom Arzt verschreiben lassen können. Sie sollen ihre Daten in absehbarer Zeit in einer elektronischen Patientenakte speichern lassen. Auch telemedizinische Angebote wie zum Beispiel Videosprechstunden sollen leichter nutzbar sein. Das sind wesentliche Ziele des Referentenentwurfes zum „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“. Der



Gesetzentwurf vom 15. Mai 2019 sieht eine Erweiterung der Telematikinfrastruktur vor. So sollen Apotheken (bis März 2020) und Krankenhäuser (bis März 2021) verpflichtet werden, sich an die Telematikinfrastruktur anschließen zu lassen. Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen bekommen die Möglichkeit dazu. Die Kosten für die freiwillige Anbindung werden erstattet. Ärztlichen Praxisinhabern, die noch immer nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, droht ab März 2020 eine Honorarkürzung von 2,5 Prozent. Krankenkassen müssen ihren Versicherten spätestens ab dem 1.1.2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten. Mit dem Digitale Versorgung Gesetz sollen Patientinnen und Patienten zeitgleich einen Anspruch darauf erhalten, dass ihre Ärztin beziehungsweise ihr Arzt Daten in die ePA einträgt. Das gilt dann auch nach einer Behandlung im Krankenhaus. Wer möchte, kann auch zusätzlich den Impfausweis, den Mutterpass, das gelbe Untersuchungs-Heft für Kinder und das Zahn-Bonusheft dort speichern lassen.

Die Nutzung digitaler Technik soll Verwaltungsprozesse vereinfachen. Nach der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und dem E-Rezept (GSAV) soll jetzt auch die elektronische Heil- und Hilfsmittelverordnung kommen. Die konkreten Verfahren und Abläufe sollen in Pilotprojekten getestet werden.

DER REFERENTENENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > Digitale Versorgung Gesetz



## Gesetz für eine faire Kassenwahl in der GKV (Faire-Kassenwahl-Gesetz, GKV-FKG)

Mit dem Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verfolgt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Wesentlichen zwei Ziele. Der Referentenentwurf beinhaltet nicht nur die Weiterentwicklung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen, des sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), sondern auch eine tiefgreifende Reform des Organisationsrechts. So sollen künftig alle Krankenkassen bundesweit geöffnet werden. Ausnahmen soll es nur für Betriebskrankenkassen geben, die eindeutig einem Trägerunternehmen zugeordnet sind. Das BMG begründet die bundesweite Öffnung in seinem Referentenentwurf mit dem Ziel, Wettbewerbsverzerrungen zu verringern, die durch bundesweit einheitliche Zuweisungen bei regional unterschiedlichen Ausgabenstrukturen entstünden.

Gleichzeitig würde die Aufsicht bisher regional begrenzter Kassen von den Landesbehörden auf das Bundesversicherungsamt (BVA) übergehen, was aus Sicht des Ministeriums Wettbewerbsverzerrungen aufgrund unterschiedlichen Handelns der Landesaufsichtsbehörden beseitigen würde. Darüber hinaus werden die Verhaltensregeln für den Wettbewerb und insbesondere für Werbemaßnahmen der Krankenkassen genauer festgelegt sowie die Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander neu geordnet.

Die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen selber Kassenart wird abgeschafft. Die Kosten, die aus der Insolvenz einer Krankenkasse entstehen, sollen künftig alle Kassen auf Basis eines fairen Verteilungsschlüssels tragen. Schließlich werden die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes neu geordnet, um eine engere Anbindung an das operative Geschäft





und die angemessene Repräsentanz von Frauen in den Entscheidungsgremien sicherzustellen. So plant das BMG, dass der Verwaltungsrat künftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern der Verwaltungsräte der Krankenkassen, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Mitglieds-kassen gebildet wird. Darüber hinaus sieht der Referentenentwurf eine Frauenquote bei der künftigen Besetzung des dann 40-köpfigen Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes vor. Die 20 größten Mitglieds-kassen entsenden je ein Vorstandsmitglied in den Verwaltungsrat. Die weiteren 20 Verwaltungsratsmitglieder werden von der Mitgliederversammlung gewählt. Diese 20 Sitze werden je zur Hälfte mit Männern und Frauen besetzt. In der aktuell bis 2023 laufenden Amtsperiode hat der Verwaltungsrat 52 Mitglieder.

