

# AOK-MEDIENSERVICE

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

08/23 POLITIK

 @AOK\_Politik

DigiG und GDNG

**Zwei Digital-Gesetze mit Potenzial** ..... 2

ams-Grafik

**DiGA-Verordnungen steigen** ..... 5

ams-Interview mit Dr. Jürgen Malzahn zum Implantateregister

**„Im Grunde brauchen wir einen Neustart“** ..... 6

EU-Ticker

**EU-will Antibiotika-Verfügbarkeit  
im Winter sicherstellen** ..... 8

Zahl des Monats

**Um sieben Prozent ...** ..... 11

Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss ..... 12

Gesetzgebungskalender ..... 14

Kurzmeldungen ..... 18

Herausgeber: Pressestelle des AOK-Bundesverbandes, Berlin  
Redaktion: AOK-Mediendienst, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Bernhard Hoffmann (verantwortlich),  
Ralf Breitgoff, Barbara Huhn, Telefon: 030/220 11-200, Telefax: 030/220 11-105, Grafik: Kerstin Conradi  
E-Mail: aok-mediendienst@bv.aok.de, Internet: www.aok-presse.de

DigiG und GDNG

## Zwei Digital-Gesetze mit Potenzial

17.08.23 (ams). Im März 2023 präsentierte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Eckpunkte seiner Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen. Ende Juli beziehungsweise Anfang August hat sein Ministerium nun zwei Gesetzentwürfe vorgelegt, die zu tragenden Säulen der Digitalisierung werden sollen. Das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) regelt, wie die digitalisierte Versorgung in Zukunft aussehen soll und beinhaltet unter anderem Regelungen zur umfassenden Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA). Der Titel des Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (GDNG) spricht für sich selbst. Beide Gesetzesvorlagen sind aus Sicht des AOK-Bundesverbandes in der Lage, das Gesundheitswesen in Deutschland entscheidend weiterzuentwickeln und die Versorgung der Patientinnen und Patienten deutlich zu verbessern. Doch es gibt auch Kritikpunkte.

Nach Einschätzung des AOK-Bundesverbandes können beide Gesetze die digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege tatsächlich beschleunigen und der Digitalisierung endlich den nötigen Schub geben. Der geplante Ausbau der elektronischen Patientenakte etwa könne wie „ein Katalysator wirken“ und biete einen „echten Mehrwert für Patienten und Ärzte“, sagte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, anlässlich der Fachanhörung zum DigiG. Die Einführung des Opt-out-Verfahrens, wonach Versicherte der Nutzung der Akte aktiv widersprechen müssen, wenn sie diese nicht nutzen möchten, sei in Kombination mit dem geplanten vereinfachten Authentifizierungs-Verfahren für die ePA ein echter Fortschritt.

### Doppelstrukturen bei der ePA vermeiden

Durch die Vereinheitlichung des Zugangs zur E-Rezept-App über das ePA-Frontend werde der Ausbau der elektronischen Patientenakte zur zentralen Versichertenplattform weiter vorangetrieben. Dazu trage auch die Speicherung der elektronischen Patientenkurzakte und des Medikationsplans in der ePA bei. Gleichzeitig macht die AOK in ihrer Stellungnahme deutlich, dass ihr die Pläne noch nicht weit genug gehen: „Es wäre konsequent, diesen Ansatz auch auf die Notfalldaten auszuweiten. Die schon heute existierende Möglichkeit zur Speicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wird de facto kaum genutzt und sorgt für unnötige bürokratische Aufwände bei den Kassen.“ Auch das Problem eines einfachen initialen Zugangs der Versicherten zur ePA bleibe nach wie vor ungelöst. Die Doppelstruktur von eGK und PIN sollte deshalb nach Ansicht des AOK-Bundesverbandes vom neuen elektronischen Personalausweis abgelöst werden. „Ein einfaches Verfahren erleichtert den Zugang für die Versicherten und verhindert den unwirtschaftlichen Einsatz von Versicherten-geldern“, so das Argument.

Die Ausweitung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs) auf Medizinprodukte höherer Risikoklassen lehnt die AOK ab. „Die Anwendung risikobehafteter DiGAs ohne Nutznachweis gefährden die Patientensicherheit“, warnte Carola Reimann. Darüber hinaus habe sich die Erwartung, DiGAs könnten die Versorgung der Versicherten sinnvoll ergänzen und verbessern, abgesehen von einigen Ausnahmen bislang nicht erfüllt, konstatiert die Stellungnahme. „Mehr Versorgungsrelevanz würde dieser Leistungsbereich hingegen erlangen, wenn an den zentralen Rahmenbedingungen wie Markteintritt und Preisbildung entscheidend nachgebessert wird“. Stattdessen setze der Referentenentwurf weiter auf „Privilegierung der DiGAs“, auch zu Lasten der Patientensicherheit.

Ähnlich kritisch ist die AOK-Haltung hinsichtlich der unbefristeten Fortführung des Innovationsfonds. „Der Innovationsausschuss hat seit seiner Einführung 2016 bis zur Jahresmitte 2023 Förderzusagen in Höhe von über 1,6 Milliarden Euro ausgesprochen. Trotz dieses hohen Betrags fallen die Auswirkungen auf die mit dem Fonds angestrebte qualitative Weiterentwicklung der GKV-Versorgung bisher eher überschaubar aus“, urteilt der Verband.

