



# AOK-MEDIENSERVICE

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

08/21

POLITIK

 @AOK\_Politik

ams-Interview mit Kai Senf, AOK-Bundesverband

- „Mit Mut und Entschlossenheit Reformbaustellen angehen“ ..... 2

ams-Grafik

- **Covid-19-Impfquote beim Klinikpersonal im Frühjahr 2021** ..... 5

EU-Ticker

- **Über 200.000 Dosen von Covid-19-Medikament** ..... 6

Zahl des Monats

- **57.294 Menschen ...** ..... 8

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 9
- **Gesetzgebungskalender** ..... 10
- **Kurzmeldungen** ..... 35



ams-Interview mit Kai Senf, AOK-Bundesverband

## „Mit Mut und Entschlossenheit Reformbaustellen angehen“

**10.08.21 (ams). Milliardenlücke in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), ineffiziente Versorgungsstrukturen, Pflegenotstand und Pandemie. „Die künftige Bundesregierung startet unter schwierigsten Rahmenbedingungen“, sagt Kai Senf, Geschäftsführer Politik und Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband, im Interview mit dem AOK-Mediendienst (ams).**

### Herr Senf, sind die fetten Jahre jetzt vorbei?

Senf: Zumindest sind die Zeiten vorbei, in denen Beitragsgelder mit der Gießkanne im Gesundheitswesen und ohne spürbaren Nutzen verteilt werden können. Da ist viel Zeit für sinnvolle Investitionen in den Umbau der Versorgungsstrukturen verschwendet worden und die vorhandenen Ressourcen wurden nicht genutzt. Jetzt sind unter deutlich schlechteren Rahmenbedingungen Mut, Entschlossenheit und Durchsetzungskraft gefragt, um die wichtigen Reformbaustellen Finanzen, Versorgungsstrukturen und Pflege anzugehen. Hier erbt die neue Regierung eine riesige Last. Aber eines ist klar: Für die Fehler aus der Vergangenheit dürfen nicht die Bürger zahlen, etwa durch weniger Leistungen oder höhere Beiträge. Das System muss aus sich heraus reformiert, besser und effizienter werden.

### In den vergangenen Jahren sind die Ausgaben der Kassen stärker gestiegen als die Einnahmen. Wie kann eine neue Bundesregierung diesen Trend stoppen und gegensteuern?

Senf: Die GKV-Finanzen dauerhaft ins Lot zu bringen ist auf jeden Fall die dringlichste Aufgabe nach der Bundestagswahl: Auf der Einnahmenseite muss klar geregelt werden, was die GKV zu zahlen hat und was in die Finanzverantwortung des Staates fällt. Notwendig ist etwa ein sauber abgegrenzter und verlässlicher Bundesbeitrag für versicherungsfremde Leistungen, die bislang von der GKV übernommen werden, aber zu anderen staatlichen Aufgaben wie der Familien-, Bildungs- oder Infrastrukturpolitik gehören. Zusätzlich müssen die Krankenversicherungsbeiträge für die Arbeitslosengeld-II-Bezieher nun endlich, nachdem der Bund jahrelang die Beiträge zu niedrig angesetzt hat, deutlich angehoben werden. Das würde die Solidargemeinschaft in der Kranken- und der Pflegeversicherung um acht bis zehn Milliarden Euro pro Jahr entlasten.

### Und die Ausgabenseite, zumindest wenn man den Leistungskatalog nicht kürzen will?

Senf: Grundsätzlich müssen wegen der angespannten Finanzsituation alle Leistungsanbieter ihre Ansprüche zurückschrauben. Gehaltssprünge oder steigende Gewinnmargen sind in dieser Zeit nicht mehr zu finanzieren. Kurzfristig muss beispielsweise der Herstellerrabatt auf Arzneimittel erhöht werden. Die Vergütung in der ambulanten und stationären Versorgung sollte wieder stärker auf die realwirtschaftlichen Rahmenbedingungen ausgerichtet werden. Die Bundesländer müssen bei der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen



**Kai Senf**  
leitet den Geschäftsbereich  
Politik und Unternehmensentwicklung



stärker in die Pflicht genommen werden. Und auch der Bund kann fiskalpolitisch seinen Beitrag leisten, indem er die Mehrwertsteuer für alle Gesundheitsdienstleistungen und -produkte senkt. Mittelfristig müssen weitere Maßnahmen folgen, die beispielsweise auf die Preispolitik der Pharmahersteller zielen. Noch immer können die Hersteller im ersten Jahr unabhängig vom Nutzen den Preis selbst festlegen, was die Kosten im Bereich patentgeschützter Präparate seit Jahren kontinuierlich in Rekordhöhen treibt. Ähnliches gilt für Medizinprodukte und vor allem für die neuen digitalen Gesundheitsanwendungen.

### **Über die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen wird schon seit Jahrzehnten diskutiert. Geschehen ist aber wenig.**

**Senf:** Richtig! Auch hier ist die Aufgabenstellung klar: Patienten wollen schnell, barrierefrei und gut versorgt werden, egal ob sie auf dem Land oder in der Stadt leben. Koordination und Kooperation sind hier die entscheidenden Schlagworte, wenn es um die qualitätsorientierte Verzahnung der Behandlungsstrukturen geht. Immer noch scheitern Behandlungsabläufe zu oft an starren Sektorengrenzen, fehlender Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten. Die Notfallversorgung ist dafür ein ganz plastisches Beispiel. Umso bedauerlicher, dass deren Reform in dieser Legislaturperiode erst einmal gescheitert ist. Allen ist mittlerweile aber klar, dass die zentralistische Planung nicht funktioniert und die Sicherstellung der Versorgung nicht bedarfsgerecht ist, wenn nur auf einzelne Sektoren, Arztstühle und Bettenzahlen geschaut wird.

### **Das heißt, Sie würden sich mehr Regionalität wünschen?**

**Senf:** Versorgungsgestaltung auf Grundlage der regionalen Bedarfe und Besonderheiten, das ist schon immer Kernkompetenz und Reformansatz der AOK. Diese Perspektive machen sich zum Glück auch eine wachsende Zahl von Politikern zu eigen. Die Bundesebene sollte nur dort bundeseinheitliche Vorgaben machen, wo dies unbedingt notwendig ist. Beispielsweise bei Qualitätsvorgaben für die Leistungsanbieter. Planung und Umsetzung der vor Ort notwendigen Versorgungsangebote gehören auf die Landesebene. Deswegen macht die AOK-Gemeinschaft den Vorschlag, ein neues Gremium aus den drei wichtigsten Akteuren auf Landesebene, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landeskrankengesellschaften und den Krankenkassen einzurichten. Die jeweiligen Landesregierungen sind in diesen Gremien als neutrale Instanzen zu beteiligen. Das stärkt die Entscheidungskompetenz der Bundesländer und damit die regionale Versorgungsgestaltung.

### **Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hat die Große Koalition noch kurz vor dem Ende der Legislatur eine Pflege-reform verabschiedet ...**

**Senf:** ... die aber im Ergebnis unausgegoren und unterfinanziert ist. Spätestens ab 2023 sind die Mittel aus den Reserven der Pflegekassen aufgebracht. Zudem zementiert sie auch in der Pflegeversicherung die sektoralen Strukturen. Deshalb bleibt die Pflege auch nach der Wahl weiter auf der Agenda. Die Pflegeleistungen müssen flexibler und die Sektorengrenzen auch hier aufgehoben werden. Unabhängig von Wohnform und Ort der Leistungserbringung sollten die bisherigen Leistungsansprüche pflegebedürftiger Menschen bereitgestellt werden. Die Kommunen sollten verpflichtet werden, die Bedarfs- und Infrastrukturplanung im Einvernehmen mit den Pflegekassen vorzunehmen.



## **Und wie könnten künftig Pflegebedürftige finanziell entlastet werden?**

### **Die Eigenanteile in der stationären Pflege waren ein großes Thema?**

Senf: Sie sind es immer noch! Auch hier sind die Länder in der Pflicht. Noch weniger als im Klinikbereich kommen sie ihrer Verantwortung für die Investitionskosten nach. Stattdessen mussten dafür bisher die pflegebedürftigen Menschen zahlen. Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung müssen jährlich dynamisiert werden. Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege sollte vollständig die GKV übernehmen. Besonders förderungswürdige Leistungen, etwa die Kurzzeitpflege, muss die Pflegeversicherung komplett finanzieren. Auch ein zweckgebundener Bundesbeitrag zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, die bisher die Pflegekassen tragen, würde die Beitragszahler entlasten.

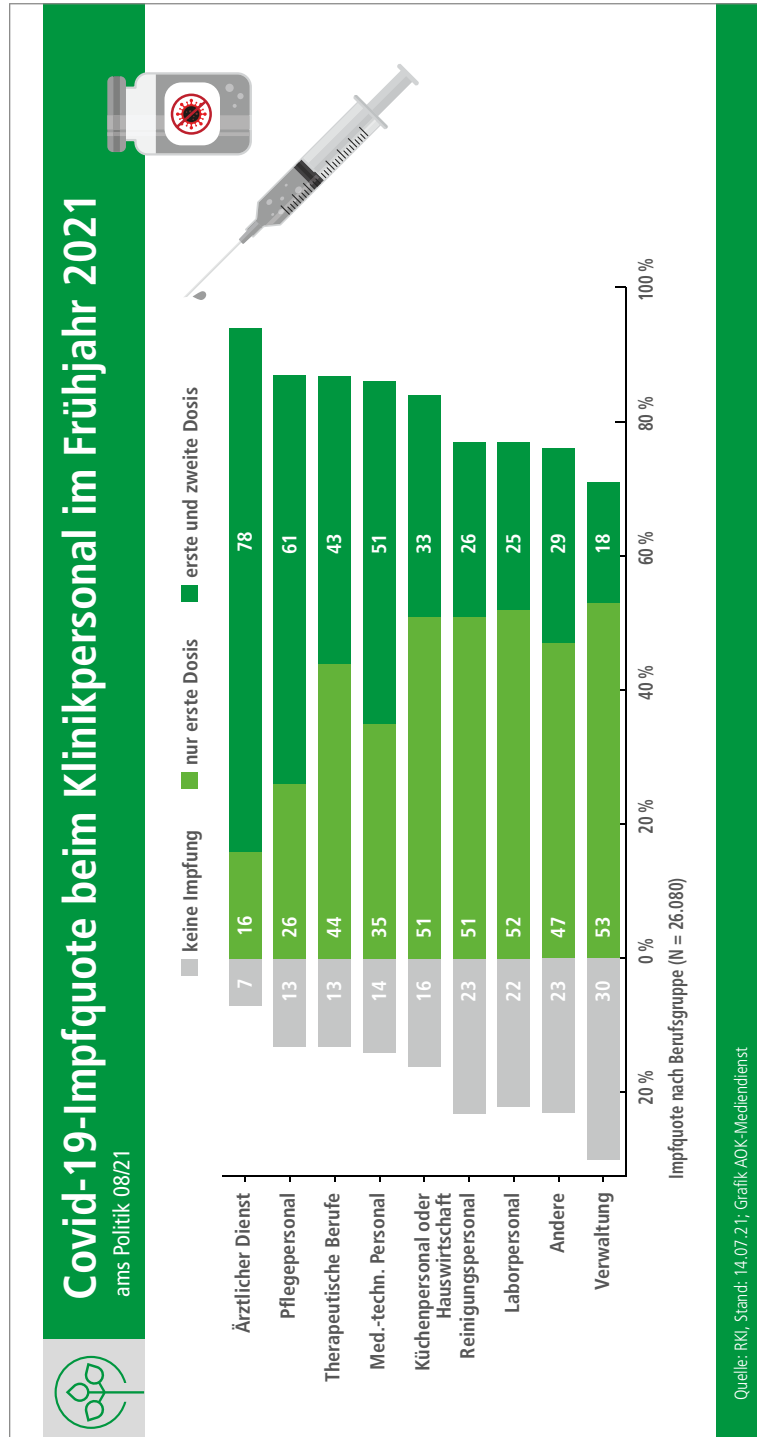
---

[DAS AOK-POSITIONSPAPIER ZUR BUNDESTAGSWAHL](#)

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

> Positionen > Bundestagswahl 2021/





Je näher der Kontakt zum Patienten, desto höher die Impfquote des Klinikpersonals in Deutschland. Das ist das Ergebnis der „Krankenhaus-basierten Online-Befragung zur Covid-19-Impfung“ des Robert-Koch-Instituts (RKI). Erhoben wurden die Daten vom 22. März bis 12. April 2021. Demnach hatten 83 Prozent der Umfrage-Teilnehmer mindestens eine Dosis eines SARS-CoV-2-Impfstoffs erhalten, 48 Prozent waren voll-ständig geimpft; 94 Prozent des ärztlichen Personals und 87 Prozent des Pflegekräfte waren bereits mindestens einmal, 78 beziehungsweise 61 Prozent vollständig geimpft. Am geringsten war die Impfquote in der Verwaltung: Nur 18 Prozent waren im Befragungszeitraum voll-ständig, 53 Prozent mindestens einmal und 30 Prozent gar nicht geimpft. 26.080 Menschen hatten sich an der Umfrage beteiligt.