Das Wettbewerbsrecht und die Klagerechte der Krankenkassen untereinander werden ebenfalls neu geregelt und teilweise ausgeweitet. 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 Klagen wird der Rechtsweg zu den mit der Anwendung des UWG erfahrenen Zivilgerichten eröffnet.

Die bisherige Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten soll aufgehoben werden. Stattdessen sieht der Gesetzentwurf ein sogenanntes Vollmodell vor, das das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt. Das BMG verspricht sich dadurch eine Vereinfachung des Ausgleichsverfahrens, da die jährliche Krankheitsauswahl entfallen könne.

Neu geregelt werden soll das Verhältnis zwischen jüngeren und älteren Versicherten. Bisher erhielten junge Versicherte mit hoher Morbidität tendenziell zu niedrige und ältere, multimorbide Versicherte tendenziell zu hohe Zuweisungen. Bestimmte Rechenmechanismen, sogenannte Altersinteraktionsterme, sollen berücksichtigen, dass Krankheiten je nach Alter zu unterschiedlichen Behandlungskosten führen können. Das Kriterium Erwerbsminderung wird im RSA nicht mehr als Risikomerkmäl einbezogen. Die Kostenpauschale für strukturierte Behandlungsprogramme, sogenannte Disease-Management-Programme (DMP), wird ebenso gestrichen. Das Verfahren zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten wird auf den einzelnen Versicherten individualisiert. Bisher wurden Arzneimittelrabatte pauschal je Krankenkasse angerechnet. Der RSA wird um eine regionale Komponente erweitert. Hierfür werden Variablen einbezogen, die die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede statistisch erklären. Dazu zählt etwa der Anteil der ambulant Pflegebedürftigen. Auch hier erhofft sich das BMG den Abbau von Wettbewerbsverzerrungen. Zudem soll Marktkonzentrationsprozessen vorgebeugt werden, die sich laut Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BVA in einigen Bundesländern abzeichnen. Angebotsorientierte Faktoren wie Arztdichte und Krankenhausbettenzahl werden nicht in den Ausgleich einbezogen.

Ein Risikopool soll künftig finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen aufgrund von Hochkostenfällen mindern. Der Referentenentwurf hat hier insbesondere hochpreisige Arzneimitteltherapien im Auge, 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.

Das BMG will möglichen Manipulationen bei der Kodierung von Diagnosen einen Riegel vorschieben. Insbesondere hohe Steigerungsraten, bei denen anzunehmen sei, dass sie auf



Maßnahmen zur Beeinflussung der Kodierung durch die Krankenkassen beruhen, dürften nicht zu einem finanziellen Vorteil für die entsprechende Krankenkasse führen. Daher werden sogenannte hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsrate überschreiten, bei der Berechnung der Risikozuschläge im Jahresausgleich ausgeschlossen. In der Folge erhalten alle Krankenkassen für diese HMGs keine Zuweisungen mehr.

Geplant ist auch die Einführung einer HMG speziell für den Hausarzt. Hintergrund: Identische Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen Zuschlägen, obwohl die hausärztliche Versorgung bei vielen Krankheiten in der Regel niedrigere Ausgaben zur Folge hat. Diese Unterschiede könnten somit künftig berücksichtigt werden und Zuschläge in Abhängigkeit davon gezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Das BMG sieht darin ein nützliches Instrument, das Verträge zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung weniger attraktiv macht und die Manipulationsresistenz des RSA stärkt.