## Bei der Gesundheitsdatennutzung hinkt Deutschland im internationalen Vergleich hinterher

Das zweite vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegt Digitalgesetz begrüßt der AOK-Bundesverband ebenfalls in weiten Teilen: Der Referentenentwurf zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GNDG) biete eine gute Grundlage, um die vorliegenden Gesundheitsdaten künftig noch systematischer und effektiver für die Verbesserung der Versorgung und für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu nutzen. „Hier hinken wir im internationalen Vergleich hinterher“, kritisierte Verbandschefin Reimann. Die Stellungnahme zur Fachanhörung verweist insbesondere auf die im Entwurf vorgesehene Möglichkeit, Daten aus dem Forschungsdatenzentrum und jenen aus den Krebsregistern miteinander zu verknüpfen. Die Studie zur Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) habe das Potenzial solcher Daten-Verknüpfungen bereits eindrucksvoll gezeigt. Auch der Plan, den Krankenkassen die Nutzung von Daten ihrer Versicherten zur Gesundheitsförderung zu ermöglichen, wird vom AOK-Bundesverband ausdrücklich als „Mehrwert“ begrüßt.

Kritisch sieht die AOK etwa die geplante Vorab-Übermittlung ungeprüfter Daten aus der ambulanten Versorgung. „Dadurch würde der Zweck von Abrechnungsdaten, die primär der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Vergütung dienen ad absurdum geführt.“ Reimann betonte aus Anlass der Fachanhörung zudem, dass die Nutzung sensibler Gesundheitsdaten einen klar definierten Rahmen brauche. Die Option, die Daten aus dem Forschungsdatenzentrum auf Antrag auch für kommerzielle Forschungsvorhaben zur Verfügung zu stellen, wie unter anderem vom Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH) begrüßt wurde, lehnt die AOK ab: „Datenspenden für die kommerzielle Forschung genießen Umfragen zufolge nur eine geringe Zustimmung in der Bevölkerung. Durch die geplante Erweiterung des Kreises der Nutzerinnen und Nutzer könnte dadurch das Vertrauen in die Gesundheitsdigitalisierung unterminiert werden.“

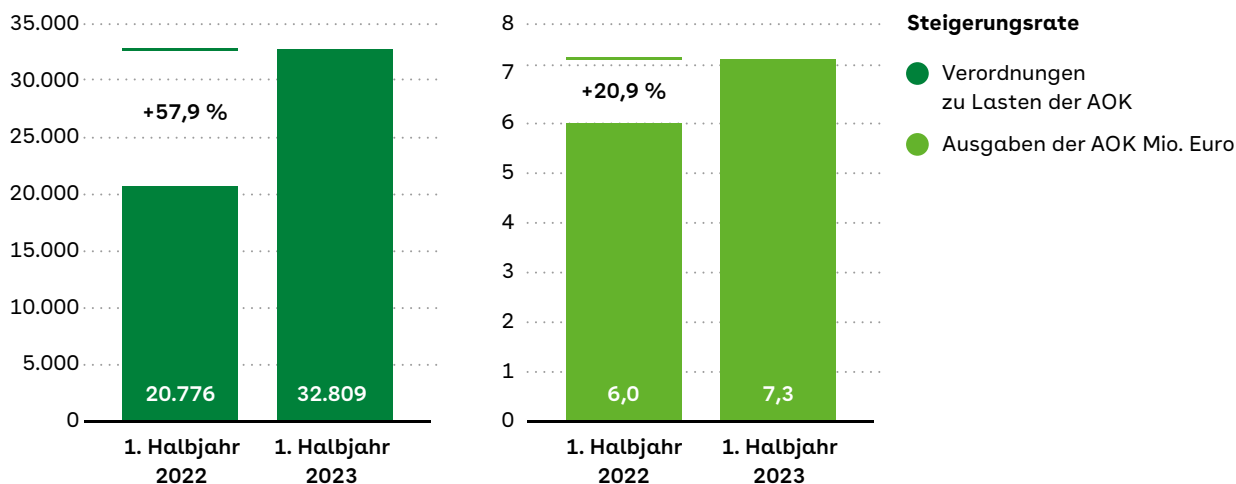
In seiner Stellungnahme hinterfragt der AOK-Bundesverband auch die Erweiterung der aufsichtsrechtlichen Kompetenzen des Bundesdatenschutzbeauftragten. Er soll künftig auch für die Datenschutz-Aufsicht über die landesunmittelbaren Krankenkassen und die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig sein. „Das Ergebnis der vorgeschlagenen Regelung würde zu einer Aufteilung der Aufsicht gegenüber den landesunmittelbaren Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen führen: Die Datenschutzaufsicht würde dann einer Bundesbehörde obliegen, während die allgemeine Aufsicht weiterhin beim jeweiligen Land liegen würde.“ Dies könne „Abstimmungsprobleme und Kompetenzgerangel“ verursachen, so AOK-Vorständin Reimann.

**Weitere Informationen auch im Gesetzgebungskalender ab Seite 14**

---

ams Grafik

### DiGA-Verordnungen steigen



Quelle: AOK-Bundesverband; Grafik: AOK-Mediendienst

Seit Oktober 2020 dürfen Ärzte und Psychotherapeuten Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschreiben. Seitdem verzeichnete die AOK-Gemeinschaft einen Zuwachs an Verordnungen und damit einhergehend einen Anstieg der Ausgaben. Dabei ist der Nutzen nicht immer von Beginn an geklärt. DiGAs müssen nicht wie etwa neue Arzneimittel ein Bewertungsverfahren durchlaufen, was die AOK aus Gründen der Patientensicherheit immer wieder scharf kritisiert hat.