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



EU-Ticker

## Über 200.000 Dosen von Covid-19-Medikament

06.08.21 (ams). 16 EU-Staaten, darunter Deutschland, beteiligen sich an einem Vertrag mit dem Pharmaunternehmen Glaxo-Smith-Kline über den Kauf von bis 220.000 Behandlungen mit dem monoklonalen Antikörper Sotrovimab. Das Medikament sei in Zusammenarbeit mit VIR Biotechnology entwickelt worden und durchlaufe derzeit eine fortlaufende Prüfung bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA), teilte die EU-Kommission Ende Juli mit. Sotrovimab könne zur Behandlung von Coronavirus-Patienten mit leichten Symptomen eingesetzt werden, „die keinen zusätzlichen Sauerstoff benötigen, aber ein hohes Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung haben“. Laut Rahmenvertrag können die Mitgliedstaaten das Arzneimittel bei Bedarf erwerben, „sobald es entweder in dem betreffenden Mitgliedstaat eine Notfallgenehmigung oder eine bedingte Marktzulassung der EMA erhalten hat“. Nach Angaben von EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides handelt es sich um den zweiten Rahmenvertrag, der Corona-Patienten die Behandlung mit monoklonalen Antikörpern ermögliche. „Neben Impfstoffen werden sichere und wirksame Therapeutika eine zentrale Rolle bei der Rückkehr Europas zu einer neuen Normalität spielen“, betonte Kyriakides.

### INFOS ZUR EU-STRATEGIE FÜR COVID-19-MEDIKAMENTE

[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)

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



## Weltweit führend beim Export von Covid-19-Impfstoffen

06.08.21 (ams). Europas Pharmaindustrie hat nach Darstellung von EU-Binnenmarktkommissar Thierry Breton bisher mehr als eine Milliarde Covid-19-Impfstoffdosen produziert und den Kontinent damit zum weltweit führenden Exporteur von Impfstoffen werden lassen. Eine jetzt von der EU-Kommission freigeschaltete interaktive Karte zeigt die Produktionskapazitäten in der EU über die gesamte Lieferkette hinweg mit Herstellern, Zulieferern und Händlern. Die Karte basiert im Wesentlichen auf Daten, die laut Breton durch die Arbeit der im Februar 2021 einberufenen und von ihm geleiteten „Task Force“ für den industriellen Ausbau der Covid-19-Impfstoffproduktion gewonnen wurden. Die Gruppe fungiert laut Kommission „als zentrale Anlaufstelle für Hersteller, die Unterstützung suchen, und um Engpässe bei den Produktionskapazitäten und der Lieferkette zu ermitteln und zu beseitigen“.

### INTERAKTIVE KARTE

[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)

> [Leben, Arbeiten und Reisen in der EU](#)  
> [Corona-Krisenreaktion](#) > [Gesundheitswesen](#) > [EU-Impfstoffstrategie](#)





## 120 Millionen Euro für die Covid-19-Forschung

06.08.21 (ams). Die EU-Kommission hat 120 Millionen Euro aus dem Forschungsprogramm „Horizont Europa“ zur Unterstützung von neuen Covid-19-Forschungsprojekten bereitgestellt. An zehn der elf Programme seien deutsche Forschungseinrichtungen beteiligt, teilte die Vertretung der Kommission in Deutschland mit. Insgesamt seien 312 Forschungsteams aus 40 Ländern beteiligt, darunter 38 Teilnehmer aus 23 Nicht-EU-Ländern. „Die meisten Projekte dienen der Unterstützung klinischer Prüfungen für neue Therapien und Impfstoffe“, so die Kommission. Zudem gehe es darum, Projekten den Zugang zu Forschungsinfrastrukturen zu ermöglichen und den Austausch von Daten, Fachwissen und Forschungsressourcen zu verbessern.

[WEITDERE INFORMATIONEN](#)

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



## Rückkehr an den Arbeitsplatz: Leitfäden Covid-19-Patienten

06.08.21 (ams). Zwei neue Leitfäden der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz informieren Beschäftigte, Führungskräfte und Arbeitgeber über die besonderen Bedingungen für die Rückkehr von Covid-19-Patienten an Arbeitsplatz. Dabei geht es insbesondere um „Long Covid“-Patienten, die nach den bisherigen Erkenntnissen noch Wochen und Monate unter Symptomen wie extremer Müdigkeit, Atemnot, Muskel- und Gelenkschmerzen, Schmerzen im Brustkorb, Husten oder Ängsten, Depressionen und anderen psychischen Problemen leiden. „Manche Betroffenen finden nur schrittweise ins Arbeitsleben zurück“, so die EU-Agentur. Wichtig für eine erfolgreiche Rückkehr sei deshalb die Unterstützung durch die Führungskräfte und in vielen Fällen auch eine Anpassung des Arbeitsplatzes.

[ZU DEN LEITFÄDEN](#)

[www.osha.europa.eu](http://www.osha.europa.eu) > Publikationen



## Über die Hälfte der Erwachsenen ist übergewichtig

06.08.21 (ams). 53 Prozent der Erwachsenen, die in der Europäischen Union leben, sind übergewichtig. Das geht aus jetzt veröffentlichten Zahlen des Europäischen Statistikkamtes (Eurostat) für 2019 hervor. Danach waren gemessen am Body-Mass-Index (BMI) 36 Prozent der Betroffenen präadipös und 17 Prozent fettleibig. 45 Prozent der erwachsenen EU-Einwohner seien normalgewichtig, rund zwei Prozent hätten Untergewicht, so Eurostat. Laut Statistik gab es 2019 in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen die meisten Übergewichtigen (66 Prozent) und unter den 18- bis 24-Jährigen die wenigsten (25 Prozent). In allen EU-Mitgliedstaaten seien mehr Männer als Frauen zu dick. Die meisten Übergewichtigen gab es 2019 in Kroatien (65 Prozent der Erwachsenen), Rumänien und Tschechien (jeweils 60 Prozent). Am anderen Ende der Skala lagen Italien (46 Prozent) und Frankreich (47 Prozent). Deutschland lag laut Eurostat mit 54 Prozent leicht über dem EU-Schnitt.

[EUROSTAT-INFOS](#)

[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Eurostat > Produkte > Eurostat Aktuell





Zahl des Monats

## 57.294 Menschen ...

05.08.21 (ams) ... haben im Corona-Jahr 2020 eine generalistische Ausbildung zum neuen Beruf der Pflegefachfrau beziehungsweise des Pflegefachmanns begonnen. Diese Zahlen veröffentlichte jetzt das Statistische Bundesamt (Destatis). 17 Prozent davon waren bei Ausbildungsbeginn bereits älter als 30, sechs Prozent sogar älter als 40 Jahre. Das mittlere Alter (Median) bei Ausbildungsbeginn lag bei 20 Jahren. Mit 76 Prozent waren gut drei Viertel der Auszubildenden Frauen. Ein Prozent haben die Möglichkeit zur Teilzeitausbildung genutzt.

3.681 Pflege-Azubis (6,4 Prozent) lösten im Laufe des Jahres ihre Ausbildungsverträge, wechselten zu anderen Betrieben oder brachen ihre Ausbildung ab. Am Ende des Jahres 2020 zählten die Bundestatistiker insgesamt noch 53.610 Beschäftigte in der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann. 2019 hatten laut Destatis zwar noch 71.300 Menschen einen neuen Ausbildungsvertrag in diesem Bereich unterschrieben. Durch die Ausbildungsreform im Zuge des Pflegeberufe-Reformgesetzes (PflBRefG) und methodische Unterschiede bei der Erhebung sind die aktuellen Zahlen jedoch nur bedingt mit denen der vergangenen Jahre vergleichbar.

Die neue Ausbildung, die ihre Absolventen für die Pflege in allen Versorgungsbereichen qualifiziert – also in der Kranken, Kinder- und Altenpflege – soll den Angehörigen des Berufs bessere Einsatzmöglichkeiten und Entwicklungsperspektiven vermitteln. Das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe löste zu Jahresbeginn 2020 entsprechende Regelungen zu Ausbildungen in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege ab. Im selben Jahr startete der erste Jahrgang auf der Basis der neuen Ausbildungsordnung. Im Gegensatz zu den bisherigen Lehrgängen erhalten die Auszubildenden jetzt auch eine Vergütung.

DESTATIS

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

> Presse > Pressemitteilung Nr. 356







## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### GBA passt Bedarfsplanung an aktuelle Krankenkostenlast an

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat Details bei der Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten an die aktuellen Verhältnisse in Deutschland angepasst. Mit Hilfe der Bedarfsplanung sollen Niederlassungsmöglichkeiten dort ausgewiesen werden, wo sie benötigt werden. So sollen Versicherte, unabhängig von ihrem Wohnort, eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung erhalten. In diesem Zusammenhang hat der GBA den sogenannten Morbiditätsfaktor in diesem Jahr zum ersten Mal verändert, der 2019 mit der Reform der Bedarfsplanung eingeführt wurde. Dieser sorgt dafür, dass eine veränderte Krankenkostenlast (Morbidität) der Bevölkerung sowie regionale Unterschiede in der Bedarfsplanung sichtbar werden. Bezogen auf einzelne Arztgruppen heißt das, dass rund 260 zusätzliche Stellen für Hausärzte ausgewiesen werden können. „Entscheidend ist, ob es vor Ort gelingt, auch niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte zu finden. Mit Blick auf die Altersstruktur der heute praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte drohen hier mancherorts ernsthafte Versorgungsprobleme“, sagte Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA und Vorsitzender des Unterausschusses Bedarfsplanung.

[WEITERE INFORMATIONEN ZU DEN ENTSCHEIDUNGEN DES GBA](#)

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





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Rund zwei Dutzend Gesetze hat der Deutsche Bundestag in der auslaufenden Legislaturperiode jenseits der unmittelbaren Gesetzgebung im Zusammenhang mit der Pandemie auf den Weg gebracht. Der AOK-Medienservice (ams) dokumentiert die wichtigsten Reformgesetze, die bereits im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurden (Stand: 15. Juli). Diese und weitere Reformgesetze der vergangenen 32 Jahre auch im Internet: [www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de)

### Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

#### Versicherte

- Versicherte erhalten das Recht, bei ablehnenden Leistungsbescheiden ihrer Krankenkasse, die auf einem Gutachten des Medizinischen Dienstes basieren, das Ergebnis des Gutachtens und dessen wesentliche Gründe in verständlicher Form mitgeteilt zu bekommen. Sie müssen außerdem auf die Möglichkeit hingewiesen werden, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson wenden zu können.
- Die Mindestbindungsfrist an eine vom Mitglied gewählte Krankenkasse wird auf zwölf Monate verkürzt (bisher: 18 Monate).
- Die organisatorische und inhaltliche Unterstützung von Patientenvertreterinnen und -vertretern in Gremien auf Landesebene werden an die Regelungen auf Bundesebene angeglichen, um eine kompetente Patientenvertretung sicherstellen zu können. Die Unterstützung richtet sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen.
- Ehrenamtliche Patientenvertreter im Qualitätsausschuss Pflege bekommen künftig Reisekosten und Verdienstaufwände ersetzt sowie eine Aufwandspauschale ausgezahlt (bisher: nur Erstattung von Reisekosten).
- Die bisherige Begrenzung des Rechts auf eine studentische Krankenversicherung bis zum 14. Fachsemester wird gestrichen. Die Begrenzung bis zum 30. Lebensjahr bleibt bestehen.
- Studenten, die bei Vollendung des 25. Lebensjahres das Anrecht auf ihre kostenlose Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung verlieren würden, können über dieses Datum hinaus in der Familienversicherung bleiben, sofern sie sich im Abschluss-Semester ihres Studiums befinden. In diesem Fall endet die Familienversicherung mit dem Abschluss des Semesters.
- Für Patienten wird der Wechsel ihrer gesetzlichen Krankenkasse vereinfacht, indem zwischen alter und neuer Kasse elektronische Meldeverfahren genutzt werden. Unter anderem entfällt die bislang obligatorische schriftliche Kündigungsbestätigung der alten Kasse als Voraussetzung für das Ausstellen der Mitgliedsbescheinigung der neuen Kasse.
- Auch für die studentische Krankenversicherung wird ein elektronisches Meldeverfahren zwischen Hochschulen und Krankenkassen eingeführt.



