



AOK-MEDIENSERVICE

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

07/20

POLITIK

 @AOK_Politik

ams-nachgefragt: Jürgen Malzahn, AOK-Bundesverband

- **Haben die Krankenhäuser zu viele Intensivbetten abgerechnet, Herr Malzahn?** 2

ams-Grafik 1: GKV-Finanzergebnisse 1. Quartal 2020

- **Ausgaben in ausgewählten Bereichen** 3

ams-Hintergrund: AOK-Studie

- **Ernährungskompetenz in Deutschland mangelhaft** 4

ams-Grafik 2: Covid- 19

- **Arbeitsunfähigkeit und Aufenthalte im Krankenhaus** 6

EU-Ticker

- **Deutscher EU-Ratsvorsitz: Viel Corona-Pflicht, wenig Kür** 7

Zahl des Monats

- **80 Prozent der gesetzlich Versicherten ...** 9

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 10

- **Gesetzgebungskalender** 12

- **Kurzmeldungen** 17



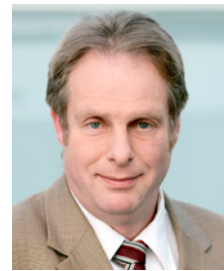
ams-nachgefragt

Haben die Krankenhäuser zu viele Intensivbetten abgerechnet, Herr Malzahn?

23.07.20 (ams). „Eine öffentliche Vorverurteilung ohne ausreichende Kenntnis der Fakten ist aus unserer Sicht nicht angezeigt. Aber wenn statistisch rund 7.000 Intensivbetten weniger in deutschen Kliniken stehen als bezuschusst wurden, dann muss man dem nachgehen. In der ersten Phase der Pandemie war es das politische Ziel des Gesetzgebers, schnell und unbürokratisch zusätzliche Intensivkapazitäten in den deutschen Kliniken aufzubauen. Der Prozess zur Vergabe der Zuschüsse für das Aufstellen zusätzlicher Intensivbetten ist im Ergebnis zwar unbürokratisch, aber gleichzeitig leider auch völlig intransparent. Der AOK-Bundesverband erwartet von den zuständigen Bundesländern und den Verantwortlichen in den Krankenhäusern, dass die Vergabe und der Verbleib der Mittel transparent gemacht werden. Denn bisher hat der Gesetzgeber im Prozess keine eigenständigen Kontrollmöglichkeiten für die Krankenkassen vorgesehen – und das, obwohl die Mittel für zusätzlichen Intensivbetten aus dem Gesundheitsfonds stammen, also allein aus den Beiträgen der gesetzlich Versicherten. Die private Krankenversicherung ist an der Finanzierung dagegen nicht beteiligt.“

Die Abweichungen dürften mehrere Gründe haben. So können zum Beispiel nicht alle Intensivbetten, für die Zuschüsse beantragt wurden, auch sofort betrieben werden. Zudem ist der Zweck des DIVI-Registers nicht die Kontrolle der Vergabe von Zuschüssen, sondern die Erfassung der aktuell vorhandenen Intensivkapazitäten. Es können auch Zuschüsse für Intensivbetten beantragt worden sein, die derzeit nicht einsatzbereit sind – etwa, weil noch nicht alle Voraussetzungen bezüglich Ausstattung und Personal erfüllt sind.

Dennoch ist ein Missbrauch in einzelnen Krankenhäusern nicht ausgeschlossen. So gibt es Hinweise darauf, dass einschlägige Kanzleien den Kliniken raten, so wenig wie möglich zur Aufklärung des Verbleibs der Mittel beizutragen. Das mag legal sein – aber legitim ist es keinesfalls.“



Jürgen Malzahn
leitet die Abteilung
Stationäre Versorgung
im AOK-Bundesverband

[DAS DIVI-INTENSIVREGISTER MIT DEM ARCHIV DER TAGESBERICHTE](#)

www.divi.de
> DIVI-Intensivregister





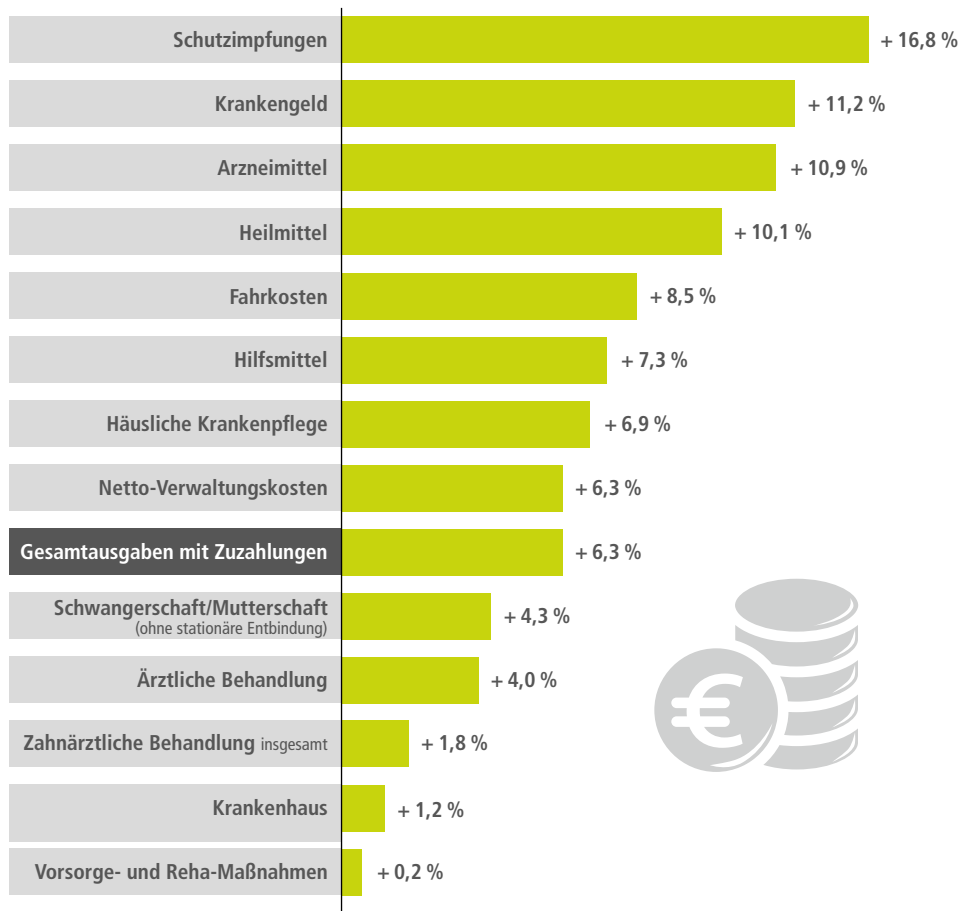
GKV-Ausgaben 1. Quartal 2020 in ausgewählten Leistungsbereichen