Die im Vergleich zur Menge der Verordnungen niedriger ausfallende Steigerung der Ausgaben ist vor allem auf die abgesenkten Preise nach dem ersten Jahr der Leistung der DiGAs zurückzuführen. In Folge der durchgeführten Verhandlungen und Schiedssprüche konnten die ursprünglich von den Herstellern geforderten Preise damit deutlich reduziert werden.

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

Drei Fragen an Dr. Jürgen Malzahn zum Implantate-Re

## „Im Grunde brauchen wir einen Neustart“

10.08.23 (ams). Das Bundesgesundheitsministerium hat den Entwurf einer Gebührenordnung für das geplante Implantateregister vorgelegt. Dr. Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband, kritisiert den bürokratischen Aufwand, der durch diese Gebührenordnung droht. Das eigentliche Problem seien aber grundsätzliche Mängel im 2019 verabschiedeten Gesetz zur Errichtung des Implantateregisters Deutschland, sagt er im Gespräch mit dem AOK-Medienservice (ams).

**Herr Dr. Malzahn, der AOK-Bundesverband übt in seiner Stellungnahme deutliche Kritik am aktuell vorgelegten Entwurf für eine Gebührenordnung zum geplanten bundesweiten Implantateregister. Wo sehen Sie die Probleme?**

**Malzahn:** Das Hauptproblem ist, dass die Umsetzung dieser Gebührenordnung zu einem riesigen Bürokratieaufwand führen wird. Es sind eine ganze Reihe von komplizierten und aus unserer Sicht unnötigen Verwaltungsakten zur Abrechnung der entstehenden Kosten vorgesehen, die die Akzeptanz des Implantateregisters bei den Beteiligten nicht gerade fördern werden – im Gegenteil, durch diesen Bürokratie-Wust erweist man der guten Sache einen Bärendienst. In unserer Stellungnahme machen wir konkrete Vorschläge, wie man die Prozesse aufwandsärmer organisieren könnte. Denn wenn wir das Ziel der Entbürokratisierung im Gesundheitswesen ernst nehmen, dürfen wir auch keine neue, vermeidbare Bürokratie schaffen. Grundsätzlich sehen wir es kritisch, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für das Implantateregister tragen sollen. Sie sollten eigentlich aus Steuermitteln finanziert werden, weil alle Bürgerinnen und Bürger von den Vorteilen eines Implantateregisters profitieren werden.

**Der Gesetzgeber setzt mit der aktuell vorgelegten Gebührenordnung ja Verfahrens-Vorgaben aus dem Gesetz zur Errichtung des Implantateregisters um. Ist das nicht einfach nur ein notwendiger nächster Schritt im Prozess?**

**Malzahn:** Formal gesehen ist das richtig. Die Gebührenordnung ist ein weiteres Detail in der Umsetzung der Verfahrenswege, die 2019 im Implantateregister-Gesetz festgelegt worden sind. Mit jedem Schritt der Umsetzung wird aber deutlicher, was wir schon vor vier Jahren kritisiert haben: Das ganze Gesetz hat grundsätzliche Konstruktionsfehler und Mängel. Vor allem der Datenfluss an das Implantateregister müsste aus unserer Sicht ganz anders gestalten werden. Es wäre beispielsweise wichtig, dass die Produkt-Identifikationsnummer eines Implantates von den Leistungserbringern direkt an die Krankenkassen übermittelt wird. Die Kassen könnten auf dieser Basis dann einen Gesamt-Datensatz inklusive Informationen zu Vorerkrankungen und Vorab-OPs der Patientinnen und Patienten an das Implantateregister schicken. Die stärkere Berücksichtigung der Abrechnungsdaten der Kassen würde die Krankenhäuser entlasten und wertvolle Zusatzinformationen liefern. Das würde die Validität und Qualität der Daten im Vergleich zum jetzt vorgesehenen Verfahren deutlich verbessern.



**Dr. Jürgen Malzahn**

leitet die Abteilung Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband

**In ihrer Stellungnahme fordert die AOK auch, dass die Daten aus dem freiwilligen Endoprothesenregister Deutschland in das Implantateregister einfließen sollen. Wie ist der Stand bei diesem Thema?**

**Mahlzahn:** Das Endoprothesenregister Deutschland sammelt seit zehn Jahren erfolgreich Daten zu Implantaten und bereitet die Ergebnisse nutzbringend auf. Die AOK war hier von Anfang an als Partner beteiligt und hat sich für dieses erfolgreiche Projekt engagiert. Bisher gibt es aber noch keine Lösung für die Berücksichtigung der bereits vorliegenden EPRD-Daten im verpflichtenden Implantateregister. Aus unserer Sicht wäre fahrlässig, auf diesen Datenschatz zu verzichten. Das würde auf Kosten der Patientensicherheit gehen und zu immensen Informationsverlusten bei Implantat-Herstellern und Krankenkassen sowie in der Forschung führen. Das kann eigentlich keiner wollen, daher bin ich optimistisch, dass es hier eine Lösung geben wird. Am besten wäre es, wenn der Gesetzgeber die Aufgaben des gesetzlichen Implantateregisters zumindest für einen Übergangs-Zeitraum von beispielsweise fünf Jahren auf das EPRD übertragen würde. Diese Form der Beleihung, also der Übertragung hoheitlicher Aufgaben, ist keineswegs unüblich. So wird beispielsweise die Sicherheitsüberprüfung der Kraftfahrzeuge in Deutschland nicht vom Bundesverkehrsministerium durchgeführt, sondern man hat den TÜV damit beauftragt.