### Ärzte/ambulante Pflege

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) als oberstes Entscheidungsgremium der Selbstverwaltung muss seine öffentlichen Sitzungen künftig live im Internet übertragen und in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung stellen.
- Im Rahmen der Förderung der Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung wird eine Förderung von mindestens 250 angehenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten vorgesehen.
- Die Kosten zur Erstellung einer Liste mit Ärzten, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, bekommt die Bundesärztekammer künftig erstattet. Hintergrund der Regelung ist die vorangegangene Reform des Strafgesetzbuches § 219a, die das Erstellen einer solchen Liste vorsah, ohne die Kostenerstattung zu regeln.

### Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Die Praxis zur Überprüfung falscher Klinikabrechnungen wird neu geregelt. In der Übergangsphase im Jahr 2020 werden maximal 12,5 Prozent aller Krankenhausabrechnungen überprüft. Ab 2021 orientiert sich die Prüfquote an den Prüfergebnissen des vorvergangenen Quartals: Bei einer Fehlerquote von mehr als 60 Prozent dürfen künftig 15 Prozent der Rechnungen geprüft werden, bei einer Fehlerquote zwischen 40 und 60 Prozent sind es zehn Prozent und bei weniger als 40 Prozent Fehlerquote höchstens fünf Prozent (bislang: keine Begrenzung der Abrechnungs-Überprüfungen).
- Krankenhäuser müssen für fehlerhafte Abrechnungen erstmals eine Strafbüße zahlen. 2020 sind Aufschläge auf den Erstattungsbetrag auf alle zu hoch in Rechnung gestellten Beträge in Höhe von zehn Prozent der Differenz zwischen korrektem und falschem Rechnungsbetrag vorgesehen, mindestens aber 300 Euro. Für das Jahr 2021 sind Aufschläge von bis zu 50 Prozent des Differenzbetrages möglich, wobei die Höhe auf 10 Prozent des geminderten Betrages begrenzt ist (bislang: Kliniken mussten bei einer nachgewiesenen Falschabrechnung nur den zu viel berechneten Betrag zurückzahlen).
- Liegt der Anteil beanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses oberhalb von 80 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, ist die Krankenkasse bei diesem Krankenhaus auch nach Erreichen der Prüfquote zu weiteren Prüfungen befugt.
- Falls die Überprüfung einer Klinikabrechnung durch den Medizinischen Dienst keine Mängel ergibt, erhält das geprüfte Krankenhaus von der prüfenden Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro.
- Bestehen gegenüber einem Krankenhaus seitens der Krankenkasse Rückforderungsansprüche aufgrund beanstandeter Krankenhausabrechnungen, darf die Krankenkasse diese Forderung nicht mit Vergütungsansprüchen des Krankenhauses verrechnen es sei denn, das Krankenhaus erkennt die Forderungen der Kasse an.
- Eine Klinik kann künftig Komplexleistungen - wie etwa die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls nur dann erbringen und bei den Krankenkassen abrechnen, wenn der MD im Vorfeld im Rahmen einer Strukturprüfung geprüft und bescheinigt hat, dass sie grundsätzlich in der Lage ist, solche Komplexbehandlungen adäquat durchzuführen (bislang: aufwendige Einzelfallprüfung jeder abrechnenden Klinik).



- Die genauen Regelungen zu den Strukturprüfungen hat der MDS bis zum 30. April 2020 in einer Richtlinie festzulegen, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) anschließend genehmigen muss.
- Ergibt eine Prüfung der Krankenhausabrechnung, dass eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen hat, müssen die von der Klinik erbrachten Leistungen als vorstationäre Behandlung abgerechnet werden.
- Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie der GKV-Spitzenverband müssen auf Grundlage eines gemeinsam in Auftrag gegebenen Gutachtens bis zum 30. Juni 2021 den Katalog ambulanter Operationen und stationärsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) überarbeiten. Damit sollen Konfliktfälle minimiert werden, ob ein stationärer Eingriff auch ambulant behandelbar gewesen wäre.
- Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des AOP-Katalogs ambulant statt stationär durchführen, unterliegen künftig nicht der Prüfung durch den MD.
- Das im Jahr 2013 eingeführte Hygieneförderprogramm wird um weitere drei Jahre verlängert. Das Programm wird um den Förderschwerpunkt „Antibiotika-Therapieberatung“ erweitert.
- Die Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin wird ab dem Jahr 2020 mit 40.000 Euro gefördert (bisher: 30.000 Euro). Die Anzahl der Facharzt-Weiterbildungen einer Klinik wird auch dann gefördert, wenn sie den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses übersteigt.
- Der Umfang pflegeentlastender Maßnahmen, die neben den tatsächlichen Pflegepersonalkosten zusätzlich im Pflegebudget berücksichtigt werden können, wird von drei auf vier Prozent erhöht.
- Bezahlte eine Klinik für Leihpersonal in der Pflege übertarifliche Löhne, werden im Pflegebudget dieser Klinik künftig nur die Kosten bis zur Höhe der tarifvertraglichen Vergütung berücksichtigt. Die Kosten für Vermittlungsentgelte von Leihpersonal werden ebenfalls nicht im Pflegebudget berücksichtigt.
- Die Sachkostenkorrektur, mit der 1999 bei Einführung der Fallpauschalen eine systematische Übervergütung der Sachkosten vermieden werden sollte, erfolgt ab 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung. Die Vertragspartner sind aufgefordert, entsprechende Korrekturen der Bewertungsrelationen innerhalb des Fallpauschalensystems vorzunehmen.
- Das BMG berichtet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2023 über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung.

### Krankenkassen

- Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) werden schrittweise organisatorisch von den Krankenkassen getrennt. Sie erhalten bis spätestens zum 30. Juni 2021 den Status einer eigenständigen Körperschaft des öffentlichen Rechts (bisher: Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen in Vereinsform). Die bisherigen MDK erhalten die einheitliche Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (MD).
- Der Verwaltungsrat eines MD besteht künftig aus 23 Vertretern, die paritätisch aus Männern und Frauen zusammengesetzt sind. 16 der stimmberechtigten Vertreter sind



ehrenamtliche Funktionsträger der Krankenkassen. Fünf stimmberechtigte Vertreter werden aus Patienten-, Betroffenen- und Verbraucherschutzorganisationen entsandt (bisher: als Beiräte beratend beteiligt). Zwei Vertreter ohne Stimmrecht entsenden die Landesärztekammern und die Landespflegekammern beziehungsweise die Verbände der Pflegeberufe.

- Die Amtszeit der Verwaltungsräte in den MD ist befristet auf die Dauer von maximal zwei Wahlperioden. Hauptamtlich Beschäftigte der Krankenkassen und deren Verbände dürfen nicht Mitglieder eines Verwaltungsrates der Medizinischen Dienste sein.
- Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes sowie die entsprechenden Krankenkassen und Krankenkassenverbände haben die Vertreter des jeweiligen MD-Verwaltungsrates bis zum 31. Dezember 2020 zu benennen.
- Die neuen Verwaltungsräte der MD müssen bis zum 31. März 2021 ihre Satzungen beschließen. Die zuständige oberste Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes hat bis zum 31. Juni 2021 über die Genehmigung der Satzung zu entscheiden.
- Auch der bisherige „Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)“ wird schrittweise vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste müssen bis 31. März 2021 den Verwaltungsrat des MD Bund wählen. Spätestens ab dem 31.12. 2021 nimmt der neue MD Bund als Körperschaft öffentlichen Rechts seine Arbeit auf.
- Die bisherigen Beratungs- und Begutachtungsaufgaben der Medizinischen Dienste bleiben bestehen. Auch der künftige MD Bund soll wie bisher den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegfachlichen Fragen beraten und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste koordinieren und fördern. Die Berichts- und Informationspflichten für die MD werden ausgeweitet.
- Um die Einheitlichkeit bei der Durchführung der Aufgaben zu stärken, erhält der neue MD Bund gegenüber den Medizinischen Diensten die Kompetenz zum Erlass von Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste (bisher erließ der GKV-Spitzenverband die Richtlinien). Darunter fallen etwa die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD, die Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und die Grundsätze der Fort- und Weiterbildung. Die vom MD Bund erlassenen Richtlinien sind für die MD verbindlich und müssen durch das BMG genehmigt werden.
- Der Medizinische Dienst Bund untersteht künftig der Aufsicht des BMG.
- Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht den Bericht zweijährlich zum 1. September.
- Für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See nimmt deren Sozialmedizinischer Dienst die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr. Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung wird mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet.
- Die Praxis zur Überprüfung falscher Klinikabrechnungen wird neu geregelt. Krankenkassen dürfen in der Übergangsphase die Medizinischen Dienste im Jahr 2020 maximal 12,5 Prozent aller Krankenhausabrechnungen überprüfen lassen. Ab 2021 orientiert sich die Prüfquote an den Prüfergebnissen des vorvergangenen Quartals: Bei einer Fehlerquote von mehr als 60 Prozent dürfen die Kassen künftig maximal



15 Prozent der Rechnungen prüfen lassen, bei einer Fehlerquote zwischen 40 und 60 Prozent sind es zehn Prozent und bei weniger als 40 Prozent Fehlerquote höchstens fünf Prozent (bislang: keine Begrenzung der Abrechnungs-Überprüfungen).

- Die Frist, innerhalb derer die Krankenkassen nach dem Eingang einer Klinikrechnung entscheiden können, ob sie den Medizinischen Dienst (MD) mit einer Prüfung der Rechnung beauftragen, wird von drei auf vier Monate verlängert.
- Krankenkassen erhalten von Kliniken bei Nachweis einer fehlerhaften Abrechnung erstmals eine Strafgebühr. 2020 sind Aufschläge auf den Erstattungsbetrag auf alle zu hoch in Rechnung gestellten Beträge in Höhe von zehn Prozent der Differenz zwischen korrektem und falschem Rechnungsbetrag vorgesehen, mindestens aber 300 Euro. Für das Jahr 2021 sind Aufschläge von bis zu 50 Prozent des Differenzbetrages möglich, wobei die Höhe auf zehn Prozent des geminderten Betrages begrenzt ist (bislang: Kliniken mussten bei einer nachgewiesenen Falschabrechnung nur den zu viel berechneten Betrag zurückzahlen).
- Hat die Krankenkasse bei einer Klinik den begründeten Verdacht auf systematischen Abrechnungsbetrug oder liegt der Anteil beanstandeter Abrechnungen dieses Krankenhauses oberhalb von 80 Prozent, ist die Krankenkasse auch nach Erreichen der Prüfquote zu weiteren Prüfungen befugt.
- Falls die Überprüfung einer Klinikabrechnung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.
- Krankenkassen können künftig nicht mehr Rückforderungen wegen beanstandeter Krankenhausabrechnungen mit Vergütungsansprüchen des Krankenhauses verrechnen es sei denn, das Krankenhaus erkennt die Forderungen der Kasse an.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) legen dem BMG bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor.
- Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam bilden mit der DKG einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung.
- Der neue Schlichtungsausschuss hat bei strittigen Fragen innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen.
- Der Abbau überschüssiger Finanzreserven von Krankenkassen innerhalb von drei Jahren (beschlossen mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz) startet trotz der verspäteten Risikostrukturausgleichs-Reform bereits ab dem Haushaltsjahr 2020. Der Abbau der Finanzreserven war ursprünglich an die Beendigung der Reform des Risikostrukturausgleichs bis zum 31. Dezember 2019 gekoppelt. Das GKV-FKG war jedoch erst im März 2020 in Kraft getreten.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) als oberstes Entscheidungsgremiums der Selbstverwaltung muss seine öffentlichen Sitzungen künftig live im Internet übertragen und in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung stellen.



- Bei der Wahl ihrer Verwaltungsräte müssen Krankenkassen künftig bei der Listenaufstellung im Rahmen der Sozialwahlen eine Repräsentanz von mindestens 40 Prozent Frauen sicherstellen.
- Die bereits bestehende Vereinbarung des GKV-Spitzenverbands über die Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellenspender mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Blutstammzellenspendern maßgeblichen Organisationen bekommt nun eine explizite Rechtsgrundlage.
- Gesetzliche Krankenkassen werden verpflichtet, bei ablehnenden Leistungsbescheiden, die auf einem Gutachten des Medizinischen Dienstes basieren, den Versicherten das Ergebnis des Gutachtens und dessen wesentliche Gründe in verständlicher Form mitzuteilen und sie zudem auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson wenden zu können.
- Für das Wechselverfahren von einer zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse wird ein elektronisches Meldeverfahren eingeführt. Die bislang obligatorische schriftliche Kündigungsbestätigung der alten Kasse als Voraussetzung für das Ausstellen der Mitgliedsbescheinigung der neuen Kasse entfällt.