ams-Politik 07/20

Jahresvergleich

in ausgewählten Leistungsbereichen

Änderungen ggü. 2019 in Prozent



Quelle: Quelle: BMG, KV-45-Zahlen, 19.06.20;
Grafik: AOK-Mediendienst

Im ersten Quartal 2020 sind die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel mit 10,9 Prozent so stark gestiegen wie seit 2014 nicht mehr. Damals waren die Arzneimittel-Ausgaben im Jahresvergleich nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums ebenfalls um 10,9 Prozent gestiegen. Insgesamt sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Vergleich zum ersten Quartal 2019 um 6,3 Prozent gestiegen. Die GKV schloss das Quartal mit einem Minus von rund 1,3 Milliarden Euro ab. Auch wenn es bei Arzneimitteln eventuell gewisse Vorzieheffekte gegeben haben dürfte, lassen sich die Auswirkungen der Corona-Pandemie laut Expertenmeinung erst an den Halbjahresergebnissen 2020 ablesen.

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



ams-Hintergrund

AOK-Studie: Ernährungskompetenz in Deutschland mangelhaft

29.07.20 (ams). Mehr als die Hälfte der Deutschen hat Nachholbedarf, wenn es um Wissen und Fertigkeiten rund um gesunde Ernährung geht. Das zeigt die erste bundesweit repräsentative Studie zur „Ernährungskompetenz in Deutschland“ des AOK-Bundesverbandes. Der AOK-Medienservice (ams) erklärt den methodischen Aufbau der Studie.

Knapp 2.000 Personen hat die Agentur „Facit Digital“ Anfang des Jahres 2020 anonym zu acht Themenfeldern befragt. Die etwa zehnmünütige Erhebung fand online statt. Bundesweit interviewte die Agentur Teilnehmer im Alter von 18 bis 69 Jahren, die stichprobenartig auf Basis des Mikrozensus des Statistischen Bundesamts ausgewählt wurden. Das Ergebnis: Fast 52 Prozent der Befragten verfügt über eine problematische, 2,1 Prozent sogar über eine inadäquate Ernährungskompetenz. Ihnen fehlt es beispielsweise an Wissen über abwechslungsreiche Ernährung und die Nährwertangaben auf Verpackungen.

29 Fragen zu acht Bereichen

Methodisch teilt sich die Studierhebung in zwei Teile auf: Der erste misst die selbst wahrgenommene Ernährungskompetenz, die sogenannte Food Literacy. Der Fragenkatalog, den der AOK-Bundesverband mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundeszentrum für Ernährung und dem Max-Rubner-Institut abgestimmt hatte, orientiert sich konzeptionell an einer Studie aus den Niederlanden.

Die Teilnehmenden beantworteten 29 Fragen zu acht Bereichen, die von Vorratshaltung über Kochen bis zum Snacken die Bandbreite der Ernährungskompetenz abdecken. Insgesamt hatten die Teilnehmer fünf Antwortmöglichkeiten, die von „Ja, immer“ über „Ja, meistens“, und „Manchmal ja, manchmal nein“ bis hin zu „Nein, normalerweise nicht“ und „Nein, nie“ reichten. Auf die Frage, ob sie für sich selbst gesunde Snacks dabei haben, wenn sie unterwegs sind, antwortete beispielsweise über die Hälfte der Befragten mit „Nein, normalerweise nicht“ oder „Nein, nie“. Eine andere Frage lautete: „Sind Sie in der Lage, sich gesund zu ernähren, wenn Sie sich gestresst fühlen (oder unter Stress stehen)?“ Hier verneinte ein gutes Viertel der Befragten.