Präventionsbemühungen der Krankenkassen sollen im Morbi-RSA stärker berücksichtigt werden als bisher. Krankenkassen erhalten künftig für jeden Versicherten eine Vorsorge-Pauschale, sobald eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- und Früherkennungs-Untersuchung oder eine Schutzimpfung nach Paragraph 20i Absatz 1 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) in Anspruch genommen wurde.

Der Weiterentwicklungsbedarf des Morbi-RSA wird künftig regelmäßig überprüft. Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA wird gesetzlich beauftragt, alle vier Jahre die Wirkungsweise des Finanzausgleichs zwischen den Kassen auszuwerten und zu bewerten. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit der Prüfung von Einzelfragen durch BMG und BVA beauftragt werden.

#### DER REFERENTENENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > RSA-Reform



#### DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

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



## Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)

Am 6. Juni 2019 hat der Bundestag das Gesetz beschlossen. Es soll Anfang Juli in Kraft treten. Mit dem Gesetz reagiert der Bundesgesundheitsminister unter anderem auf die jüngsten Vorkommnisse mit mutmaßlich gefälschten oder verunreinigten Arzneimitteln. Deshalb sollen insbesondere die Kompetenzen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erweitert werden. Das betrifft etwa den Rückruf von Medikamenten oder eine schnelle und länderübergreifende Koordinierung im Krisenfall. Das Gesetz ist im Bundesrat zustimmungspflichtig. Der Entwurf beinhaltet außerdem die Einführung des elektronischen Rezeptes als Flankierung telemedizinischer Behandlung sowie zur Entlastung von Ärzten, Apothekern und Patienten. Dadurch könnten bereits vor der flächendeckenden Einführung elektronischer Verordnungen in der Telematikinfrastruktur Projekte mit alterna-



tiven technischen Lösungen durchgeführt werden. Das betrifft zum Beispiel den Aufbau des Digitalen Gesundheitsnetzwerkes der AOK (DiGeN). Ärzte und Krankenkassen sollen innerhalb von sieben Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die notwendigen Regelungen zur Abrechnung von Verschreibungen in elektronischer Form vereinbaren.

Damit neue Medikamente gegen seltene Krankheiten (Orphan Drugs) schneller bei den Patienten ankommen, gelten für sie bisher Sonderregelungen bei der Nutzenbewertung. Das betrifft zum Beispiel einen geringeren Umfang der wissenschaftlichen Datenbasis. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) soll es ermöglicht werden, bei noch ausstehenden Daten eine anwendungsbegleitende Datenerhebung durch Ärzte und Krankenhäuser anzuordnen, die das betreffende Medikament einsetzen. Die Bundesregierung will außerdem den Einsatz von Biosimilars fördern. Anders als bei Generika soll es bei den Nachahmerprodukten für biologische Arzneimittel aber keinen generellen Austausch in der Apotheke geben. Der GBA soll für jedes Präparat einzeln festlegen, ob es austauschbar ist.

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

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

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

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

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

**BESCHLUSSEMPFEHLUNG UND BERICHT DES GESUNDHEITSAUSSCHUSSES:**

<https://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > 19/10681





## Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (EIRD)

Am 17. Mai hat sich der Bundesrat das erste Mal mit dem Kabinettsentwurf für das „Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters“ (Implantateregister-Errichtungsgesetz – EIRD) vom 3. April befasst. Die erste Lesung im Bundesrat folgt voraussichtlich im Juni noch vor der parlamentarischen Sommerpause. Mit dem Gesetz sollen die rechtlichen Voraussetzungen für die Errichtung eines verbindlichen bundesweiten Implantateregisters geschaffen werden.

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

Das Gesetz soll zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Das Implantateregister soll zunächst alle neu eingesetzten Hüftprothesen und Brustimplantate erfassen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn rechnet mit einer Aufbauphase von drei bis fünf Jahren, so dass 2025 alle relevanten Produktkategorien erfasst wären.