**Der Referentenentwurf zur Gebührenordnung:**  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Ministerium > Gesetze und Verordnungen



**Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Stellungnahmen



EU-Ticker

## EU will Antibiotika-Verfügbarkeit im Winter sicherstellen

15.08.23 (ams). Die EU-Kommission hat gemeinsam mit der Leitungsgruppe der nationalen Arzneimittelbehörden (HMA) und der EU-Arzneimittelagentur (EMA) Empfehlungen erarbeitet, die zu einer sicheren Versorgung mit wichtigen Antibiotika zur Behandlung von Atemwegsinfektionen im kommenden Winter beitragen sollen. Dazu gehört insbesondere eine Ausweitung der Produktion in Zusammenarbeit mit den Herstellern der Medikamente. Zudem sollen Angebot und Nachfrage in diesem Bereich besser als bisher überwacht werden. „Diese frühen Prognosen werden es dem europäischen Arzneimittelregulierungsnetz ermöglichen, mit den Interessengruppen zusammenzuarbeiten, um im Voraus Maßnahmen zu ergreifen und mögliche Engpässe für die Patienten in der kommenden Wintersaison zu verhindern“, sagte der amtierende HMA-Vorsitzende und Präsident des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, Karl Broich.

Die Kommission rief alle Beteiligten dazu auf, Antibiotika mit Bedacht und nur zur Behandlung bakterieller Infektionen einzusetzen. Sie warnte zudem davor, Vorräte anzulegen. Eine Bevorratung könne „die Versorgung weiter belasten und Engpässe verursachen oder verschlimmern“.

Die Empfehlungen und daraus abzuleitende Maßnahmen wurden laut Kommission bei gesundheitlichen Notlagen (HERA) mit den Gesundheitsministerien der Mitgliedstaaten und Vertretern der Arzneimittelindustrie erörtert.

Weiterführende Infos der EU-Kommission:  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > weitere Nachrichten



## Verwendung von Zahn-Amalgam ab 2025 endgültig verboten

15.08.23 (ams). In den 27 Mitgliedsländern der Europäischen Union soll die Verwendung von quecksilberhaltigem Zahn-Amalgam spätestens ab 2025 vollständig verboten sein. Das sieht die von der EU-Kommission überarbeitete Quecksilber-Verordnung vor. Sie beinhaltet neben dem Aus für Zahnfüllungen aus Amalgam ab dem 1. Januar 2025 auch das Verbot der Herstellung und Ausfuhr von Zahn-Amalgam zum gleichen Zeitpunkt. Damit setzt die EU-Kommission das 2013 vereinbarte und 2017 in Kraft getretene internationale Minamata-Abkommen zum Schutz der menschlichen Gesundheit und der Umwelt vor der Freisetzung von Quecksilber und Quecksilberverbindungen in Luft, Wasser und Boden um. Der Europäische Rat und das Europaparlament müssen diesem Rechtsakt noch formal zustimmen. Laut Kommission werden in der EU immer noch rund 40 Tonnen Quecksilber jährlich für Zahn-Amalgam verbraucht. Das Material ist ein Gemisch aus Quecksilber, Silber, Kupfer



und Zinn. „Quecksilber ist eine hochgiftige Chemikalie, die eine Bedrohung für die menschliche Gesundheit und für die Umwelt darstellt. Es ist an der Zeit, dem ein Ende zu setzen“, sagte EU-Umweltkommissar Virginijus Sinkevičius. Es gebe praktikable quecksilberfreie Alternativen. Bereits die geltende EU-Quecksilberverordnung von 2017 schränkt die zahnärztliche Verwendung von Amalgam ein. Es darf bei Kindern bis 15 Jahre, bei Schwangeren, stillenden Müttern und weiteren Risikogruppen nicht eingesetzt werden. In Deutschland wurden Amalgamfüllungen bereits seit den 1990er Jahren bei Kindern bis sechs Jahre und Schwangeren nicht mehr genutzt. Seit 2019 darf in der EU Dentalamalgam durch Zahnärzte nur noch verkapselt verwendet werden. Zahnärzte und Labore sind zu einer sachgerechten Entsorgung durch Amalgamabscheider verpflichtet. Nach Angaben der Bundeszahnärztekammer liegt der Anteil der Amalgam-Füllungen in Deutschland bereits seit mehr als zehn Jahren unter zehn Prozent.

Presseinfo der EU-Kommission:  
[germany.representation.ec.europa.eu](http://germany.representation.ec.europa.eu)  
> Aktuelle Meldungen

Infos des Bundesumweltministeriums zum Minimata-Abkommen:  
[www.bmu.de](http://www.bmu.de)  
> Themen > Gesundheit-Chemikalien