Im Teilbereich „Gesund vergleichen“ war von Interesse, ob die Teilnehmer die Nährwertkennzeichnung von Produkten auf ihren Kalorien-, Fett-, Zucker- oder Salzgehalt überprüfen. 45 Prozent gaben an, dies nicht oder nie zu tun. Bei der Frage „Vergleichen Sie den Kalorien-, Fett-, Zucker- oder Salzgehalt verschiedener Produkte miteinander?“ waren es die Hälfte der Teilnehmer. Die Frage „Finden Sie es wichtig, am Esstisch zu sitzen, wenn Sie gemeinsam mit anderen essen?“ beantworteten 45 Prozent mit „Ja, immer“. Zusammengefasst fiel der Vergleich von Lebensmitteln und das Planen der Mahlzeiten den Befragten am schwersten. Vergleichsweise leicht fiel ihnen die Zubereitung von Lebensmitteln.

Basierend auf den Antworten wurde ein Wert ermittelt, der der Ernährungskompetenz der Befragten entspricht. Dieser gemessene Wert, der Food Literacy Score, berechnet sich aus



dem Mittelwert der 29 Antworten der Teilnehmer auf die Fragen zum Verhalten und zur Einstellung rund um das Thema Ernährung. Dieser Score konnte einen Wert von eins bis fünf haben, wobei fünf das bestmögliche Ergebnis ist und für die höchste Kompetenz im Bereich Ernährung steht, während die Eins einen unzureichenden Wissensstand anzeigt. Der Befragung zum Food Literacy Score gingen zwölf Fragen zu soziodemografischen Aspekten wie Familienstand, Herkunft, Haushaltsgröße, Bildung und Einkommen der Studienteilnehmer voraus.

Selbstauskunft kann Ergebnisse verzerren

Die niederländischen Entwickler der Fragemethode um Forscherin Maartje P. Poelman von der Universität Utrecht weisen generell auf Einschränkungen ihres Messinstruments hin: Da die gemessenen Ergebnisse alle auf der Selbstauskunft der Teilnehmer beruhen, sei es möglich, dass sich dadurch eine Verzerrung ergebe. So könnten die Teilnehmer dazu tendieren, eher ihre guten Vorsätze als ihr wirkliches Verhalten zu dokumentieren.

Um dem entgegenzuwirken, wurde im zweiten Teil der Erhebung der „Newest Vital Sign-Test“ (NVS) angewandt. Mit diesem Test wird die Fähigkeit gemessen, die komplexe Beschreibung eines Konsumprodukts lesen und verstehen zu können. Aufgabe der Teilnehmenden war es hier, sechs Fragen zu Nährwert- und Inhaltsangaben einer Eiscreme-Packung zu beantworten. Je nach Anzahl der richtigen Antworten wurde hier zwischen einer adäquaten Literalität (vier bis sechs richtige Antworten), einer teilweise eingeschränkten (zwei bis drei richtige Antworten) und einer eingeschränkten Literalität (keine oder eine richtige Antwort) unterschieden.

Bei diesem Studienteil erreichten 72 Prozent eine adäquate und 18 Prozent eine möglicherweise eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Allerdings erzielten zehn Prozent lediglich eine sehr wahrscheinlich eingeschränkte Kompetenz – diese 28 Prozent entsprechen hochgerechnet rund 15,8 Millionen Erwachsenen in Deutschland, die Schwierigkeiten mit der Nährwertkennzeichnung haben. Der NVS-Test zeigte, dass die objektive Messung und die Selbsteinschätzung der Teilnehmer im Allgemeinen miteinander einhergehen.

Ein direkter Vergleich der Ergebnisse beider Messinstrumente ist jedoch nicht zulässig, da jeweils verschiedene Komponenten von Ernährungs- und Gesundheitskompetenz gemessen werden. Beide Fragebögen sind aber als gute Ergänzung zueinander anzusehen.

Um die Ernährungskompetenz in Deutschland zu steigern, bedarf es einer breit angelegten, strukturierten und langfristigen gesamtgesellschaftlichen Strategie. Sie muss sich an die individuelle und die institutionelle Ebene richten und Lebensmittelindustrie und Einzelhandel genauso umfassen wie Kommunen, Bildungseinrichtungen, Arbeitsplätze und Betriebe, Medien und Forschung.