BUNDESGESETZBLATT

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

> Teil I > 2019 > Nr. 51 vom 20.12.2019



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

### Versicherte

- Versicherte erhalten Anspruch auf Kostenübernahme digitaler Gesundheitsanwendungen, die zur Erkennung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder Behinderungen geeignet sind - beispielsweise Onlinetagebücher für Diabetiker oder Apps für Menschen mit Bluthochdruck. Der Anspruch umfasst dabei nur vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassene und vom Arzt verschriebene digitale Gesundheitsanwendungen.
- Versicherte können künftig Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie häusliche Krankenpflege auf elektronischem Weg verordnet bekommen - bislang gab es nur die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und das mit der GSAV eingeführte elektronische Arzneimittel-Rezept.
- Freiwillig gesetzliche Versicherte können künftig der Krankenkasse ihrer Wahl online beitreten.
- Versicherte können Wahlleistungsvereinbarungen (etwa im Vorfeld geplanter Krankenhausaufenthalte) mit ihrer Kasse künftig auch elektronisch abschließen.

### Ärzte/ambulante/Pflege

- Ärzte können künftig zugelassene digitale Anwendungen verschreiben. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) prüft vorab Sicherheit, Funktion,



Qualität, Datenschutz und Datensicherheit der Produkte. Innerhalb eines Jahres muss der Hersteller nachweisen, dass die App die Versorgung verbessert.

- Ärztliche Leistungen, die zur weiteren Verwendung einer digitalen Gesundheitsanwendung nötig sind, soll der Bewertungsausschuss in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufnehmen.
- Bieten Ärzte eine Videosprechstunde an, dürfen sie künftig darüber auf ihrer Internetseite informieren. Die Aufklärung für eine Videosprechstunde kann jetzt auch online, also im Rahmen der Videosprechstunde erfolgen - nicht mehr wie bisher im Vorfeld.
- Ärzte, die noch nicht an die grundlegende Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, erhalten ab dem 1. März 2020 einen Honorarabzug von 2,5 Prozent (bislang: 1 Prozent). Damit Apotheken die Aktualisierung des neu eingeführten elektronischen Medikationsplans vornehmen können, werden auch sie verpflichtet, sich bis zum 30. September 2020 an die Telematikinfrastruktur anzuschließen.
- Niedergelassene Ärzte müssen bis zum 30. Juni 2021 gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie über die erforderlichen Komponenten verfügen, um auf die elektronische Patientenakte zugreifen zu können. Ist dies nicht geschehen, wird die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um ein Prozent gekürzt, bis der Nachweis erbracht wird.
- Die in (Zahn-)Arztpraxen und Krankenhäusern verwendete Soft- und Hardware wird standardisiert. Ab Januar 2021 dürfen Ärzte nur noch informationstechnische Systeme verwenden, die zuvor von der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung (KBV/KZBV) bestätigt wurden.
- KBV beziehungsweise KZBV müssen bis zum 30. Juni 2020 in einer Richtlinie die Anforderungen für IT-Sicherheitsstandards für niedergelassene (Zahn-)Ärzte verbindlich festlegen. Von der KBV/KZBV zertifizierte Dienstleister können die Praxen bei der Umsetzung unterstützen.
- Der elektronische Informationsaustausch zwischen (Zahn-)Ärzten im Rahmen sogenannter Telekonsile wird künftig extrabudgetär vergütet. Die Vergütungshöhe hat der jeweilige Bewertungsausschuss bis zum 30. September 2020 festzulegen.
- Die Kostenpauschalen für die Versendung von Arztbriefen werden neu geregelt. Ab dem 31. März 2020 ist die Pauschale für den Versand eines elektronischen Arztbriefes doppelt so hoch vergütet wie beim Faxversand. Ab dem 31. März 2021 steigt diese Vergütung gegenüber dem Faxversand auf das Vierfache.

### Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Krankenhäuser werden sie verpflichtet, sich bis zum 1. Januar 2021 an die Telematikinfrastruktur anzuschließen. Kliniken, die dieser Pflicht nicht nachkommen, erhalten ab dem 1. Januar 2022 einen Abschlag von einem Prozent auf alle voll- und teilstationär erbrachten Leistungen. Andere Leistungserbringer wie Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeuten sowie Pflegeeinrichtungen können sich freiwillig anschließen, die Kosten hierfür tragen die Krankenkassen.





### Krankenkassen

- Krankenkassen können freiwillig gesetzliche Versicherte künftig auch online als Mitglieder aufnehmen. Sie dürfen ihre Versicherten mit deren Zustimmung auch elektronisch über innovative Angebote informieren.
- Krankenkassen können im Rahmen der Selbsthilfeförderung künftig digitale Angebote der Selbsthilfe gleichberechtigt zu analogen Angeboten berücksichtigen. Förderfähige digitale Angebote wie etwa Chat-Foren oder Apps, die dem virtuellen Austausch beziehungsweise der Mitgliederinformation dienen, müssen dabei alle Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit gewährleisten.
- Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten Angebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz zu machen. Die Angebote sollen die Versicherten dazu befähigen, selbstbestimmte Entscheidungen über den Einsatz digitaler Innovationen im Rahmen der Krankenbehandlung zu treffen. Versicherte könnten beispielsweise im Umgang mit Gesundheits-Apps oder der elektronischen Patientenakte geschult werden.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird beauftragt, kassenübergreifende Festlegungen für die Leistungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu treffen. Zum 31. Dezember 2021 und anschließend alle zwei Jahre muss der Spitzenverband künftig dem Gesundheitsministerium Bericht erstatten, wie und in welchem Umfang die Kassen ihrer Pflicht nachkommen.
- Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses wird um fünf Jahre bis 2024 verlängert. Für neue Versorgungsformen und die Versorgungsforschung werden jährlich 200 Millionen Euro bereitgestellt. Die Kosten dafür trägt die gesetzliche Krankenversicherung (jeweils hälftig: am Risikostrukturausgleich teilnehmende Kassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds).
- Die Anzahl der zu fördernden Vorhaben aus dem Innovationsfonds wird von 15 auf 20 erhöht.
- Um im Innovationsfonds mehr wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstand einzubringen, wird ein ehrenamtlicher Expertenpool gebildet. Dieser ersetzt den bisherigen zehnköpfigen Expertenbeirat. Mitglieder im Pool werden für einen Zeitraum von zwei Jahren benannt.
- Die Sozialdaten der Krankenkassen sollen stärker für die Steuerung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung genutzt werden. Um eine breite wissenschaftliche Nutzung unter Wahrung des Sozialdatenschutzes zu ermöglichen, wird die bisherige Datenaufbereitungsstelle zu einem Forschungsdatenzentrum mit einem deutlich erweiterten und aktuelleren Datenangebot weiterentwickelt.
- Krankenkassen müssen künftig die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen tragen. Nach Abschluss der Sicherheitsprüfung durch das BfArM erstatten die Kassen zunächst für ein Jahr den vom Hersteller geforderten Preis - können die Hersteller nach Ablauf des Jahres einen medizinischen Nutzen nachweisen, verhandeln sie mit den Kassen den Erstattungspreis.
- Krankenkassen können künftig zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung die Entwicklung digitaler Innovationen fördern. Darunter fallen beispielsweise digitale Medizinprodukte wie beispielsweise Apps sowie telemedizinische oder IT-gestützte Verfahren. Die Kassen können die digitalen Innovationen in Zusammenarbeit mit Dritten entwickeln oder von diesen entwickeln lassen.



- Krankenkassen können Versorgungsinnovationen fördern, um die Versorgung der Versicherten weiterzuentwickeln. Bereits bestehende Möglichkeiten der Krankenkassen, Einzelverträge mit Leistungserbringern (§140a) abzuschließen, können so stärker am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet werden. Krankenkassen dürfen diejenigen Versicherten zielgerichtet über Versorgungsinnovationen informieren, die von den Innovationen – etwa in Form von Modellvorhaben - besonders profitieren könnten. Die ärztliche Therapiefreiheit und die Wahlrechte der Versicherten dürfen die Kassen dabei nicht einschränken.
- Der GKV-Spitzenverband erhält den Auftrag, erstmals bis zum 31.12.2021 dem Bundesgesundheitsministerium zu berichten, wie und in welchem Umfang die Kassen Versorgungsinnovationen fördern. Dabei soll künftig jährlich dargelegt werden, inwieweit die erweiterten Rechte der Krankenkassen zu innovativen Versorgungsansätzen geführt haben und in welchem Ausmaß diese Ansätze von Versicherten genutzt werden.

### Finanzierung

- Für die Verpflichtung der Krankenhäuser, sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung einmalige Ausgaben in Höhe von 400 Millionen Euro für Ausstattungskosten und von jährlich 2 Millionen Euro für Betriebskosten.
- Aus der Fortführung des Innovationsfonds resultieren in den Jahren 2020 bis 2024 Ausgaben von 200 Millionen Euro pro Jahr, von denen 100 Millionen von den Krankenkassen und 100 Millionen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden.
- Für die Festlegungen der erforderlichen technischen Spezifikationen durch die Gesellschaft für Telematik entstehen Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rund 6 Millionen Euro.

BUNDESGESETZBLATT

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

> Teil I > 2019 > Nr. 49 vom 18.12.2019



## Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG)

### Versicherte

- Um die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln sicherzustellen und Lieferengpässe bei Medikamenten zu verhindern, hat das Gesetz verschiedene Neuregelungen eingeführt.
- Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird ein Beirat eingerichtet, der die Versorgungslage mit Arzneimitteln kontinuierlich beobachtet und bewertet. Dieser Beirat besteht unter anderem aus Vertretern der Ärzte- und Apothekerschaft, der pharmazeutischen Industrie, der Patienteninteressen und der Kassen. Der Beirat berät die Bundesoberbehörden beim Ergreifen geeigneter Maßnahmen.



- Pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen sind gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) meldepflichtig zu verfügbaren Lagerbeständen, zur Produktion und zur Absatzmenge von versorgungsrelevanten Arzneimitteln (bisher: Meldepflicht nur für Krankenhäuser).
- Das BfArM erstellt und veröffentlicht eine aktuelle Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe sowie die ihm gemeldeten Lieferengpässe.
- Bei Arzneimitteln mit versorgungskritischen Wirkstoffen kann die zuständige Bundesoberbehörde Arzneimittelgroßhandlungen und pharmazeutische Unternehmer zur Lagerhaltung verpflichten, wenn versorgungsrelevante Lieferengpässe drohen oder bereits eingetreten sind.
- In Ausnahmefällen dürfen künftig auch Arzneimittel verwendet werden, deren Kennzeichnung und Packungsbeilage nicht auf deutsch ist. Diese Ausnahmemöglichkeit gibt es allerdings nur für versorgungsrelevante Arzneimittel, die durch Ärzte oder Zahnärzte unmittelbar an Patienten angewendet werden.
- Ist ein rabattiertes Medikament bei Vorlage eines Rezepts in der Apotheke nicht lieferbar, erhalten Versicherte ein wirkstoffgleiches Arzneimittel. Ist das vergleichbare Arzneimittel teurer als der Festbetrag, trägt nicht der Versicherte die Mehrkosten (Aufzahlung), sondern die Krankenkasse. Details zu Ablauf und Abrechnung müssen der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband in ihrem Rahmenvertrag vereinbaren.
- Neue Antibiotika, die gegen multiresistente Keime wirken, können in der frühen Nutzenbewertung automatisch einen Zusatznutzen attestiert bekommen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss sie zuvor als Reserveantibiotika deklariert hat. Die Kriterien zur Bestimmung eines Reserveantibiotikums regelt das Robert Koch-Institut gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

### Ärzte/ambulante Pflege

- Eine Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten ist nur noch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erlaubt (bisher: durch Krankenkassen und KVen).
- Die von ambulanten Vertragsärzten verwendete Praxisverwaltungssoftware muss durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert werden.
- Zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) sind nur Gegenstand einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss also nicht mehr bewerten, ob ein ATMP entweder einer Nutzenbewertung oder einer Methodenbewertung unterliegt.
- Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen sind auf maximal fünfzehn Jahre zu befristen (bisher: acht Jahre).

### Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Krankenhäuser können für alle Patienten, die sie zwischen Mai und Dezember behandelt haben, einen Zuschlag von 0,42 Prozent auf den Rechnungsbetrag erheben. Dieser Zuschlag in Höhe von insgesamt rund 250 Millionen Euro dient einem pauschalen Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal in den Jahren 2018 und 2019.
- Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen sind auf maximal fünfzehn Jahre zu befristen (bisher: acht Jahre).



### Krankenkassen

- Wird eine Krankenkasse zahlungsunfähig oder droht die Zahlungsunfähigkeit, hat der Kassenvorstand dies der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich zu melden.
- Eine Krankenkasse kann nach Anmeldung ihrer Insolvenz von der Aufsichtsbehörde geschlossen werden, wenn die Leistungsfähigkeit nicht auf Dauer gesichert ist.
- Hält der GKV-Spitzenverband Bund die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse für bedroht, so hat er die Krankenkasse darüber zu beraten, wie sich ihre dauerhafte Leistungsfähigkeit sichern ließe.
- Stellt eine Aufsichtsbehörde fest, dass bei einer Krankenkasse nur durch die Fusion mit einer anderen Kasse eine Insolvenz auf Dauer vermieden werden kann, soll der GKV-Spitzenverband Bund Vorschläge für eine solche Fusion mit einer anderen Krankenkasse vorlegen.
- Beschließt eine insolvenzgefährdete Krankenkasse nicht freiwillig eine Fusion innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist, kann die Aufsichtsbehörde die Fusion beschließen.
- Fusionen zwischen Krankenkassen sind auch kassenartenübergreifend möglich.
- Wird eine Krankenkasse aufgelöst oder wegen Insolvenz geschlossen und reichen die Betriebsmittel nicht aus, um alle Forderungen abzudecken, übernehmen alle Krankenkassen nach einem festgelegten Verteilungsschlüssel die Kosten (bisher: Haftung nur innerhalb einer Kassenart). Bei Betriebskrankenkassen hat der Betrieb die Forderungen zu übernehmen.
- Im GKV-Spitzenverband wird ein neuer Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) geschaffen, der mit zehn hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen besetzt wird. Der Ausschuss soll paritätisch mit Männern und Frauen besetzt werden und muss bei versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes miteinbezogen werden.
- Der Frauen- sowie der Männeranteil im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes werden auf jeweils mindestens 40 Prozent festgelegt.
- Der Wettbewerb unter den Krankenkassen und die damit verbundenen Maßnahmen werden klarer definiert. So sind etwa Maßnahmen der Krankenkassen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern, künftig nicht mehr erlaubt.
- Das Bundesgesundheitsministerium wird ermächtigt, in einer Rechtsverordnung unter anderem festzulegen, welche Werbemaßnahmen für Krankenkassen künftig zulässig sind, wie viel die Kassen für Werbung ausgeben dürfen und inwieweit sie private Zusatzversicherungen vermitteln dürfen.
- Kassen, die sich durch einen Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, können künftig ihre Ansprüche auch ohne Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde vor einem Zivilgericht geltend machen. Dies gilt auch beim Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder beim Verdacht auf RSA-Manipulationen.
- Für einen pauschalen Ausgleich nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal in den Jahren 2018 und 2019 zahlen die Kassen den Krankenhäusern über einen einmaligen Rechnungsaufschlag rund 250 Millionen Euro.
- Die bisherige Begrenzung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten wird aufgehoben. Mit einem sogenannten Vollmodell (rund 300 Diagnosen) soll die Zielgenauigkeit der Zu-



weisungen aus dem RSA verbessert werden. Indem das gesamte Krankheitsspektrum abgedeckt wird, sollen Über- und Unterdeckungen besser abgebaut werden.

- Der Risikostrukturausgleich wird um eine Regionalkomponente erweitert. Hierfür werden statistisch signifikante regionale Variablen in den RSA einbezogen. Regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen sollen dadurch abgebaut werden. Die finanziellen Auswirkungen der Regionalkomponente werden im Jahr 2021 auf 75 Prozent begrenzt, ab 2022 werden sie vollständig angewandt.
- Bei der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen zwecks Berechnung der risiko-adjustierten Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich wird künftig auch das Risikomerkmal aufgenommen, ob ein Versicherter Anspruch auf Krankengeld hat.
- Mit einer Manipulationsbremse soll das Gesetz Kodierbeeinflussungen unterbinden: Steigen bei bestimmten Krankheiten die Diagnosekodierungen und somit die entsprechenden hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) besonders auffällig, können die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen für die fünf Prozent der umsatzstärksten aller HMG komplett gestrichen werden.
- Krankenkassen erhalten künftig für jeden Versicherten eine Vorsorgepauschale, sobald eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen wurde.
- Ein neu errichteter Risikopool soll hohe Akutkosten einer Erkrankung ausgleichen. Gehen bei einem Patienten die Leistungsausgaben über 100.000 Euro pro Jahr hinaus, bekommt seine Kasse künftig aus dem Risikopool 80 Prozent der oberhalb dieses Schwellenwertes anfallenden Kosten erstattet. Der 2002 mit dem Gesetz zur RSA-Reform schon einmal eingeführte Risikopool hatte mit der Einführung des Morbi-RSA 2009 seine Bedeutung verloren.
- Für die Teilnahme der Versicherten an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) erhalten die Kassen weiterhin Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich. Das Gesetz konkretisiert die Anforderungen an die DMP für eine entsprechende Zuweisung, beispielsweise die schriftliche Aufklärung der Versicherten zu Mitwirkungspflichten, die regelmäßige Teilnahme der Versicherten und die Überprüfung dessen durch die Kassen.
- Der Wissenschaftliche Beirat des neuen Bundesamts für soziale Sicherung (BAS, früher: Bundesversicherungsamt) muss mindestens alle vier Jahre die Wirkungsweise des Risikostrukturausgleichs zwischen den Kassen und seine Manipulationsresistenz auswerten. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit der Prüfung von Einzelfragen durch BMG und BAS beauftragt werden.
- Das BAS erhält ein eigenständiges, anlassbezogenes Prüfrecht für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße. Die Beweislast für rechtswidriges Verhalten wird umgekehrt. Das neue Prüfkonzept gilt rückwirkend ab dem Jahr 2013.
- Die Aufsichtsbehörden der Versicherungsträger treffen sich mindestens zweimal jährlich zu einem Erfahrungs- und Meinungsaustausch. Sie unterrichten sich dabei über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie über die von ihnen genehmigten leistungsbezogenen Satzungsregelungen der Krankenkassen.
- Das Kriterium Erwerbsminderung wird nicht mehr als Risikomerkmal in den RSA einbezogen.



- Rabatte, die Pharmaunternehmen den Krankenkassen im Rahmen von Arzneimittelrabattverträgen einräumen, werden künftig für jeden Versicherten im RSA individuell und nicht mehr pauschal je Krankenkasse angerechnet.
- Beim Bundesamt für soziale Sicherung (BAS, früher: Bundesversicherungsamt) wird eine neue Vertragstransparenzstelle eingerichtet, die Selektivverträge wie Hausarzt- und Versorgungsverträge vollständig zentral erfasst. Sie erstellt ein Register, um Transparenz über die Verträge der Kassen zu schaffen und Zusammenhänge mit statistischen Auffälligkeiten in den RSA-Datenmeldungen erkennen zu können. Das Verzeichnis soll bis zum 30. September 2021 fertig gestellt sein.
- Eine Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten ist nur noch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erlaubt (bisher: durch Krankenkassen und KVen).
- Als Mindestrücklage müssen Krankenkassen 20 Prozent einer Monatsausgabe in der Bilanz ausweisen (bisher: 25 Prozent).
- Zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) sind nur Gegenstand einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss also nicht mehr bewerten, ob ein ATMP entweder einer Nutzenbewertung oder einer Methodenbewertung unterliegt.
- Arbeitgeber können eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn die Leistungsfähigkeit der Kasse dauerhaft gesichert ist und mindestens 5.000 versicherungspflichtig Beschäftigte im Unternehmen arbeiten (bisher: 1.000 Beschäftigte).

### Finanzierung

- Alle Krankenhäuser zusammen erhalten durch den Rechnungszuschlag rund 250 Millionen Euro von der GKV für einen pauschalen Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal in den Jahren 2018 und 2019.

BUNDESGESETZBLATT

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

> Teil I > 2020 > Nr. 15 vom 31.03.2020



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

### Versicherte

- Mit dem Gesetz soll vor allem die Arzneimittelsicherheit für Patienten verbessert werden. Dafür wird etwa die Häufigkeit von Inspektionen bei Arzneimittelherstellern erhöht. Die zuständigen Bundesbehörden erhalten erweiterte Rückrufkompetenzen bei festgestellten Mängeln von Medikamenten. Zudem wird die Zusammenarbeit von Bundes- und Landesbehörden verbessert und eine Informationspflicht über Rückrufe eingeführt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie das Paul-Ehrlich Institut (PEI) erhalten neue Kompetenzen: Sie sollen Rückrufe auf Landesebene koordinieren und dadurch Versorgungsengpässe verhindern. Zudem wird die Herstellung verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch Heilpraktiker erlaubnispflichtig, die Herstellung und Anwendung gesundheitsgefährdender Medikamente (z.B. „Frischzellen“) werden verboten.



- Für Patienten entfällt die erneute Zuzahlung bei einer notwendigen Neuverordnung in Folge eines Arzneimittelrückrufs wegen Qualitätsmängeln.
- Patienten können künftig in Apotheken per elektronischem Rezept auch dann verschreibungspflichtige Arzneimittel erhalten, wenn sie im Rahmen einer ausschließlichen Fernbehandlung verschrieben wurden.
- Patienten, die mit medizinischem Cannabis versorgt werden, benötigen nach erfolgter Genehmigung der Therapie keine erneute Genehmigung der Kasse, wenn Dosis oder Cannabissorte angepasst werden.
- Patienten, die eine stationär begonnene Cannabistherapie ambulant fortführen sollen, haben das Recht auf eine Genehmigungsfrist der Krankenkasse von drei Tagen. Die übrigen Fristen bleiben unverändert: Bei Cannabisverordnungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung beträgt die Genehmigungsfrist drei Tage und in allen anderen Fällen drei Wochen. Ist eine gutachterliche Stellungnahme erforderlich verlängert sich die Frist auf fünf Wochen.
- Um die Versorgung von Patienten zu verbessern, wird die Definition erstattungsfähiger Verbandmittel erweitert. Der GBA hat bis zum 31. August 2020 in der Arzneimittel-Richtlinie festzulegen, welche zusätzlichen Produkte zur Wundbehandlung (etwa zum Feuchthalten einer Wunde) erstattungsfähig sind.

### Ärzte/ambulante Pflege

- Ärzte können künftig statt papiergebundenen Rezepten auch elektronische Rezepte (das sogenannte e-Rezept) ausstellen, beispielsweise im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung.
- Bei Ärzten, die ihren Patienten aufgrund eines Arzneimittelrückrufs erneut Arzneimittel verordnet haben, werden diese Verordnungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit berücksichtigt.
- Ärzte dürfen zur Versorgung von Patienten mit der Bluterkrankheit (Hämophilie) von Arzneimittelherstellern nicht mehr direkt beliefert werden. Die 2009 mit dem Arzneimittelgesetz eingeführte Ausnahme vom Apothekenvertriebsweg wird zum 15. August 2020 zurückgenommen, der Direktvertrieb also untersagt.
- Ärzte, die nicht zulassungs- oder genehmigungspflichtige Arzneimittel für neuartige Therapien bei einem Patienten anwenden, haben dies der zuständigen Bundesoberbehörde unverzüglich nach Beginn der Anwendung anzuzeigen.
- Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) wird es ermöglicht, im Rahmen der frühen Nutzenbewertung beim Einsatz von Medikamenten gegen seltene Erkrankungen (Orphan drugs) eine anwendungsbegleitende Datenerhebung durch Ärzte anzuordnen, die das betreffende Medikament einsetzen. Ärzte, die an den Studien nicht teilnehmen können oder wollen, kann der GBA von der Verordnung dieser Arzneimittel ausschließen.
- Die Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln wird erweitert. Der GBA hat bis zum 31. August 2020 in der Arzneimittel-Richtlinie festzulegen, welche bislang nicht erstattungsfähigen zusätzlichen Produkte zur Wundbehandlung (etwa zum Feuchthalten einer Wunde) künftig erstattungsfähig sind.



### Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Die Vergütungen von Auszubildenden in der Pflege, die ab 2020 nach dem neuen Pflegeberufegesetz ausgebildet werden, werden im ersten Ausbildungsjahr vollständig über bereits bestehende länderspezifische Ausbildungsfonds refinanziert (bisher: nur Teilfinanzierung). Damit einhergehend gilt künftig, dass Berufsanfänger im ersten Ausbildungsjahr die voll ausgebildeten Pflegefachkräfte in einem geringeren Umfang entlasten müssen als Auszubildende im zweiten oder letzten Jahr der Ausbildung.
- Der Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) kann beim Einsatz von Medikamenten gegen seltene Erkrankungen (Orphan Drugs) eine anwendungsbegleitende Datenerhebung durch Krankenhäuser anordnen (Details zur Regelung finden Sie auch unter ÄRZTE).
- Krankenhäuser dürfen zur Versorgung von Patienten mit der Bluterkrankheit (Hämophilie) von Arzneimittelherstellern nicht mehr direkt beliefert werden (Details zur Regelung finden Sie auch unter ÄRZTE).

### Krankenkassen

- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen müssen gemeinsam notwendige Regelungen für die Verwendung des elektronischen Rezeptes treffen. Bis zum 31. März 2020 müssen die Regelungen in die Bundesmantelverträge aufgenommen werden. Somit können Arznei- und Verbandsmittel künftig papierlos per digitalem e-Rezept verschrieben werden, etwa im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung.
- Krankenkassen müssen beim Abschluss von Rabattverträgen mit Arzneimittelherstellern künftig auch berücksichtigen, dass sich eine unterbrechungsfreie und bedarfsgerechte Lieferfähigkeit sicherstellen lässt.
- Krankenkassen erhalten einen gesetzlichen Anspruch auf Regress bei Produktmängeln mit Folge eines Rückrufes von Arzneimitteln.
- Um die hohen Erstattungskosten für biologische Referenzarzneimittel (Biologicals) zu senken, sollen der Verordnungsanteil von im Wesentlichen gleichen, biotechnologisch hergestellten Medikamenten (Biosimilars) erhöht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Auftrag, bis zum 16. August 2022 festzulegen, welche Biologicals für den Austausch in der Apotheke geeignet sind.
- Um die gesetzliche Krankenversicherung im Bereich der Arzneimittelkosten zu entlasten, werden die Vorgaben für Apotheken zur Abgabe von preisgünstigen Importarzneimitteln differenziert.
- Für die Herstellung von Krebsmedikamenten in der Apotheke wird ein einheitlicher Arbeitspreis von 110 Euro festgesetzt. Zur Refinanzierung der zusätzlichen Kosten werden die Landesverbände der Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich Rabatte mit den Pharmaunternehmen für die Arzneimittel-Grundstoffe abzuschließen (bisher: Kann-Regelung).

### Finanzierung

- Für die Herstellung von Krebsmedikamenten in der Apotheke (parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln) wird ein einheitlicher Arbeitspreis von 110 Euro festgesetzt. Die Zusatzkosten für die Krankenkassen liegen bei rund 120 Millionen Euro pro Jahr.





- Durch die erhöhte Kostenübernahme im Rahmen der Pflegeausbildung entstehen den Ländern jährliche Mehrkosten in Höhe von rund 24,5 Millionen Euro, der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund 157 Millionen Euro und der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von rund neun Millionen Euro. Die private Pflege-Pflichtversicherung übernimmt rund eine Million Euro der Kosten.
- Durch die Erweiterung des Deutschen Hämophileregisters entsteht dem Paul-Ehrlich-Institut ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 1 Million Euro.

BUNDESGESETZBLATT

[www.bgbl.de](http://www.bgbl.de) > Teil I > 2019 > Nr. 30 vom 18.08.2019



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

### Versicherte

- Ab dem 1. Januar 2022 gibt es das Arzneimittel-Rezept nur noch in elektronischer Form. Patienten können die Rezepte per Smartphone mit einer App in der Apotheke einlösen. Alternativ können Patienten ohne Smartphone in der Praxis einen Barcode auf Papier bekommen. Das Rezept wird aber auch in diesem Fall von der Praxis digital an die Apotheke übermittelt.
- Mit dem TSVG wurde bereits 2019 beschlossen, dass Krankenkassen ihren Versicherten ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten müssen. Die elektronische Patientenakte ist eine versichertengeführte elektronische Akte, deren Nutzung für die Patienten freiwillig ist. Mit dem PDSG erhalten Patienten zum 1. Januar 2021 den Anspruch darauf, dass ihr Arzt die ePA mit medizinischen Daten wie Befunden, Diagnosen, Arztberichten oder digitalen Röntgenbildern befüllt. Der Zugang zur Patientenakte ist barrierefrei gestaltet und somit auch für Behinderte uneingeschränkt möglich.
- Ab dem 1. Januar 2022 lassen sich auf der ePA auch Angaben aus dem Impfausweis, dem Mutterpass, dem gelben Heft für Kindervorsorge-Untersuchungen oder dem Zahnarzt-Bonusheft speichern.
- Ab dem 1. Januar 2023 haben Patienten auch den Anspruch, über die ePA auf Daten der pflegerischen Versorgung oder der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zuzugreifen.
- Patienten haben einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass Ärzte bzw. Kliniken sie sowohl bei der erstmaligen Einrichtung als auch bei der weiteren Führung der elektronischen Patientenakte unterstützen.
- Ab dem 1. Januar 2022 bekommen Patienten die Möglichkeit, über ihr Smartphone oder Tablet für jedes in der ePA gespeicherte Dokument einzeln zu bestimmen, welcher Arzt oder andere Leistungserbringer darauf zugreifen kann. Patienten können also zum Beispiel festlegen, dass ein Arzt zwar auf die ePA zugreifen darf, dass ihm aber bestimmte Befunde nicht angezeigt werden.
- Versicherte können ab dem 1. Januar 2021 den Zeitraum einer Zugriffsberechtigung für einen Leistungserbringer auf einen Zeitraum von einem Tag bis zu maximal 18 Monaten festlegen. Ab dem 1. Januar 2022 lässt die Zugriffsberechtigung auch vollständig entfristen.



- Versicherte können ab dem 1. Januar 2022 bei einem Krankenkassenwechsel ihre Daten aus der ePA übertragen lassen.
- Ab dem 1. Januar 2023 haben Versicherte die Möglichkeit, die in der ePA abgelegten Daten im Rahmen einer Datenspende freiwillig der Forschung zur Verfügung zu stellen.
- Damit auch diejenigen Versicherten Zugriff auf ihre Patientenakte erhalten, die keine mobilen Endgeräte besitzen oder nutzen wollen, müssen die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2022 in ihren Geschäftsstellen dafür geeignete Geräte bereitstellen.
- Für Patienten, die weder über mobile Endgeräte noch über die Terminals in den Krankenkassen ihre Patientenakte verwalten können oder wollen, wird ab dem 1. Januar 2022 ein Berechtigungsmanagement zur Nutzung der Akte in Arztpraxen, Krankenhäusern oder Apotheken eingerichtet.
- Versicherte haben gegenüber ihrer Krankenkasse das Recht auf Berichtigung von falschen Diagnosen in der ePA, sofern sie einen ärztlichen Nachweis über die Unrichtigkeit der Diagnose vorlegen können.
- Versicherte haben gegenüber ihrer Krankenkasse jederzeit das Recht, die ePA vollständig zu löschen.
- Versicherte haben gegenüber Vertragsärzten bzw. zugelassenen Krankenhäusern den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung von elektronischen Notfalldaten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden.
- Versicherte können bei ihrer Krankenkasse eine elektronische Gesundheitskarte beantragen, die medizinische Notfalldaten sowie einen elektronischen Medikationsplan speichern kann. Sie haben zudem das Recht, diese Daten jederzeit wieder von der Karte löschen zu lassen.

### Ärzte/ambulante Pflege

- Für die Vernetzung von Leistungserbringern, Kostenträgern, Versicherten und anderen Akteuren wurde bereits die datensichere Telematikinfrastruktur (TI) geschaffen. Diese besteht aus der dezentralen Infrastruktur, die mit ihren Komponenten (elektronische Gesundheitskarte, Authentifizierungsausweise der Leistungserbringer) den registrierten Nutzern den sicheren Zugang zum geschlossenen Netz, der zentralen Infrastruktur (elektronische Patientenakte), ermöglicht. Die Gesellschaft für Telematik koordiniert und überwacht alle dafür notwendigen Prozesse.
- Das elektronische Rezept von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wird als Teil der sicheren Telematikinfrastruktur verpflichtend ab dem 1. Januar 2022 vorgegeben.
- Die Gesellschaft für Telematik soll bis zum 30. Juni 2020 eine barrierefreie App für das elektronische Rezept entwickeln. Die App wird Teil der sicheren Telematikinfrastruktur. Patienten können das E-Rezept dann mittels Smartphone in einer Apotheke einlösen – die freie Apothekenwahl bleibt dabei ausdrücklich garantiert. Patienten ohne Smartphone erhalten alternativ in der Praxis einen Barcode auf Papier. Das Rezept wird aber auch in diesem Fall von der Praxis digital an die Apotheke übermittelt.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband erhalten den Auftrag, bis zum 31. Juli 2021 für die ärztliche Empfehlung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente (grünes Rezept) ebenfalls ein elektronisches Übermittlungsverfahren zu entwickeln.



- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband erhalten den Auftrag, bis zum 31. Juli 2021 Regelungen für die elektronische Übermittlung von Überweisungsscheinen zum Facharzt zu vereinbaren.
- Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen können zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung die Entwicklung digitaler Innovationen fördern. Darunter fallen beispielsweise digitale Medizinprodukte wie etwa Apps sowie telemedizinische oder IT-gestützte Verfahren. Sie können die digitalen Innovationen in Zusammenarbeit mit Dritten entwickeln oder von diesen entwickeln lassen (bislang hatten mit dem DVG nur die Krankenkassen dieses Recht erhalten).
- Vertrags(zahn)ärzte werden verpflichtet, Patienten bei der Einrichtung und bei der fortlaufenden Befüllung der elektronischen Patientenakte mit medizinischen Daten unterstützen. Die Unterstützungsleistung beschränkt sich dabei ausschließlich auf medizinische Daten aus der aktuellen Behandlungssituation.
- Für die Verarbeitung von Daten in der elektronischen Patientenakte durch einen Arzt hat der Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab für (zahn)ärztliche Leistungen bis zum 1. Januar 2021 eine entsprechende Vergütung zu beschließen.
- Für die Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung und Nutzung der elektronischen Patientenakte erhalten Ärzte ab dem 1. Januar 2021 einmalig zehn Euro.
- Die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Röntgenbild-Befundung, zur Videosprechstunde und – bis zum 31.12.2020 – zur Authentifizierung der Versicherten in der Videosprechstunde zu vereinbaren.
- Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft müssen bis zum 31. März 2020 mit dem GKV-Spitzenverband die Anforderungen an ein telemedizinisches Konsil vereinbaren.
- Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege müssen spätestens ab dem 1. Januar 2023 bei der Abrechnung ihrer Leistungen jeweils die Beschäftigtennummer der Pflegekraft, die die Leistung erbracht hat, sowie die Zeit der Leistungserbringung angeben.
- Für Pflegeeinrichtungen, Hebammen sowie Physiotherapeuten, die an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden wollen, muss die Gesellschaft für Telematik bis spätestens zum 30. Juni 2021 die erforderlichen Voraussetzungen schaffen.
- Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege, die an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, bekommen einen Anspruch gegenüber den Krankenkassen, dass diese für die gesamte Kommunikation das elektronische Verfahren nutzen.

### Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Kliniken werden verpflichtet, mit branchenspezifischen Sicherheitsstandards organisatorische und technische Vorkehrungen zu treffen, die die Funktionsfähigkeit des jeweiligen Krankenhauses und die Sicherheit der verarbeiteten Patientendaten sicherstellen. Sie müssen ihre IT-Systeme zudem spätestens alle zwei Jahre an den gültigen Stand der Technik anpassen.



- Ein Krankenhaus hat künftig für jeden voll- und teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten in der elektronischen Patientenakte speichert, Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von fünf Euro.
- Ausschließlich im Jahr 2021 hat ein Krankenhaus Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von zehn Euro für jeden voll- oder teilstationären Fall, für den es eine Unterstützung des Versicherten leistet bei der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte.
- Rehabilitationseinrichtungen sollen sich an die Telematikinfrastruktur anschließen können und erhalten einen Ausgleich der Ausstattungs- und Betriebskosten. Die an der Gesundheitsversorgung der Bundeswehr beteiligten Einrichtungen erhalten die Möglichkeit, sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen.