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

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

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

KABINETTSENTWURF UND STELLUNGNAHMEN:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > Implantateregister-Errichtungsgesetz



## Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Die Neuregelung soll das Psychotherapeutengesetz von 1998 ablösen. Geplant ist ein Studium auf Masterniveau, das zur Erteilung der Approbation führt. Neben einem berufsrechtlichen Teil umfasst der Referentenentwurf Folgeänderungen, die insbesondere das Sozialversicherungsrecht betreffen.

Das BMG will auch eine Approbations-Ordnung erlassen, in der vor allem die Inhalte des Studiums sowie der Psychotherapeutischen Prüfung geregelt wird. Wesentliche Grundvorstellungen hierzu wurden bereits erarbeitet. Der Bundesrat muss dem Gesetz zustimmen. Nach der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages Mitte Mai, steht das Gesetz nun kurz vor dem Abschluss. Der AOK-Bundesverband und der GKV-Spitzenverband kritisieren den Entwurf in ihren Stellungnahmen deutlich. Aus Sicht der Kassen orientiert sich



die vorgesehene künftige Struktur der Ausbildung zu stark an der der Ärzte. Der Zugang zum Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten werde bei gleichzeitiger Herabsetzung der Qualifikation erweitert.

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

#### DER KABINETTSENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > PsychThGAusbRefG



## Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Mit dem Gesetzentwurf will die Bundesregierung „die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch ortsnahe Apotheken stärken“. Dazu heißt es in der Begründung zum Referentenentwurf: „Insbesondere durch die Definition und Vergütung zusätzlicher pharmazeutischer Dienstleistungen sowie durch eine bessere Honorierung von Nacht- und Notdiensten werden die Vor-Ort-Apotheken gezielt gefördert und in ihrer wichtigen Funktion für die qualifizierte Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten gestärkt. (...) Durch die Erhöhung und Neueinführung verschiedener Vergütungsparameter werden die versorgenden Apotheken zu Lasten der Kostenträger in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung um zirka 200 Millionen Euro besser honoriert. Dies ist im Sinne einer guten Versorgung angemessen.“ Die gesetzlichen Krankenkassen würden bei einer Umsetzung mit mindestens 185 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich belastet. Hinzu kommen bis zu 15 Millionen Euro für eine höhere Vergütung von Betäubungsmittel-Abgaben durch Apotheker. Die Fachanhörung fand im Mai statt.

#### DER REFERENTENENTWURF:

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



## Hebammenreformgesetz (HebRefG)

Mit dem „Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung“ (Hebammenreformgesetz – HebRefG) leitet die Bundesregierung die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung ein. Vergangene Woche ist der Gesetzentwurf im Zuge der ersten Lesung ins parlamentarische Verfahren eingebracht worden. Zeitgleich hat sich der Bundesrat mit dem Gesetz beschäftigt. Die Anhörung im Bundestag ist für 24. Juni 2019 geplant. Die Große Koalition will mit dem Gesetz nicht nur die EU-Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG umsetzen, sondern auch den gewachsenen beruflichen Anforderungen an Hebammen im komplexer werdenden Gesundheitssystem Rechnung tragen. Zusätzlich soll die Attraktivität des Berufes gesteigert werden. Alle Hebammen und Entbindungspfleger müssen künftig ein reguläres Studium absolvieren.



Dessen Ausgestaltung orientiert sich an einem dualen Studium mit weiterhin hohem Praxisanteil. Die Akademisierung soll zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen stärken. Die Finanzierung ist durch Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelt. Das Bundesgesundheitsministerium schätzt die Mehrkosten ab dem ersten vollständig akademisierten Jahr für den Bund und die Private Krankenversicherung auf einen nicht mehr als einstelligen Millionenbetrag und für die gesetzlichen Kassen nicht mehr als zweistelligen Millionenbetrag. Den Ländern entsteht für die theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen voraussichtlich ein jährlicher Mehraufwand von nicht mehr als einem zweistelligen Millionenbetrag. Die Kosten für die Länder durch die Einrichtung der Studiengänge kann das Ministerium nicht konkret beziffern. Die Kosten zur unmittelbaren Umsetzung des Gesetzes werden laut Schätzung insgesamt einen zweistelligen Millionenbetrag nicht überschreiten. Der Bundesrat muss dem Gesetz zustimmen. Das aktuell gültige „Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger“ stammt aus den 1980er-Jahren und entspricht nicht mehr den Anforderungen an eine zeitgemäße Hebammenausbildung.