## Europaparlament verabschiedet Entschließung zu Lehren aus der Covid-19-Pandemie

15.08.23 (ams). Das Europäische Parlament hat den Abschlussbericht des Covid-19-Sonderausschusses gebilligt und als Entschließung verabschiedet. 385 Abgeordnete stimmten dem 100-Seiten-Report zu, 193 lehnten ihn ab, 63 enthielten sich. Die Parlamentsdebatte Mitte Juli drehte sich vor allem um Unklarheiten bei der Impfstoffbeschaffung durch die EU-Kommission, Fragen des Patentschutzes und die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Long- und Post-Covid-Erkrankungen. Aus Sicht des Sonderausschusses war die EU auf die Corona-Pandemie nicht vorbereitet. So habe es zunächst an ausreichender Solidarität mit den ersten vom Virus betroffenen Ländern und an einem „unmittelbar koordinierten europäischen Ansatz für Maßnahmen und Gesundheitskonzepte“ gefehlt. Trotz der „Unzulänglichkeiten und Lücken bei Gesundheitsförderung, Prävention, Vorsorge und Reaktion“ habe es die EU im Verlauf der Krise jedoch geschafft, eine „gemeinsame Antwort auf die Pandemie“ zu entwickeln und die „rasche Entwicklung und gerechte Verteilung eines Portfolios verschiedener Impfstoffe auf dem europäischen Kontinent und weltweit sicherzustellen“. Viele Angehörige der Gesundheitsberufe, Mitarbeiter systemrelevanter Einrichtungen und Freiwillige hätten „ihr Leben und ihre Gesundheit geopfert, um die europäische Bevölkerung während der Pandemie zu schützen“. Als Konsequenz aus der Pandemie fordern die Europaabgeordneten mehr Investitionen in eine widerstandsfähigere Gesundheitsversorgung sowie in die medizinische Forschung- und Entwicklung. Nötig seien zudem Überwachungspläne für mögliche neue Gesundheitsbedrohungen, transparente Produktions- und Lieferketten sowie mehr strategische Autonomie der EU im Bereich wichtiger Medikamente. In der Krise habe sich zudem die große Bedeutung der Digitalisierung gezeigt. Der Bericht beleuchtet auch

die Beeinträchtigung der Grundrechte während der Pandemie sowie wirtschaftliche, soziale und kulturelle Aspekte, darunter insbesondere die Folgen der Lockdown-Phasen für den Bildungsbereich. Das Europaparlament hatte den Sonderausschuss im März 2022 eingesetzt. In ihrer 15-monatigen Tätigkeit hatten die Ausschussmitglieder zahlreiche Politiker, Wissenschaftler und Vertreter der Gesundheitsbehörden befragt. In der auf dem Abschlussbericht fußenden Entschließung fordert das Europaparlament auch einen europäischen Gedenktag für die Opfer der Covid-19-Pandemie.

**Entschließung des Europaparlamentes:**

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

> Plenum > Angenommene Texte > P9\_TA(2023)0282



## Besserer Schutz vor Krebsgefahr durch Formaldehyd

15.08.23 (ams). Die EU-Kommission hat strengere Grenzwerte für den krebserregenden Stoff Formaldehyd in einer Reihe von Konsumgütern festgelegt. Dies betrifft unter anderem Möbel, Holzwerkstoffe, Bauprodukte oder die Innenausstattung von Autos. Für diese Produkte gilt nach einer Übergangszeit ein Grenzwert von 0,062 Milligramm je Kubikmeter Innenraumluft. „Für alle anderen Artikel wie Textilien, Leder, Kunststoffe, Baumaterialien oder elektronische Produkte gilt ein Grenzwert von 0,08 mg/m<sup>3</sup>“, teilte die Kommission mit. Damit werde „ein hohes Schutzniveau für die menschliche Gesundheit gewährleistet und gleichzeitig die sozioökonomische Belastung und der Bedarf an technologischen Änderungen für eine Vielzahl von Industrien und Sektoren begrenzt“. Die Hersteller haben jetzt drei Jahre Zeit zur Umstellung auf die neuen Vorgaben. Für Fahrzeuge gilt eine Übergangsfrist von vier Jahren. „Damit bleibt den Beteiligten genügend Zeit, um die Beschränkungsvorschriften umzusetzen, einschlägige Analysemethoden zur Prüfung der Formaldehydemissionen zu entwickeln und formaldehydfreie oder formaldehydarme Produkte einzuführen“, so die EU-Kommission.

**Presseinfo der EU-Kommission zu den Formaldehyd-Grenzwerten:**

[germany.representation.ec.europa.eu](http://germany.representation.ec.europa.eu) > Aktuelle Meldungen



Zahl des Monats

## Um sieben Prozent

14.07.23 (ams) ... ist die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge in der Pflege 2022 verglichen 2021 laut Statistischem Bundesamt (Destatis) gesunken. Nur rund 52.100 Auszubildende begannen im vergangenen Jahr eine Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann. Über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg waren zum Jahresende 2022 insgesamt rund 143.100 Personen in dieser Berufsausbildung.

Frauen sind in der Pflegeausbildung mit einem Anteil von 74 Prozent weiter überrepräsentiert. Im Jahr 2022 standen 38.600 neue weibliche Auszubildende 13.500 männlichen gegenüber. Das Durchschnittsalter bei Ausbildungsbeginn lag 2022 bei 21 Jahren. Allerdings wird die Ausbildung in der Pflege laut Destatis häufig auch im mittleren Alter begonnen. So starteten elf Prozent der Auszubildenden 2022 erst im Alter von 30 bis 39 Jahren. Weitere sieben Prozent waren bei Ausbildungsstart sogar 40 Jahre und älter.

Die dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft wird seit 2020 angeboten. Sie ersetzt die drei bis dato getrennten Ausbildungswege zur Kranken-, Kinder- und Altenpflegekraft. Damit sollte die Pflegeausbildung moderner und attraktiver werden, um den Fachkräftemangel in diesem Bereich zu lindern. Kritiker der Reform beklagen jedoch den mangelnden Tiefgang der generalistischen Ausbildung, der unter anderem zu Personalmangel in der stark spezialisierten Kinderkrankenpflege führe.