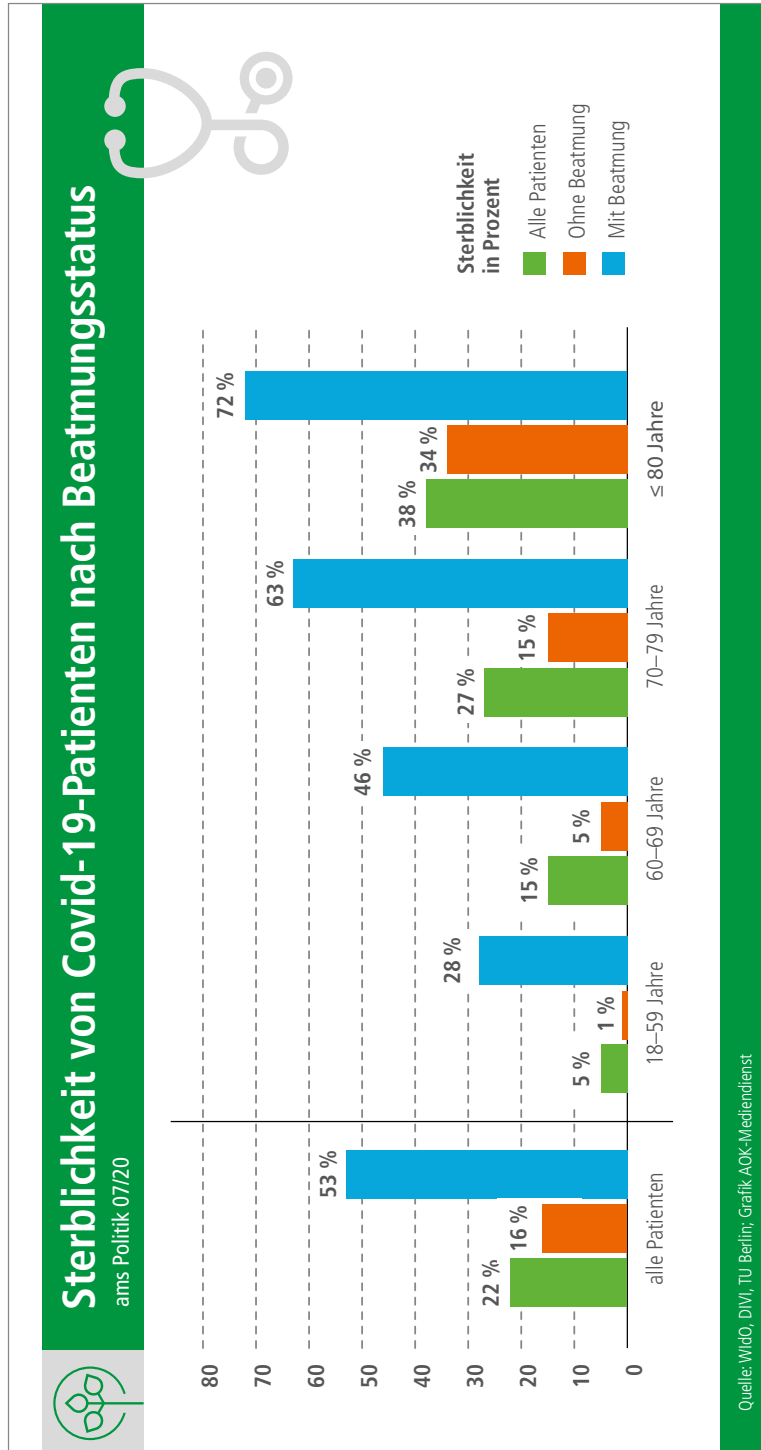
(ts)

DIE VOLLSTÄNDIGE STUDIE:

www.aok-bv.de

> Presse > Pressemitteilungen





53 Prozent der Corona-Patienten, die beatmet werden mussten, haben die Krankheit nicht überlebt. Bei Patienten ohne Beatmung war es nur jeder sechste. Das zeigt eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Technischen Universität Berlin. Ausgewertet wurden die Daten von etwa 10.000 Patienten mit bestätigter Covid-19-Diagnose, die von Ende Februar bis Mitte April 2020 in 920 deutschen Krankenhäusern aufgenommen wurden. Insgesamt starb etwa jeder fünfte Covid-19-Patient. Unabhängig vom Geschlecht war die Sterblichkeit bei den älteren Patienten sehr hoch: 27 Prozent der 70- bis 79-jährigen starben, 38 Prozent der Menschen ab 80 Jahren. Bei beatmeten Patienten lag auch hier die Sterblichkeit deutlich über dem Schnitt.

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



EU-Ticker

Deutscher EU-Ratsvorsitz: Viel Corona-Pflicht, wenig Kür

16.07.20 (ams). Die Bundesrepublik hat am 1. Juli für ein halbes Jahr den EU-Ratsvorsitz von Kroatien übernommen. Das Programm der deutschen EU-Ratspräsidentschaft steht ganz im Zeichen der Corona-Pandemie. Im Bereich Gesundheit strebt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ein besseres gemeinsames Krisenmanagement an und will die EU-Agenturen für Krankheitskontrolle und Arzneimittelsicherheit stärken. Beim informellen Treffen am 16. Juli berieten die EU-Gesundheitsministerinnen und -minister ihre Agenda unter der deutschen Ratspräsidentschaft. Sie verabredeten eine engere Kooperation bei der Seuchenbekämpfung und wollen dazu das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zu einem schlagkräftigen Reaktionszentrum ausbauen. Als weiteren Schwerpunkt nannte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die sichere Versorgung mit Arzneimitteln. Dafür sollen finanzielle Anreize für den Erhalt und die Rückverlagerung der Wirkstoffproduktion für kritische Arzneimittel nach Europa geprüft werden.

Die EU-Ratspräsidentschaft wird durch „Satelliten-Programme“ der Bundesministerien umrahmt. Am Begleitprogramm des Gesundheitsministeriums ist auch der AOK-Bundesverband im November mit einer Experten-Diskussion zum Thema „Arzneimittel-Lieferengpässe als europäische Herausforderung“ beteiligt.

„Deutschland hat einige schwierige Corona-Pflichtaufgaben zu erledigen, bevor es um neue gestalterische Impulse gehen kann“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. Die dringendste Aufgabe sei es, bis zum Herbst den EU-Haushalt für die Jahre 2021 bis 2027 durch den Rat der 27 Mitgliedstaaten zu bringen. Der Haushaltsvorschlag der EU-Kommission enthält auch knapp zehn Milliarden Euro für das von EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides geplante Gesundheitsprogramm „EU4Health“ zur Überwindung der Corona-Krise. Als „Kür im Gesundheitsprogramm“ gehe es in den nächsten sechs Monaten um das geplante Krebsprogramm und um die von der EU-Kommission vorgeschlagene Pharmastrategie, so AOK-Europaexperte van Lente. Fraglich sei, ob Spahn die seit zwei Jahren auf Eis liegende Entscheidung über eine gemeinsame Bewertung von neuen medizinischen Technologien auf Europaebene zum Abschluss bringen könne. Der deutsche Ratsvorsitz und die Signalwirkung der Corona-Pandemie für eine gemeinsame europäische Gesundheitspolitik sind auch das Titelthema der aktuellen Ausgabe des AOK-Magazins G+G.