### Krankenkassen

- Die Beratungsbefugnis der Krankenkassen wird ausgeweitet. Neben der mit dem DVG eingeführten Erlaubnis, Patienten über digitale Versorgungsinnovationen zu informieren, dürfen die Kassen nun Versicherte auch auf weitere individuell geeignete Versorgungsleistungen der Krankenkassen aus der Regelversorgung hinweisen.
- Krankenkassen haben ihre Versicherten, bevor sie ihnen die elektronische Patientenakte (ePA) anbieten, umfassend über die Möglichkeiten der ePA zu informieren.
- Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ab 2022 geeignete Geräte zur Verfügung zu stellen und somit den Zugang zur ePA zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband kann zudem Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesvereinigung der Apothekerverbände schließen, wonach solche Computerterminals auch in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken aufgestellt werden können.
- Ab dem 1. Januar 2022 muss jede Krankenkasse eine Ombudsstelle einrichten, an die sich Versicherte mit ihren Fragen und Anliegen im Zusammenhang mit der ePA wenden können.
- Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die ePA dem jeweilig aktuellen Stand der Technik und den Vorgaben der Gesellschaft für Telematik entspricht. Der GKV-Spitzenverband überprüft jährlich, ob die Kassen dieser Pflicht nachgekommen sind und teilt dies dem Bundesversicherungsamt mit. Bei Nichterfüllung der Pflicht werden im Jahr 2020 die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich für diese Kasse zunächst um 2,5 Prozent gemindert. Besteht das Problem weiterhin, wird die Kürzung im Jahr 2021 auf 7,5 Prozent erhöht.
- Krankenkassen soll der Nachweis von Fehlverhalten bzw. Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege erleichtert werden. Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege müssen spätestens ab dem 1. Januar 2023 bei der Abrechnung ihrer Leistungen jeweils die Beschäftigtennummer der Pflegekraft, die die Leistung erbracht hat, sowie die Zeit der Leistungserbringung angeben.
- Krankenkassen müssen elektronische Gesundheitskarten konzipieren, die prinzipiell geeignet sind, medizinische Notfalldaten sowie einen elektronischen Medikationsplan zu speichern. Sie haben ihre Versicherten über diese Möglichkeit und die Freiwilligkeit der Nutzung zu informieren.



### Finanzierung

- Zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zahlt der GKV-Spitzenverband an die Gesellschaft für Telematik jährlich für jedes Mitglied in der GKV einen Betrag von einem Euro.
- Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte durch Ärzte sind vom Nutzerverhalten der Versicherten abhängig. Nutzen beispielsweise 50 Prozent der Versicherten im Jahr 2021 erstmalig ihre elektronische Patientenakte, entstehen dadurch zusätzliche Kosten in Höhe von rund 350 Millionen Euro.
- Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die weitere Nutzung der elektronischen Patientenakte durch Ärzte sind vom Nutzerverhalten der Versicherten abhängig. Nutzen beispielsweise künftig 50 Prozent der Versicherten ihre elektronische Patientenakte regelmäßig, entstehen dadurch zusätzliche Kosten in Höhe von rund 225 Millionen Euro.
- Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die erstmalige Erstellung der Notfalldaten durch Ärzte auf der elektronischen Gesundheitskarte sind vom Nutzerverhalten der Versicherten abhängig. Nutzen beispielsweise 50 Prozent der Versicherten ihre Notfalldaten, entstehen dadurch zusätzliche Kosten in Höhe von rund 300 Millionen Euro.
- Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Speicherung von Behandlungsdaten auf der elektronischen Patientenakte durch Kliniken sind vom Nutzerverhalten der Versicherten abhängig. Bei rund 20 Millionen voll- und teilstationären Krankenhausfällen entstehen ab dem Jahr 2021 Kosten in Höhe von bis zu 100 Millionen Euro.
- Für die verpflichtende Anbindung der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst fallen für die benötigte Infrastruktur im Jahr 2021 einmalige Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von ca. 1,1 Millionen Euro an. Dazu kommen jährliche Betriebskosten in Höhe von ca. 500.000 Euro.

BUNDESGESETZBLATT

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

> Teil I > 2020 > Nr. 46 vom 19.10.2020



## Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)

### Versicherte

- Versicherte erhalten einen Anspruch auf die Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (Dipa), sofern sie das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen hat. Sie erhalten zudem einen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen zur Nutzung der Dipa. Für beide Leistungen zusammen übernehmen die Pflegekassen insgesamt bis zu 50 Euro im Monat. Versicherte können künftig die Daten von digitalen Gesundheitsanwendungen (Diga), beispielsweise Blutzuckerwerte aus einer Diabetes-App, selbst in ihre elektronische Patientenakte einstellen.



- Hilfsmittel und Implantate, die elektronisch Daten übermitteln und dem Hersteller zur Verfügung stehen, müssen ab dem 1. Juli 2024 für die Versicherten zugänglich gemacht werden. Entsprechende Hilfsmittel und Implantate benötigen dafür eine Schnittstelle für verschreibbare digitale Gesundheitsanwendungen (Diga), damit sie bei Bedarf für die Versorgung des Patienten genutzt werden können.
- Versicherte können die in ihrer Digitalen Gesundheitsanwendung, beispielsweise einer Diabetes-App, gesammelten Daten über eine Schnittstelle auch einer Apotheke zugänglich machen, damit die dort gesammelten Werte in die Apotheken-Beratung einbezogen werden können.
- Versicherte können nun auch Heilmittel wie beispielsweise Ergotherapie als Videobehandlung in Anspruch nehmen.
- Versicherte erhalten auf Wunsch von Ihrer Krankenkasse als Alternative zur bisherigen Identifizierung mit der elektronischen Gesundheitskarte eine sichere digitale Identität.
- Ab dem 1. Januar 2024 können sich Versicherte mit einem digitalen Identitätsnachweis beispielsweise für Videosprechstunden oder digitale Gesundheitsanwendungen authentifizieren.
- Versicherte sollen auf der Suche nach Angeboten zu Videosprechstunden besser unterstützt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird beauftragt, ein bundesweit nutzbares zentrales Vermittlungsportal bereitzustellen, über das Versicherte barrierefrei Termine der Videosprechstunde buchen können.
- Bis zum 1. Juli 2024 sollen schrittweise Notfalldaten, die bislang auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgelegt waren, auf einer elektronischen Patienten-Kurzakte gespeichert werden. Die eGK dient künftig nur noch als Versicherungsnachweis und soll beim Arzt auch kontaktlos eingelesen werden können.
- Der Anspruch der Versicherten auf die Erstellung eines Medikationsplans in Papierform wird um den Anspruch auf die Erstellung eines elektronischen Medikationsplans ergänzt. Versicherte sollen künftig auf den elektronischen Medikationsplan über ihre persönliche Patienten-Kurzakte zugreifen können bzw. mindestens bis zum 1. Juli 2024 über ihre elektronische Gesundheitskarte.
- Erklärungen der Versicherten zur Organ- und Gewebespende können ab dem 1. Juli 2022 im dafür bestimmten Organspenderegister abgegeben, geändert und widerrufen werden. Änderungen an der Organspende-Erklärung sollen auch über die Versicherten-Apps der Krankenkassen möglich sein. Die bisherige Möglichkeit einer Organspendeerklärung auf der eGK entfällt ab diesem Zeitpunkt.
- Versicherte sollen ab dem 1. Januar 2022 nicht nur über mobile Endgeräte, sondern auch über ihre stationären Geräte (Desktop-PC) auf ihre ePatientenakte zugreifen können.
- Versicherte sollen spätestens ab dem 1. Januar 2022 bei einer elektronischen Verordnung von Arzneimitteln über die entsprechende E-Verordnungs-App auch direkt auf Informationen im Nationalen Gesundheitsportal zugreifen können, um sich qualitätsgesichert über den Wirkstoff informieren zu können. Ein Zugriff auf das Nationale Gesundheitsportal wird ebenfalls über die ePA möglich.
- Versicherte können Rezept- und Dispensierinformationen aus der E-Verordnungs-App (wo sie nach 100 Tagen gelöscht werden) in ihre elektronischen Patientenakte (ePA) übertragen, um dort einen Überblick über die Arzneimittelhistorie zu haben.



- Schwangere Versicherte können ihre Hebamme berechtigen, wichtige Daten zur Schwangerschaft und Mutterschaft, die über die Daten des elektronischen Mutterpasses hinausgehen, in der elektronischen Patientenakte zu dokumentieren.

### Ärzte/ambulante Pflege

- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung errichtet ein nutzerfreundliches Portal, das die Versicherten künftig beim Auffinden von telemedizinischen Versorgungsangeboten unterstützt.
- Ärzte, die Videosprechstunden anbieten, können ab sofort den Terminservicestellen dafür freiwillig freie Termine melden.
- Videosprechstunden von Vertragsärzten werden auf das wöchentliche Mindestsprechstundenangebot angerechnet.
- Psychotherapeutische Akutbehandlungen sollen künftig auch im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden können. Bis zum 30. September 2021 muss der Bewertungsausschuss die entsprechenden Voraussetzungen festlegen.
- Videosprechstunden dürfen bei Vertragsärzten/Psychotherapeuten die Obergrenze von 30 Prozent aller Leistungen im Quartal nicht überschreiten.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, auch im Rahmen des ärztlichen Notdienstes telemedizinische Leistungsangebote ergänzend zu ihrem Präsenzangebot zur Verfügung zu stellen.
- Ärztliche Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen können mit Krankenhäusern auch kooperieren, um die technische Ausstattung der Krankenhäuser zur Erbringung telemedizinischer Leistungen durch Notdienstpraxen zu nutzen oder die Krankenhäuser selbst diese Leistung erbringen zu lassen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen bis zum 31. Dezember 2021 die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich informieren über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung.
- Mit Einführung der elektronischen Patientenakte sollen ab dem 1. Januar 2023 auch zahnärztliche Leistungen zur Aktualisierung von Datensätzen der elektronischen Patientenakte vergütet werden.
- Ärzte sollen künftig in geeigneten Fällen auch im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung Arbeitsunfähigkeit ohne vorherige Präsenzbehandlung für bis zu drei Tage einmalig feststellen dürfen. Der GBA ist aufgefordert, bis Ende 2021 die geeigneten Fälle zu spezifizieren.
- Kassenärztliche Vereinigungen können Strukturfondsmittel künftig auch zur Umsetzung telemedizinischer Konzepte einsetzen. Hierbei sollen insbesondere digitale Netzwerke zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern mit Leistungserbringern der Pflege sowie Heilmittelerbringern gefördert werden.
- Neben Ärzten können nun auch Heilmittelerbringer und Hebammen telemedizinische Leistungen abrechnen. Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen, die im Zusammenhang mit DiGAs erbracht werden, werden ebenfalls künftig vergütet.
- Sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ermächtigte Ärzte nicht an die Telematikinfrastruktur angebunden, drohen Sanktionen. Die Frist, ab der Sanktionen drohen, wurde von Ende 2020 auf den 31. Dezember 2021 verlängert.



- Für die sichere Kommunikation zwischen Ärzten und Versicherten werden künftig auch ein Videokommunikationsdienst und ein Messengerdienst errichtet. Die Ärzte können dabei festlegen, ob nur sie den Beginn einer Kommunikation starten können.
- Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten werden verpflichtet, ab 1. Januar 2023 Verordnungen digitaler Gesundheitsanwendungen als E-Rezept über die Telematikinfrastruktur zu übermitteln.
- Ärzte und Psychotherapeuten müssen häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (jeweils ab 1. Juli 2024), Soziotherapie (ab 1. Juli 2025) sowie Heil- und Hilfsmittel inklusive digitale Gesundheitsanwendungen und verschreibungspflichtige Arzneimittel (jeweils 1. Januar 2023) künftig elektronisch verordnen. Ab dem 1. Juli 2026 gilt diese Verpflichtung auch zur Verordnung von Verbandsmitteln, Blut- und Harnteststreifen, Diäten zur enteralen Ernährung sowie verordnungsfähigen Medizinprodukten (ab 1. Juli 2026).
- Um entsprechende ärztliche elektronische Verordnungen verarbeiten zu können, müssen auch Pflegedienste und andere Leistungserbringer sukzessive an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält den Auftrag, bisherige browserbasierte Angebote zu Videosprechstunden am Computer um eine Variante für mobile Endgeräte zu erweitern.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält den Auftrag, das Nationale Gesundheitsportal um weitere Infos zur vertragsärztlichen Versorgung zu ergänzen.
- Die wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird bis 2024 verlängert. Ambulante Pflegeeinrichtungen erhalten einen einmaligen Zuschuss für den Ausbau der digitalen Infrastruktur. Dafür stehen in den Jahren 2022 bis 2024 insgesamt zehn Millionen Euro zur Verfügung. Pro Pflegeeinrichtung werden bis zu 40 Prozent der Kosten (maximal 12.000 Euro) für die digitale oder technische Ausrüstung und damit verbundene Schulungen übernommen.

### Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Bislang waren Krankenhäuser verpflichtet, sich bis Ende 2020 an die Telematikinfrastruktur anzubinden. Mit Ablauf dieser Frist drohten Sanktionen. Diese Frist wird nun bis zum 31. Dezember 2021 verlängert.
- Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten bis 2024 einen einmaligen Zuschuss für den Ausbau der digitalen Infrastruktur. Pro Pflegeeinrichtung werden bis zu 40 Prozent der Kosten (maximal 12.000 Euro) für die digitale oder technische Ausrüstung und damit verbundene Schulungen übernommen.

### Krankenkassen

- Krankenkassen müssen spätestens ab dem 1. Januar 2023 auf Wunsch ihrer Versicherten diesen als Alternative zur Identifizierung mit der elektronischen Gesundheitskarte eine sichere digitale Identität für das Gesundheitswesen barrierefrei zur Verfügung stellen.
- Um die Entwicklung des neuen Leistungsbereiches der digitalen Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuschätzen, erstellt der Spitzen-





verband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) erstmals zum 31. Dezember 2021 und in Folge jährlich einen Bericht über die Erbringung solcher Leistungen.

- Pflegekassen werden verpflichtet, neben Präsenzkursen künftig auch digitale Pflegekurse anzubieten.
- Der Zeitraum zur Verhandlung des Erstattungspreises digitaler Gesundheitsanwendungen zwischen Kassen und Herstellern wird auf neun Monate verkürzt.
- Die Vergütung digitaler Gesundheitsanwendungen auf Grundlage des Herstellerpreises umfasst einen Zeitraum von maximal zwölf Monaten nach Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen. Die Regelung gilt unabhängig davon, ob die Aufnahme zunächst zur Erprobung oder dauerhaft erfolgt.
- Der GKV-Spitzenverband baut bis zum 1. Juli 2023 die nationale eHealth-Kontaktstelle auf und betreibt diese, so dass Versicherte ihre Gesundheitsdaten auch Ärzten im EU-Ausland sicher und übersetzt zur Verfügung stellen können.
- Krankenkassen können nun bei Personen, die eine gesetzliche Rente beziehen, auch nachträglich feststellen, dass sie der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen. Dies kann zur Erstattung oder Nacherhebung von Beiträgen führen.
- Damit Krankenkassen medienbruchfrei Zugang zu elektronischen Verordnungen bekommen, die von den Kassen bewilligt werden müssen, erhält die gematik den Auftrag, hierfür die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen.
- Der jährliche Beitrag des GKV-Spitzenverbands zur Finanzierung der gematik wird je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung von einem Euro auf 1,50 Euro angehoben.
- Gesetzliche Krankenkassen werden verpflichtet, ihre Versicherten über die Möglichkeiten von Digitalen Gesundheitsanwendungen zu informieren und wie die Patienten die damit erhobenen Daten in ihrer elektronischen Patientenakte ihrem Arzt zugänglich machen können.
- Mit der Einführung des Organspenderegisters ab dem 1. Juli 2022 müssen Krankenkassen ihren Versicherten nicht mehr alle zwei Jahre einen Organspendenausweis und Informationsmaterialien zur Organspende zuschicken.

### Finanzierung

- Der Betrieb und die Weiterentwicklung des Nationalen Gesundheitsportals werden im Jahr 2021 mit 4,5 Millionen Euro und im Jahr 2022 mit 5 Millionen Euro veranschlagt.
- Die Beitragserhöhung zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik führt beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu Mehrkosten in Höhe von jährlich 27 Millionen Euro, die durch Umlage von den gesetzlichen Krankenkassen refinanziert werden.
- Durch die Erweiterung der Kommunikation im Medizinwesen bei den Leistungserbringern, die Einführung digitaler Identitäten, die Realisierung des Zugriffs auf das Register zur Organ- und Gewebespende und die Erstattung der Betriebskosten im Rahmen der Anbindung der Heil- und Hilfsmittelerbringer, der zahntechnischen.
- Labore sowie der Erbringer Soziotherapeutischer Leistungen an die Telematikinfrastruktur entstehen den Krankenkassen einmalige Kosten von rund 111 Millionen Euro sowie anschließende jährliche Kosten von rund 75 Millionen Euro.
- Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus der Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen mittelfristig jährliche Mehrausgaben. Im Jahr 2022 sind dies



schätzungsweise rund 30 Millionen Euro, im Jahr 2023 rund 65 Millionen Euro, im Jahr 2024 rund 100 Millionen Euro und im Jahr 2025 rund 130 Millionen Euro.

- Der Gesellschaft für Telematik entstehen zur Erfüllung ihrer neuen Aufgaben einmalig Kosten in Höhe von insgesamt rund 2,6 Millionen Euro.

BUNDESGESETZBLATT

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

> Teil I > 2021 > Nr. 28 vom 08.06.2021



## GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

### Versicherte

- Ab dem 1. Januar 2019 wird auch der von den Krankenkassen festzusetzende Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie Rentnern und Rentenversicherung getragen (bisher: Arbeitnehmer und Rentner tragen den Zusatzbeitrag allein).
- Freiwillig versicherte Selbstständige werden bei den Mindestbeiträgen den übrigen freiwillig Versicherten gleichgestellt. Die Mindestbemessungsgrundlage liegt damit künftig für freiwillig Versicherte und Selbstständige bei 1.038,33 Euro (bisher für Selbstständige: 2.283,75 Euro). Damit sinkt der Mindestbeitrag für Selbstständige mit rund 160 Euro auf weniger als die Hälfte.
- Für die Beitragsbemessung bei Selbstständigen ist eine Unterscheidung, ob sie haupt- oder nebenberuflich selbstständig sind, aufgrund der einheitlichen Mindestbemessungsgrundlage nicht mehr erforderlich.
- Selbstständige bekommen künftig Krankengeld und Mutterschaftsgeld beitragsfrei ausgezahlt (bisher: Beitragsfreiheit erstreckte sich nur auf das Arbeitseinkommen, nicht auf andere erzielte Einnahmearten, zum Beispiel Miet- und Pachteinnahmen).
- Ehemalige Zeitsoldaten erhalten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst drei Monate lang ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung. Die Mitgliedschaft beginnt rückwirkend mit dem Tag des Ausscheidens. Nach Ende ihrer Dienstzeit erhalten sie zudem einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen, der anstelle der bisherigen Beihilfe geleistet wird.
- Eine freiwillige Mitgliedschaft zur gesetzlichen Krankenversicherung endet künftig auch ohne Austrittserklärung nach sechs Monaten, wenn das Kassenmitglied unbekannt verzogen ist und keine Beiträge mehr zahlt (bisher: Weiterversicherung zum Höchstbetrag mit entsprechender Anhäufung von Beitragsschulden).
- Freiwillig Versicherte, die ihr Einkommen trotz Aufforderung nicht nachgewiesen haben, wurden bislang von ihrer Kasse automatisch zum Höchstbeitrag versichert. Künftig haben sie nach Festsetzung des Höchstbeitrages bis zu zwölf Monate Zeit, geeignete Einkommensnachweise nachzureichen. Die Kassen müssen dann rückwirkend den Beitrag neu berechnen.
- Wechselt ein Mitglied aus der privaten in die soziale Pflegeversicherung, wird die Vorversicherungszeit anerkannt. Dadurch erhalten mitversicherte Familienangehörige einen lückenlosen Versicherungsschutz (bisher: Familienangehörige konnten zwei Jahre lang die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht in Anspruch nehmen).



### Krankenkassen

- Die Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen dürfen den Umfang einer Monatsausgabe künftig nicht mehr überschreiten.
- Kassen, die über höhere Finanzreserven verfügen, dürfen ihren Zusatzbeitrag ab 2019 nicht mehr anheben. Überschüssige Beitragseinnahmen müssen ab 2020 über einen Zeitraum von drei Jahren durch Senken des Zusatzbeitrages abgebaut werden. Diese Frist kann um maximal zwei Jahre verlängert werden. Voraussetzung ist eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) bis zum 31. Dezember 2019.
- Bestehen bei einer Kasse trotz Senkung des Zusatzbeitrages nach fünf Jahren immer noch Finanzreserven, müssen diese an den Gesundheitsfonds abgeführt werden.
- Kassen werden verpflichtet, Versicherte mit Anspruch auf Leistungen der Künstler-sozialkasse bei zweimonatigem Beitragsrückstand zu informieren, dass sie im Fall einer Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge beim Sozialleistungsträger beantragen können.
- Kassen werden verpflichtet, die freiwillige Mitgliedschaft von Versicherten zu beenden, wenn diese unbekannt verzogen und nicht mehr erreichbar sind, seit sechs Monaten keine Beiträge mehr zahlen und keine Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch genommen haben, ohne sich abgemeldet zu haben (bisher: Weiterversicherungszwang zum Höchstbetrag). Diese Regelung gilt rückwirkend bis ins Jahr 2013.
- Der Aktienanteil an Anlagen, mit denen die gesetzlichen Krankenkassen ihre betrieb-sinternen Altersrückstellungen absichern, wird von zehn auf 20 Prozent erhöht.
- Krankenkassen werden verpflichtet, für freiwillige Mitglieder, die keine Einkommens-belege geliefert haben und für die deshalb der Höchstbeitrag angesetzt wurde, die Beiträge auf Antrag rückwirkend neu zu berechnen. Die freiwillig Versicherten haben nach Ansetzen des Höchstbeitrages bis zu zwölf Monate Zeit, geeignete Einkommens-nachweise nachzureichen

BUNDESGESETZBLATT

[www.bgbl.de](http://www.bgbl.de) > Teil I > 2019 > Nr. 18 vom 10.05.2019





## Kurzmeldungen

### Höhere Altersgrenze lässt Pillen-Verordnungen steigen

04.08.21 (ams). Erstmals seit zehn Jahren haben Ärzte im vergangenen Jahr Mädchen und Frauen wieder mehr Pillen zur Verhütung verordnet. Das zeigt eine aktuelle Analyse der GKV-Verordnungsdaten durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO). Demnach lag der Verordnungsanteil bei gesetzlich Versicherten bei 35 Prozent und damit um etwa drei Prozentpunkte über dem bisherigen Tiefststand 2019. Grund dafür sei allerdings allein die Erhöhung der Altersgrenze für die Erstattung empfängnisverhütender Präparate von 20 auf 22 Jahre seit Juli 2019, erläuterte Eike Eymers, Ärztin im Stab Medizin des AOK-Bundesverbandes. Sorge bereitet Experten der unverändert hohe Anteil der Präparate mit einem höheren Risiko von Thrombosen und Embolien.

[WEITERE INFORMATIONEN](#)

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



### Klinik-Fallzahlen auch in der dritten Corona-Welle rückläufig

29.07.21 (ams). Von März bis Mai 2021 registrierten die Krankenhäuser insgesamt 16 Prozent weniger Behandlungsfälle als im Vergleichszeitraum 2019. Im Juni 2021 lagen die Fallzahlen nur noch fünf Prozent unter dem Niveau von Juni 2019. Das zeigt eine aktuelle Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Damit vollzieht sich der Rückgang nicht mehr ganz so stark wie noch während der ersten beiden Pandemie-Wellen. Von Oktober 2020 bis Februar 2021 betrug das Minus 20 Prozent, im Frühjahr 2020 sogar 27 Prozent. „Bei Krankenhausbehandlungen zu Indikationen wie Diabetes, Herzinsuffizienz oder der chronischen Lungenerkrankung COPD, die auch von entsprechend qualifizierten niedergelassenen Ärzten behandelt werden können, sehen wir weiterhin sehr starke Einbrüche von bis zu 50 Prozent“, so WiDO-Geschäftsführer Jürgen Klauber.

[WEITERE INFORMATIONEN](#)

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



### Dr. Carola Reimann übernimmt 2022 den Vorstandsvorsitz

28.07.28 (ams). Der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes hat Dr. Carola Reimann für sechs Jahre zur Vorstandsvorsitzenden gewählt. Die ehemalige Ministerin für Gesundheit, Soziales und Gleichstellung in Niedersachsen tritt ihr neues Amt am 1. Januar 2022 an. Reimann folgt auf Martin Litsch, der Ende des Jahres in den Ruhestand geht. Als Gesundheitspolitikerin mit über 20-jähriger Erfahrung verfüge Reimann über entsprechend viel Kompetenz und kenne die Herausforderungen, kommentierten die beiden Aufsichtsratsvorsitzenden Dr. Volker Hansen und Knut Lambertin die einstimmige Entscheidung.

[WEITERE INFORMATIONEN](#)

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





**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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_