### DER KABINETTSENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > HebRefG



## Operationstechnische Assistenten

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

Bereits dieser Entwurf war wortgleich mit einem Gesetzentwurf der Länder aus der 17. Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/1223) und wegen des Grundsatzes der Diskontinuität nach der Bundestagswahl 2013 erneut eingebracht worden. Grundlage des Länder-Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006.

### DER GESETZENTWURF:

[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de)  
> Dokumente > Drucksache 50/18





## Rettungsdienst – Notarzteinsätze

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



## Kurzmeldungen

### Wichtige Akzente in der Pflege

13.06.19 (ams). Mehr Ausbildung, mehr Personal und mehr Geld für Pflegekräfte – das sind die Ziele der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP). Familienministerin Franziska Giffey, Arbeitsminister Hubertus Heil und Gesundheitsminister Jens Spahn legten Anfang Juni ein Maßnahmenpaket zur Umsetzung dieser Ziele vor. Unter anderem die AOK war an den einjährigen Beratungen beteiligt. Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, unterstrich die Fortschritte bei der interprofessionellen Zusammenarbeit, der Entlohnung und der Digitalisierung. „Die KAP hat gezeigt, dass die Zusammenarbeit aller Beteiligten viel für die Pflege bewegen kann. Alle sind aufgefordert, aus dem Klein-Klein ihrer Interessen herauszutreten, um endlich wirksam voranzukommen“, sagte Litsch.

[DAS STATEMENT DES VORSTANDSVORSITZENDEN IM WORTLAUT](#)

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



### Gesunde Entscheidungen am Arbeitsplatz fördern

13.06.19 (ams). Salat statt Currywurst – Treppe statt Aufzug: gesunde Entscheidung kostet manchmal Überwindung. Die Autorinnen des iga.Reports 38 widmen sich dem Einsatz des sogenannten „Nudging“ in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Nudging heißt so viel wie „anstupsen“ und ist ein Weg, gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern. Der aktuelle Report zeigt auf, wie Unternehmen ihre Belegschaft bei Entscheidungen im Sinne der eigenen Gesundheit unterstützen können. Ziel sei es, den Menschen am Arbeitsplatz gesunde Alternativen aufzuzeigen und diese attraktiv und einfach zu machen. Der iga.Report 38 veranschaulicht dies anhand verschiedener Praxisbeispiele.

[DER IGA.REPORT ZUM KOSTENLOSEN DOWNLOAD](#)

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



### Neue Arzneimittelrabattverträge in Kraft

13.06.19 (ams). Die Erlöse aus den Arzneimittelrabattverträgen für Generika haben es den AOKs auch im vergangenen Jahr ermöglicht, in innovative regionale Gesundheitsangebote zu investieren. 2018 hat die AOK-Gemeinschaft durch die Verträge mit Pharmaunternehmen 1,79 Milliarden Euro bei den Ausgaben für Medikamente einsparen können. Zum 1. Juni traten neue AOK-Arzneimittelrabattverträge in Kraft. Die Tranche XXI ersetzt auslaufende Verträge, beinhaltet aber auch Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen, die zum ersten Mal ausgeschrieben wurden. An der neuen Tranche sind 35 Pharmaunternehmen oder Bietergemeinschaften beteiligt.

[DAS DOSSIER:](#)

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Arzneimittelrabattverträge







**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:

---

---

---

---