GESUNHEITSPOLITISCHE SCHWERPUNKTE DER DEUTSCHEN EU-RATSPRÄSIDENTSCHAFT

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Themen > Internationale Gesundheitspolitik
> EU-Ratspräsidentschaft > Deutsche EU-Ratspräsidentschaft

ZUR G+G DIGITAL 07-08/20:

www.gg-digital.de
> Aktuelle Ausgabe





„Dünne Beleglage rechtfertigt keinen hohen Preis für Remdesivir“

03.07.20 (ams). Als erstes Arzneimittel darf der Wirkstoff Remdesivir nun auch in Europa zur Behandlung von Covid-19 eingesetzt werden. Diese Entscheidung gab die EU-Kommission am Freitag (3. Juli) bekannt. Die Zulassung unter Auflagen sei ein wichtiger Fortschritt im Kampf gegen das Virus, erklärte EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides. Sie erfolgt gerade einmal eine Woche nach der Empfehlung durch die Europäische Arzneimittelagentur EMA. Mit der Zulassung ist nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums die Verpflichtung des Herstellers Gilead verbunden, auch in angemessenem Umfang liefern zu können. Die EMA hatte Remdesivir für Patienten ab zwölf Jahren empfohlen, die eine Lungenentzündung haben und zusätzlich mit Sauerstoff versorgt werden müssen. Eine US-Studie hatte Ende April gezeigt, dass der Wirkstoff die Genesung im Schnitt von 15 auf elf Tage verkürzen kann. Die USA hatten bereits Anfang Mai eine Ausnahmegenehmigung für den begrenzten Einsatz des Wirkstoffes in Krankenhäusern erteilt. Auch in Deutschland war das Mittel bislang schon innerhalb eines Arzneimittel-Härtefallprogrammes zugänglich und wurde in klinischen Studien getestet.

Bislang gebe es keinen Beleg dafür, dass Remdesivir die Sterblichkeit signifikant senke. Die Zulassung werde deshalb auch von Fachleuten kritisch bewertet, sagt die Leiterin der Abteilung Arznei-, Heil- und Hilfsmittel des AOK-Bundesverbandes, Sabine Jablonka. Kritik übt sie am „hohen Preis für ein sehr wenig getestetes Präparat mit offenbar nur eingeschränkter Wirksamkeit“. Auch wenn jede neue Behandlungsoption für schwer erkrankte Covid-19-Patienten zu begrüßen sei, dürfe die weltweite Notlage nicht zur Profitmaximierung ausgenutzt werden. Gilead hat den Preis für eine fünftägige Behandlung in den USA und anderen Industrieländern auf rund 2.080 Euro festgelegt. Zunächst hatte das Unternehmen rund 4.500 Euro verlangen wollen, war damit aber auf deutlichen Widerstand gestoßen. Nach der EU-Zulassung kann Gilead sein Produkt auch in Deutschland zum selbst festgesetzten Preis auf den Markt bringen. Da es sich bei dem Arzneimittel um eine „Ersatzverwendung mit dünner Beleglage“ handele, sei ein deutlich günstigerer Preis „nicht nur denkbar, sondern auch angemessen“, sagt AOK-Arzneimittlexpertin Jablonka.

INFOS DER EMA ZUR BEDINGTEN ZULASSUNG

www.ema.europa.eu
> Medicines > Human regulatory



Spendenmarathon: Knapp 16 Milliarden für Covid-19-Forschung

02.07.20 (ams). Durch den von der EU-Kommission und der Nichtregierungsorganisation Global Citizen veranstalteten Spendengipfel und durch das Konzert „Global Goal: Unite for our Future“ sind am 28. Juni weitere 6,15 Milliarden Euro für die Eindämmung des Coronavirus und für die Forschung und Herstellung eines Impfstoffs zusammengekommen. Damit hat der von EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen am 4. Mai gestartete Spendenmarathon eine Gesamtsumme von 15,9 Milliarden Euro ergeben. Davon wurden 11,9 Milliarden von den einzelnen EU-Mitgliedstaaten, der Kommission und der Europäischen Investitionsbank zugesagt. Deutschland beteiligt sich mit 525 Millionen Euro. Mit Teilen des Geldes soll laut EU-Kommission auch die wirtschaftliche Erholung in den schwächsten Regionen und Gemeinschaften der Welt gefördert werden.



Zahl des Monats

80 Prozent der gesetzlich Versicherten ...

24.07.20 (ams) ... mussten 2019 bei Hilfsmitteln nicht mehr als die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung von mindestens fünf und höchstens zehn Euro leisten. Zu diesem Ergebnis kommt der Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die von GKV-Versicherten gezahlten Mehrkosten bei Hilfsmitteln. Das heißt umgekehrt: Nur jeder fünfte Versicherte musste bei den Hilfsmitteln mehr als nur zuzahlen. „Uns ist wichtig, dass unsere Versicherten für ihren Krankenkassenbeitrag eine hochwertige Hilfsmittelversorgung erhalten. Um hohe Qualität zu gewährleisten, schreiben wir das Hilfsmittelverzeichnis regelmäßig fort und berücksichtigen dabei auch den schnellen medizinisch-technischen Fortschritt“, kommentierte Verbands-Vize Gernot Kiefer die aktuellen Zahlen.