Der Bedarf an Pflegepersonal wird in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Allein durch den demografischen Wandel werde die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland bis 2055 um 37 Prozent steigen, berechnete Destatis im März. Die von der Ampelregierung geplante Klinikreform soll helfen, das knappe Pflegepersonal sinnvoller zu verteilen, indem Standorte konzentriert und Häuser geschlossen werden. Der AOK-Bundesverband sieht das Reformvorhaben als einen Weg, neben der Qualität auch die Personalsituation in den Kliniken anzugehen. „Auch der Fachkräftemangel wird sich durch eine Konzentration der Versorgung verbessern,“ erklärte Verbandschefin Dr. Carola Reimann bei „Table Media“. Besonders in den Ballungsräumen gebe es viele kleine, unwirtschaftliche Kliniken.

**Aktuelle Destatis-Auswertung und Bedarfsanalyse vom März:**

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

> Presse > Pressemitteilungen

**Dr. Carola Reimann bei „Table-Media“:**

[www.table.media](http://www.table.media)

> Analyse



## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### GBA verteidigt neue Mindestmengen bei Frühchen

Für die Versorgung von Frühgeborenen gelten ab 2024 neue Mindestmengen für die Krankenhäuser. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) verteidigt seinen Beschluss, dass Frühchen, die bei Geburt weniger als 1.250 Gramm wiegen, ab dem kommenden Jahr nur noch in Kliniken versorgt werden können, die jährlich mindestens 25 solcher Fälle betreuen. „Mindestmengen retten (...) Menschenleben“, betonte der unparteiische GBA-Vorsitzende Josef Hecken. Sie seien ein grundlegendes und unverzichtbares Element der Qualitätssicherung, die helfen würden, die Zahl von Todesfällen und Komplikationen zu senken. Acht Bundesländer hatten den GBA aufgefordert, die neue Vorgabe für 2024 auszusetzen. Momentan beträgt die vorgeschriebene Mindestmenge bei der Betreuung von Neugeborenen unter 1.250 Gramm noch 20 Fälle pro Jahr. Der GBA wies die Befürchtungen der Länder zurück, die Anhebung der Mindestmengen könnte die flächendeckende Versorgung gefährden, weil ab 2024 Standorte schließen müssten, die die neuen Anforderungen nicht erfüllten. Teilweise sei es richtig, dass Schwangere längere Fahrtzeiten auf sich nehmen müssten, konstatierte der GBA. Dies führe aber zu keiner Gefährdung des Kindes. „Die Wegezeiten erhöhen sich im Durchschnitt je nach Berechnungsmodell moderat“, sagte Karin Maag, GBA-Mitglied für Qualitätssicherung. Die Hälfte aller Patientinnen müsse rechnerisch lediglich eine Minute länger fahren. Der Beschluss aus dem Jahr 2020, die Mindestmenge schrittweise auf 25 pro Klinikstandort hochzusetzen, sei „maßvoll“. Die mehrjährige Übergangszeit habe den Bundesländern zudem Zeit für eine entsprechende Planung bei den Geburtskliniken gegeben. Der GBA wies darauf hin, dass 99 Prozent aller Geburten in Deutschland von der Mindestmengenregelung unberührt seien. Von den betroffenen knapp ein Prozent der Geburten, bei denen das Kind unter 1.250 Gramm wiege, seien lediglich zwei bis drei Prozent Notfälle.

### Sonderbericht gibt Überblick über Qualitätssicherung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) gibt mit seinem aktuellen Sonderbericht einen Überblick über den aktuellen Stand der Qualitätssicherung und ihre Wirkung auf die Patientenversorgung. „Wir wollen, dass Patientinnen und Patienten sich darauf verlassen können, dass sie überall in Deutschland gut und sicher in Krankenhäusern, Arzt- und Zahnarztpraxen versorgt werden. Das ist das Kernziel unserer Qualitätssicherung“, erklärte Karin Maag, unparteiisches Mitglied des GBA und Verantwortliche für den Bereich Qualitätssicherung. Dies beinhalte unter anderem, Patientinnen und Patienten mit den nötigen Informationen zu versorgen, damit sie „gut informiert für ihre Gesundheit Entscheidungen treffen“ könnten. „Dafür steht in der Qualitätssicherung der Anspruch von Versicherten auf eine ärztliche Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen. Zugang zu Informationen zu erhalten, ist auch die Idee hinter den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, die dabei helfen, das richtige Krankenhaus für eine Behandlung auszuwählen“, verdeutlichte Maag.

Der GBA ist das höchste Beschlussgremium im deutschen Gesundheitswesen. In ihm arbeiten Vertreterinnen und Vertreter von Leistungserbringern und der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie von Patientenorganisationen zusammen, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Darüber hinaus bringen sich weitere Organisationen und Verbände beispielsweise über Stellungnahmen in den Entscheidungsprozess ein.

Weitere Informationen zur Arbeit des GBA:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Für das Cannabisgesetz (CanG) liegt inzwischen der Kabinettsentwurf vor. Er unterscheidet sich kaum vom Referentenentwurf. Allerdings werden die gesetzlichen Regelungen zu den Modellregionen ausgeklammert und werden in einem bereits angekündigten Cannabis-Gesetz II formuliert. Zwei Gesetze sollen die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranbringen. Nach dem „Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG)“ gibt es inzwischen auch einen finalen Referentenentwurf für das „Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten“ (GDNG). Das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (GVSG), ist weiterhin nicht über den Status eines ersten Arbeitsentwurfs hinausgekommen. (Stand: 16. August). Das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) ist unterdessen in Kraft getreten. Die wichtigsten Reformgesetze seit 1989 auch im Internet: [www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de)

### Cannabisgesetz (CanG)

Der Kabinettsentwurf folgt in den wesentlichen Punkten den Regelungen des Referentenentwurfs zur teilweisen Legalisierung des Anbaus und Konsums von Cannabis. Im Zuge des Cannabisgesetzes will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach auch Schwangere und Kinder vor den Gefahren des Passivrauchens im Auto besser schützen. Ein Passus im Gesetz sieht die Ergänzung des Nichtraucherschutzgesetzes vor. Der Bundesrat hatte bereits 2019 und dann noch einmal 2022 ein Rauchverbot im Auto gefordert, wenn Kinder und Schwangere im Auto sitzen.

Darüber hinaus konkretisiert der Gesetzentwurf die bereits bekannten Pläne zur teilweisen Legalisierung von Cannabis vom April 2023. Der Besitz von bis zu 25 Gramm Cannabis und der private Anbau von bis zu drei Pflanzen soll künftig für Erwachsene straffrei bleiben. Nach Vorbild Spaniens und Maltas sollen zudem nicht-kommerzielle „Cannabis-Clubs“ die Droge legal anbauen und in begrenzter Menge an Mitglieder abgeben dürfen. Die Mitglieder müssen volljährig sein. Wer älter als 21 ist, soll maximal 50 Gramm Cannabis pro Monat erhalten, Mitglieder bis 21 Jahren 30 Gramm. Die Kontrolle der Clubs überträgt der Gesetzentwurf den Ländern.

Der ursprünglich geplante bundesweit freie Verkauf von Cannabis wird wegen Rechtsbedenken aus der EU auf Modellregionen beschränkt. Die entsprechenden Regelungen sollen in einem eigenen Gesetz formuliert werden. Der Referentenentwurf dazu ist für den Herbst angekündigt. Parallel sollen die Effekte auf den Jugend- und Gesundheitsschutz sowie den Schwarzmarkt wissenschaftlich untersucht werden.

Das Rauchverbot erstreckt sich laut Entwurf auf alle Tabakprodukte, auch auf die „Benutzung von elektronischen Zigaretten und erhitzten Tabakerzeugnissen sowie von Geräten zur Verdampfung von Tabak- und Cannabisprodukten“. Bereits eine Zigarette lasse die Konzentration von Rauchpartikeln und Nikotin im Fahrzeug rapide

ansteigen. Das gelte auch für E-Zigaretten, Tabakerhitzer und Cannabis, heißt es zur Begründung. Die Folge seien mitunter tödliche Erkrankungen wie Krebs, schwere Herz- und Lungenleiden, ein Schlaganfall oder das erhöhte Risiko für den plötzlichen Kindstod.

Der Kabinettsentwurf:  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Ministerium > Gesetze und Verordnungen



## Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG)

Laut Referententwurf sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, ihren Versicherten ab dem 15. Januar 2025 eine elektronische Patientenakte (ePA) bereitzustellen. Wer die ePA nicht haben will, müsste aktiv widersprechen (Opt-out-Regel). Die digitale Akte soll zunächst für digital gestützte Medikationsprozesse, eine Patientenkurzakte und Labordaten-Befunde verwendet werden.

Versicherte sollen einen Anspruch auf die Digitalisierung alter Patientenakten durch ihre Krankenkasse erhalten. Der Entwurf beinhaltet zudem die Weiterentwicklung des elektronischen Rezepts, den Ausbau von Videosprechstunden und Telekonsilen, die Integration von digitalisierten Versorgungsprozessen in die DMP sowie die Verbesserung von Interoperabilität und Cybersicherheit.

Darüberhinaus soll der Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) unbefristet verlängert werden. Ferner sieht der Gesetzentwurf vor, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) auf Medizinprodukte höherer Risikoklassen auszuweiten.

Der Referententwurf:  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Ministerium > Gesetze und Verordnungen



## Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)

Gesundheitskioske, Primärzentren, Gesundheitsregionen: Mit dem Gesetz will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Versorgung vor Ort verbessern und sozial benachteiligten Gruppen einen besseren Zugang zu medizinischen Leistungen verschaffen. Kommunen erhielten mehr Möglichkeiten, „auf die vor Ort bestehenden Bedarfe im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zu reagieren“, heißt es in einem Arbeitsentwurf.

Lauterbach hatte den deutschlandweiten Aufbau von Gesundheitskiosken bereits im August 2022 angekündigt. Bislang existieren nur einige Modellprojekte. Die Einrichtungen sollen laut Entwurf zu 74,5 Prozent von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Die privaten Versicherer sollen 5,5 Prozent tragen, den Rest schultern die Kommunen. Der Gesetzentwurf nennt keine konkrete Anzahl. Die Kosten pro

Kiosk werden mit rund 400.000 Euro pro Jahr beziffert. Lauterbach sprach 2022 „langfristig“ von 1.000 solcher Stützpunkte. Das Initiativrecht für den Aufbau eines Gesundheitskiosks liegt bei den Kommunen.

Trotz der Kosten für die gesetzlich Krankenversicherten sollen die Kioske nach Vorstellung des Ministeriums letztlich Geld sparen. „Über die Leistungen der Gesundheitskioske in den Bereichen Gesundheitsförderung sowie Prävention und die Beratungsleistungen ergeben sich für die gesetzlichen Krankenversicherungen mittel- und langfristig Minderausgaben“, heißt es. Zu den Aufgaben der Kioske gehören unter anderem Beratung und Koordinierung von Gesundheitsleistungen und einfache medizinische Routineaufgaben. Leiten soll die Einrichtung eine Pflegefachkraft.

Ergänzt werden die Kioske durch sogenannte Primärversorgungszentren, wo neben der regulären Versorgung durch den Hausarzt auch ältere, gebrechliche Patienten gezielt betreut werden sollen. Dies soll besonders die ländliche Versorgung verbessern. Entstehende Kosten oder Anzahl der Zentren nennt der Entwurf nicht. Zudem erhalten die Kassen die Möglichkeit, mit den Kommunen einen Gesundheitsregionenvertrag zu schließen. „Über solche Verträge können regionale Aspekte stärker betont und Kommunen aufgrund ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge besser eingebunden werden“, heißt es zur Begründung.

## Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (GDNG)

Mit dem Gesetz will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach dem Entwurf zufolge „bürokratische und organisatorische Hürden bei der Datennutzung“ verringern und die Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten im Sinne eines „ermöglichenden Datenschutzes“ verbessern. Der Entwurf sieht eine zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor. Das Verknüpfen von Daten des Forschungsdatenzentrums und der klinischen Krebsregistern soll ermöglicht und der Anschluss an den geplanten EU-Gesundheitsdatenraum gewährleistet werden. Das Gesetz regelt darüber hinaus die Vorab-Übermittlung ungeprüfter Daten aus der ambulanten Versorgung vor. Auch die Weitergabe von Daten zu kommerziellen Forschungszwecken soll möglich werden

Zuständigkeiten der Landesdatenschutzbeauftragten sollen an den Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit übertragen werden. Das Ministerium erhofft sich dadurch Einsparungen in Millionenhöhe. Lauterbach will den Datenschutz demnach so organisieren, dass nicht die gleiche Datenschutzfrage in allen 16 Bundesländern wiederholt geprüft werden müsse. Geltende datenschutzrechtliche Standards würden vollumfänglich berücksichtigt, heißt es in der Vorlage.

Der Referententwurf:  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Ministerium > Gesetze und Verordnungen





### **Pflegestudium-Stärkungsgesetz (PflStudStG)**

Die Bundesregierung will die akademische Pflegeausbildung auf eine neue Grundlage stellen, die Zahl qualifizierter Pflegefachkräfte erhöhen und die Anerkennung ausländischer Pflege-Abschlüsse erleichtern. Laut dem Referentenentwurf von Bundesgesundheits- und Bundesfamilienministerium soll das Pflegestudium als duales Studium ausgestaltet werden. Hierfür soll die Finanzierung des praktischen Teils in das bestehende Finanzierungssystem der beruflichen Pflegeausbildung integriert werden. Ebenso ist eine Regelung geplant, wonach Studierende in der Pflege eine angemessene Vergütung für die gesamte Dauer des Studiums erhalten, die ebenfalls über die Ausgleichsfonds in den Ländern finanziert werden soll.

Der Bundesrat hatte bereits in seiner letzten Sitzung vor Ostern die Bundesregierung aufgefordert, den Gesetzentwurf zur Vergütung der Pflegestudierenden „sehr zeitnah vorzulegen“. Die problemlose Weiterführung bereits begonnener hochschulischer Pflegeausbildungen sollen Übergangsvorschriften sicherstellen. Studierende sollen für die verbleibende Studienzzeit ebenfalls eine Ausbildungsvergütung erhalten. Der Entwurf sieht zudem die Vereinheitlichung und Vereinfachung der Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegefachkräfte durch eine bundesrechtliche Regelung vor.

Der Referentenentwurf:  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Ministerium > Gesetze und Verordnungen



## Kurzmeldungen

### Ampel entzieht sich ihrer Verantwortung für die Pflege

11.08.23 (ams). Mit scharfer Kritik hat der AOK-Bundesverband auf heute bekannt gewordene Pläne der Bundesregierung reagiert, den Steuerzuschuss zur Sozialen Pflegeversicherung dauerhaft bis 2027 zu streichen. Verbandschefin Dr. Carola Reimann sprach von einer „bösen Überraschung“. Das strukturelle Defizit solle offensichtlich allein von den Beitragszahlenden gedeckt werden. „Dabei wird es ganz wesentlich durch versicherungsfremde Leistungen verursacht, die die Pflegeversicherung für den Staat übernimmt“, betonte Reimann.

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



### Ausfallgebühr ist unangemessen

03.08.23 (ams). Statt einer Ausfallgebühr für nicht wahrgenommene Arzttermine plädiert der AOK-Bundesverband für ein gutes Terminmanagement und elektronische Erinnerungsservices. „Wir können den Ärger vieler Arztpraxen über nicht abgesagte beziehungsweise wahrgenommene Arzttermine gut nachvollziehen“, kommentierte Verbandschefin Dr. Carola Reimann eine entsprechende Forderung der niedergelassenen Ärzte. Angesichts vieler Patienten, die teils Monate auf einen Termin warten müssten, sei dieses Verhalten höchst unsolidarisch. Die AOK lehne die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geforderte Zahlung einer Ausfallgebühr durch die Krankenkassen ab, weil hierdurch die Versichertengemeinschaft pauschal belastet werde.

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



### ALBVVG schürt falsche Erwartungen

31.07.23 (ams). Das kürzlich in Kraft getretene Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) wird nicht halten können, was der Name verspricht. Davon zeigt sich der AOK-Bundesverband überzeugt. „Die Freistellung ganzer Arzneimittelgruppen von Rabattverträgen und Festbeträgen oder die Anhebung von Preisobergrenzen um bis zu 50 Prozent sind nicht geeignet, die Versorgung mit Arzneimitteln sicherer zu machen“, bekräftigte Verbandschefin Dr. Carola Reimann. Bestes Beispiel seien Fiebersäfte für Kinder, die trotz entsprechender Maßnahmen bereits im Winter derzeit noch immer nicht in jeder Apotheke vorrätig sind.

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



**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:

---

---

---

---