Laut Mehrkostenbericht wurden 2019 in 29 Millionen Fällen Versicherte mit einem Hilfsmittel versorgt – von Inkontinenzhilfen über Armprothesen bis hin zu Gehhilfen und Atemtherapiegeräten. Dahinter verbirgt sich ein Ausgabevolumen von etwa 8,6 Milliarden Euro. Über alle Produktgruppen hinweg mussten in rund 5,9 Millionen Fällen Versicherte Mehrkosten in Höhe von insgesamt 692 Millionen Euro selbst tragen. Das sind durchschnittlich 117,75 Euro. Dabei ist die Bandbreite der nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes geleisteten Mehrkosten weit gefächert. Für Hörhilfen lagen sie im vergangenen Jahr bei 1.082 Euro, für Einlagen bei 30 Euro und bei Toilettenhilfen bei 39 Euro.

DER MEHRKOSTENBERICHT DES GKV-SPITZENVERBANDES:

www.gkv-spitzenverband.de

> Krankenversicherung > Hilfsmittel > Mehrkostenbericht





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Kryokonservierung wird Kassenleistung

Die Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen sowie die verbundenen medizinischen Maßnahmen gehören künftig unter bestimmten Voraussetzungen zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). „Die Kryokonservierung und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sollen für Patienten die Möglichkeit eröffnen, einen Kinderwunsch auch nach keimzellschädigender Therapie später durch künstliche Befruchtung zu erfüllen. Darin aufgenommen sind zunächst Regelungen zur Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen, einschließlich der Gewinnung von Samenzellen durch die testikuläre Spermieextraktion. Dies sind bereits etablierte Verfahren, für die es eine sichere Erkenntnislage gibt.“ Für die Kryokonservierung von Keimzellgewebe ist dies nach Angaben von Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzende des Unterausschusses Methodenbewertung, noch nicht der Fall. Mit Kryokonservierung wird das Aufbewahren von Zellen oder Gewebe durch Einfrieren in flüssigem Stickstoff bezeichnet. Voraussetzung für die medizinische Indikation zur Kryokonservierung sind Behandlungen, wie zum Beispiel die operative Entfernung der Keimdrüsen oder eine Strahlentherapie mit zu erwartender Schädigung der Keimdrüsen. Die Richtlinie sieht zudem eine umfassende Beratung der Versicherten durch qualifizierte Ärzte vor.

Krankschreibung künftig per Videosprechstunde möglich

Vertragsärzte können zukünftig die Arbeitsunfähigkeit von Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen auch per Videosprechstunde feststellen. Eine entsprechende Anpassung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie steht laut GBA ausdrücklich nicht im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie. Als Voraussetzung für die Krankschreibung per Videosprechstunde gilt insbesondere, dass Versicherte der behandelnden Arztpraxis bekannt sind und die Erkrankung eine Untersuchung per Videosprechstunde zulässt. Dabei ist die erstmalige Feststellung der Arbeitsunfähigkeit auf einen Zeitraum von sieben Kalendertagen begrenzt. Eine Folgekrankschreibung über Videosprechstunde ist nur zulässig, wenn die vorherige Krankschreibung nach persönlicher Untersuchung ausgestellt wurde. Ein Anspruch der Versicherten auf Krankschreibung per Videosprechstunde besteht nicht.

„Als Standard für die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit gilt weiterhin die unmittelbare persönliche Untersuchung durch einen Arzt“, sagte Dr. Monika Lelgemann. Anlass der Richtlinienänderung war die berufsrechtliche Lockerung des Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung für die in Deutschland tätigen Ärzte in der Musterberufsordnung.

Anwendungsbegleitende Datenerhebung konkretisiert

Der GBA hat die Grundzüge des Verfahrens zur Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und Auswertung für die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit bedingter Zulassung, mit Zulassung unter außergewöhnlichen Umständen und von Arzneimitteln für



seltene Leiden, den sogenannten Orphan Drugs, festgelegt. Bei diesen Arzneimitteln liegen zum Zeitpunkt der Zulassung zum Teil noch keine vollständigen klinischen Daten zur Beurteilung des Zusatznutzens vor. Ziel der anwendungsbegleitenden Datenerhebung ist es, vorhandene Wissenslücken zu schließen und gleichzeitig Patienten in der GKV die betreffenden Arzneimittel schnell zur Verfügung zu stellen. „Aus Gründen der Patientensicherheit ist es gerade bei Arzneimitteln, die trotz schwacher Studienlage unter atypischen Umständen zugelassen worden sind, von immenser Bedeutung, dass eine Datenerhebung zur weiteren Beurteilung des Nutzens oder Schadens möglichst früh beginnt“, sagte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA und Vorsitzender des Unterausschusses Arzneimittel. Ein erster solcher Fall sei Zolgensma, eine erst kürzlich zugelassene Gentherapie gegen spinale Muskelatrophie. Der GBA hat hier das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung eines Konzeptes für eine anwendungsbegleitende Datenerhebung beauftragt.

Schutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen

Mit dem Ziel, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen in medizinischen Einrichtungen vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und zu verhindern, hat der GBA seine Qualitätsmanagement-Richtlinie entsprechend ergänzt. „Gerade medizinische Einrichtungen, sowohl Kliniken, niedergelassene Ärzte und Zahnärzte als auch Psychotherapeuten, haben ja eine besondere Rolle als Schutz- und Kompetenzort für die ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen“, sagte Prof. Dr. Elisabeth Pott, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung. „Das bedeutet zum einen, dass institutionelle Strukturen und Abläufe so gestaltet sind, dass Grenzüberschreitungen erkannt, benannt und Maßnahmen ergriffen werden, diese zu stoppen beziehungsweise zu verhindern, damit diese Orte nicht etwa zu Tatorten werden.“ Kindern und Jugendlichen, die von Gewalt betroffen sind, müsse in medizinischen Institutionen Unterstützung und Hilfe angeboten werden.

[WEITERE BESCHLÜSSE UND INFORMATIONEN ZUR ARBEIT DES GBA:](#)

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Aktuell beschäftigt sich die Gesundheitspolitik die Finanzierung von Corona-Tests für Urlaubsheimkehrer. Sie sollen für alle kostenlos sein, auch die verpflichtenden Tests für Rückkehrer aus Risikogebieten. Für die Laborkosten soll erneut die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds angezapft werden. So sieht es der Referentenentwurf zur Testkostenverordnung vor. Die übrige Gesetzgebungsaagenda lichtet sich merklich. So hat der Bundestag vor der Sommerpause das Patientendaten-Schutzgesetz und das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz verabschiedet. Der Bundesrat schaut nach der Sommerpause auch noch einmal darüber, muss aber nicht zustimmen. Diese und ältere Gesetze (Stand: 29. Juli 2020) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

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

Der Deutsche Bundestag hat das PDSG am 3. Juli in zweiter und dritter Lesung im Bundestag verabschiedet. Im September wird das nicht zustimmungspflichtige Gesetz noch einmal abschließend im Bundesrat beraten. 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. Mit dem Gesetz stellt die Bundesregierung klar, dass die elektronische Patientenakte (ePA) als eine versichertengeführte elektronische Akte vorgesehen ist, deren Nutzung für die Versicherten freiwillig ist. Krankenkassen müssen ihren Versicherten ab 1. Januar 2021 eine ePA anbieten.

Das DVG hatte bereits festgelegt, dass Krankenkassen ihren Versicherten ab 2021 eine 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 Gesetzentwurf nennt „Patientensouveränität“ als wichtigsten Anspruch.

Das heißt im Einzelnen:

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. Der GKV-Spitzenverband kann Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesvereinigung der Apothekerverbände schließen, wonach Terminals auch in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken aufgestellt werden können. Ab 2022 muss jede Krankenkasse eine Ombudsstelle einrichten, an die sich Versicherte mit ihren Fragen und Anliegen im Zusammenhang mit der ePA wenden können. Ab 2023 haben Versicherte darüber hinaus 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 darüber hinaus 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.

DIE BESCHLUSSEMPFEHLUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/20708



Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Der Fortgang der Beratungen ist weiterhin offen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte am 10. Januar den Referentenentwurf für das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Die Fachanhörung des Ministeriums war am 17. Februar. Das Gesetz soll dafür sorgen, die bisher weitgehend getrennt organisierten Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System weiter zu entwickeln. Ziele der engeren Verzahnung sind eine bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten, kürzere Wartezeiten, ein effizienterer Einsatz von Personal und Geld sowie damit verbunden eine höhere Gesamtqualität der medizinischen Notfallversorgung. Der Entwurf sieht drei wesentliche Maßnahmen vor: ein gemeinsames Notfalleitsystem (GNL),



integrierte Notfallzentren (INZ) und die Etablierung des Rettungsdienstes als eigenständiger GKV-Leistungsbereich.

Das GNL bekäme demnach die zentrale telefonische Lotsenfunktion für die integrierte medizinische Notfallversorgung zugewiesen. Es wäre in lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Situationen über die Rettungsnummer 112 und in allen anderen Fällen unter der Bereitschaftsdienstnummer der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) rund um die Uhr erreichbar. Das GNL nimmt laut Referentenentwurf nach fachlichen Standards eine erste Einschätzung zum Versorgungsbedarf des Patienten vor und koordiniert auf Basis dessen Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung. Die Kooperation aller Beteiligten soll sich im Wesentlichen auf eine digitale Vernetzung stützen.

Die INZ sollen als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung an dafür geeigneten Krankenhäusern eingerichtet werden und von den Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. Auch sie nehmen eine erste Einschätzung zum Versorgungsbedarf des Patienten vor und erbringen die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung oder veranlassen gegebenenfalls die Einweisung ins Krankenhaus. Die Zentren sollen von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Krankenhäusern gemeinsam betrieben werden. Die fachliche Leitung obliegt laut Gesetzentwurf der jeweiligen KV.

Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder wird laut Entwurf als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährt. Damit kommt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einer langjährigen Forderung der Länder nach. Der Referentenentwurf greift zurück auf den Mitte 2019 vorgestellten Diskussionsentwurf des BMG. Die aktuelle Fassung ist allerdings so gestaltet, dass der Bundesrat nicht mehr zustimmen müsste. Ausgangspunkt der Debatte sind Vorschläge aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom Juli 2018.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Notfallversorgung



DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

www.aok-bv.de
> Positionen > Stellungnahmen



Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Das Gesetz liegt weiterhin auf Eis. Die Abstimmung mit der EU-Kommission läuft, da der Gesetzentwurf auch eine Preisbindung für den Arzneimittelversandhandel durch ausländische Apotheken beinhaltet. 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)

Der Bundestag hat das IPReG am 3. Juli in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Die Beschlussvorlage wurde tags zuvor im Gesundheitsausschuss noch einmal entscheidend geändert. Der Gesetzentwurf blieb während des gesamten Verfahrens in Teilen umstritten. Der ursprüngliche Gesetzentwurf sah vor, dass die Intensivpflege mit Beatmung in den eigenen vier Wänden nur noch die Ausnahme sein soll. Sozial- und Behindertenverbände sahen darin eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts von schwerst Pflegebedürftigen. Auch die zuletzt abgeschwächte Regelung war lange umstritten, weil auch sie in den Augen der Kritiker den Krankenkassen ermöglicht hätte, darüber zu entscheiden, ob ein Pflegebedürftiger noch zu Hause behandelt wird oder in einer stationären Einrichtung. Am Ende stand ein Kompromiss im Gesundheitsausschuss. Im Gesetz heißt es nun, den „berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen“. Der Zusatz, „soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann“, wurde gestrichen. Sollte der Medizinische Dienst feststellen, dass die Versorgung am vom Pflegebedürftigen gewünschten Ort nicht sichergestellt ist, muss die Kasse mit dem Versicherten laut Beschlussvorlage eine „Zielvereinbarung über geeignete Nachbesserungsmaßnahmen“ abschließen.

Darüberhinaus regelt das Gesetz die Einführung eines neuen Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege. Bei Intensivpflegeversorgung in einer vollstationären Einrichtung sollen die Krankenkassen nicht nur medizinische Behandlungskosten übernehmen, sondern auch Investitionskostenanteile sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die Kassen können laut Gesetz in ihrer Satzung festlegen, dass diese Kosten auch fortlaufend übernommen werden, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nicht mehr besteht.



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

Im Bereich der Rehabilitation (Reha) sieht das IPRG 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, müssen 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 gilt bei einer geriatrischen Rehabilitation als Regeldauer. Bei allen anderen vertragsärztlich verordneten Rehabilitationsmaßnahmen dürfen Krankenkassen 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 werden verpflichtet, entsprechende Rahmenempfehlungen auf Bundesebene zu schließen. Gleichzeitig wird ein Schiedsverfahren eingeführt. Tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen in Reha-Einrichtungen dürfen von den Krankenkassen nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

DIE BESCHLUSSEMFEBUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/120720





Kurzmeldungen

Pille zur Verhütung: Über die Hälfte der Verordnungen mit Risiko

28.07.20 (ams). Der Anteil der verordneten Verhütungs-Pillen mit höherem Risiko für Thrombosen und Embolien bleibt hoch. Das zeigt eine Auswertung der Verordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO). Zwar hat der Verordnungsanteil der Präparate mit einem höheren Risiko im Laufe der vergangenen zehn Jahre deutlich abgenommen, seit zwei Jahren aber stagnieren die Zahlen. Insgesamt verhüten immer weniger junge Frauen mit der Pille. Der Anteil der Verordnungen bei den gesetzlich versicherten Mädchen und Frauen sank vor allem seit 2016 bis auf 31 Prozent im Jahr 2019. 2010 war er mit 46 Prozent am höchsten.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.wido.de > Aktuelles



Arzneimittelrabattverträge: AOK stärkt Liefersicherheit

20.07.20 (ams). Ab sofort verpflichtet die AOK ihre Partner bei Arzneimittelrabattverträgen, Reserven für drei Monate anzulegen. So sollen künftig Produktions- oder Lieferausfälle abgesichert werden. „Die Corona-Pandemie zeigt überdeutlich, wie sehr die Arzneimittelversorgung in Europa von den weltweiten, krisenanfälligen Produktions- und Lieferketten der global aufgestellten Pharmaindustrie abhängig ist“, sagte Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg und Chefverhandler für die bundesweiten Rabattverträge der AOK. Die Vertragspartner verpflichten sich auch, Umwelt und Arbeitsschutzstandards einzuhalten.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Arzneimittel: Patentschutz sorgt weiter für satte Gewinne

16.07.20 (ams). 21,0 Milliarden Euro haben die Krankenkassen 2019 für patentgeschützte Arzneimittel ausgegeben. Das zeigt ein aktueller Bericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zum GKV-Arzneimittelmarkt. Damit erreichen diese Ausgaben einen neuen Rekordwert und umfassen knapp die Hälfte der gesamten Arzneimittelkosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 43,9 Milliarden Euro. Dabei machen diese Medikamente gerade einmal 6,5 Prozent der Versorgung aus. Die Gewinnmargen der umsatzstärksten Unternehmen erreichten laut WIdO 2019 weltweit im Schnitt 24,7 Prozent und nahmen damit im Ranking der Branchen den Spitzenplatz ein. „Wenn sich dieser Trend fortsetzt, wird die Entwicklung der Preise für die Finanzen der Krankenkassen in Zukunft noch bedrohlicher“, sagte Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WIdO.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.wido.de > Aktuelles





Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

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

www.aok-bv.de/presse/medienservice

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:
