



# AOK-MEDIENSERVICE

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

08/20

POLITIK

 @AOK\_Politik

Stellungnahme zum Krankenhauszukunftsgesetz

- **Problem fehlender Investitionen bleibt ungelöst** ..... 2

GKV-Finanzergebnisse

- **Corona-Pandemie sorgt für Sondereffekte** ..... 4

ams-Grafik

- **Regionale Unterschiede bei der Verordnung risikoreicher Präparate zur Verhütung** ..... 6

EU-Ticker

- **Bisher Impfstoff-Vereinbarungen mit vier Pharmaunternehmen** ..... 7

Zahl des Monats

- **86 Bewerbungen ...** ..... 9

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 10

- **Gesetzgebungskalender** ..... 12

- **Kurzmeldungen** ..... 20



Stellungnahme zum Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)

## Problem fehlender Investitionen bleibt ungelöst

**(20.08.20) Im Zuge eines „Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) plant die Bundesregierung die Auflage eines Krankenhauszukunftsfonds. Das Vorhaben ist Teil des „Zukunftsprogramms Krankenhäuser“, das Union und SPD Anfang Juni im Koalitionsausschuss als Reaktion auf die Corona-Krise beschlossen haben. Der AOK-Bundesverband begrüßt in seiner Stellungnahme zum KHZG die Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds aus Steuermitteln. Auch das damit verbundene Ziel, die Kliniklandschaft zu modernisieren und stärker zu digitalisieren, stößt auf Zustimmung. Allerdings hält es die AOK für notwendig, die stationären Strukturen insgesamt in den Blick zu nehmen.**

Da die Länder seit vielen Jahren ihrer Pflicht zur angemessenen Investitionsfinanzierung nicht im erforderlichen Umfang nachkommen, besteht in den Krankenhäusern ein erheblicher Nachholbedarf bei Investitionen in Digitalisierung und moderne Technik. Laut KHZG-Entwurf wird für die Jahre 2020 bis 2022 beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ein Sonderfonds aufgelegt, den Bund und Länder mit zusammen rund 4,3 Milliarden Euro füllen. Allein der Bund will drei Milliarden zusteuern. Weitere 1,3 Milliarden Euro sollen im Wege der Ko-Finanzierung durch die Länder oder die Krankenhausträger oder beide gemeinsam hinzukommen.

### AOK warnt vor Verschwendung von Fördermitteln

Das grundsätzliche Problem der mangelnden Investitionsförderung durch die Bundesländer bleibt aus Sicht des AOK-Bundesverbandes jedoch ungelöst. Ein Krankenhauszukunftsfonds und die Finanzierung notwendiger Investitionen aus staatlichen Mitteln sei zweckmäßig, aber nicht ohne vorher „über eine effiziente Krankenhausstruktur nachzudenken“. „Erst wenn klar ist, welche Krankenhäuser in der Zukunft bedarfsnotwendig sind, ist eine digitale Erüchtigung der verbleibenden Krankenhäuser sinnvoll“, heißt es in der Stellungnahme. „Krankenhäuser, die besser in ein MVZ, ein regionales Gesundheitszentrum oder in andere Versorgungsformen umgewandelt werden sollten, bedürfen keiner IT-Förderung für Krankenhäuser.“ Der AOK-Bundesverband warnt in diesem Zusammenhang vor einer „pauschalen Gießkannen-Förderung“ und der Gefahr einer Doppelförderung. Es dürfe keine Überschneidungen mit dem bereits bestehenden Krankenhausstrukturfonds geben.

Da sich im Gegensatz zum bestehenden Krankenhausstrukturfonds der Krankenhauszukunftsfonds allein aus Steuergeldern des Bundes speisen soll, sieht der Gesetzgeber bisher nicht die Notwendigkeit, die Krankenkassen in die Bewilligung der Förderprojekte einzubinden. Der AOK-Bundesverband hält das für einen Fehler und schlägt vor, dass die Krankenkassen „mit ihren spezifischen regionalen Kenntnissen der einzelnen Krankenhausstrukturen und -träger die Informationen der Länder im Antragsverfahren vervollständigen und somit eine



effiziente Mittelallokation unterstützen“. Daher sei es sinnvoll, den Krankenkassen ein Anhörungsrecht einzuräumen.

Mit dem geplanten Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) sollen auch Vorschläge umgesetzt werden, die der Expertenbeirat des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Überprüfung der Maßnahmen des Krankenhaus-Rettungsschirms verabschiedet hat. Bei den Ergänzungen geht es insbesondere um einen gezielteren Ausgleich von Erlösausfällen durch die Corona-Krise. Der Beirat geht davon aus, dass die Folgen für die Krankenhäuser regional und krankenhausesindividuell unterschiedlich ausfallen. Die Experten haben deshalb empfohlen, die Vertragsparteien vor Ort über den krankenhausesindividuellen Ausgleich von Erlösrückgängen verhandeln zu lassen.

In einer weiteren Ergänzung geht es um die Finanzierung von Schutzausrüstung und anderen Corona-Mehrkosten, die den Krankenhäusern bei voll- oder teilstationären Behandlungen entstehen. Soweit solche Mehrkosten nicht anderweitig finanziert werden, sollen die Kliniken laut BMG zeitlich befristet Zuschläge mit den Krankenkassen vereinbaren können. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband sollen dazu bundeseinheitliche Rahmenbedingungen festlegen.

---

**DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES ZUM DOWNLOAD:**

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

> Positionen > Stellungnahmen





GKV-Finanzergebnisse im ersten Halbjahr 2020

## Corona-Pandemie sorgt für Sondereffekte

**11.08.20 (ams). Die Corona-Krise hat das Gesundheitssystem in einen Ausnahmezustand versetzt. Dabei schlägt es sich bisher recht robust. Allerdings werden etablierte Strukturen und Abläufe auf die Probe gestellt und bisher verlässliche Entwicklungslinien unterbrochen. Das spiegelt sich auch in den Finanz-Kennzahlen der KV45-Statistik wider, die im zweiten Quartal heftig durcheinander gewirbelt wurden.**

So bildet das Corona-Quartal von April bis Juni 2020 einen echten Einschnitt: Die Leistungsanspruchnahme in Krankenhäusern, Zahnarztpraxen, Reha-Einrichtungen, Physiotherapie-Praxen etc. ist regional in unterschiedlichem Ausmaß deutlich eingebrochen - teils aus Gründen der Vorsorge (Freihalten von Krankenhaus-Intensivbetten), teils, weil medizinisch notwendige, aber nicht dringliche Operationen und Behandlungen verschoben werden mussten (vgl. WIdO-Studie zu Fallzahl-Rückgängen).

Auch Vorsicht oder Angst der Patienten vor einer Infektion trugen zum Rückgang der Behandlungszahlen bei. Entsprechend gering fällt der Anstieg der Leistungsausgaben je Versicherten bei den AOKs aus (+1,6 Prozent). Gegenüber dem Vorjahresquartal ist das ein Rückgang um fast zwei Prozentpunkte (Vorjahr: +3,4 Prozent). Einen solchen Ausgabenknick hat es seit Bestehen der Quartalsstatistik nicht gegeben. Unterm Strich ergibt sich für die AOK-Gemeinschaft durch diesen Sondereffekt ein positives Halbjahresergebnis von rund 320 Millionen Euro. Das erste Quartal 2020 schloss noch mit einem Defizit von rund 435 Millionen Euro ab. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) insgesamt kommt auf ein Plus von 1,3 Milliarden Euro, nach einem Minus von rund 1,3 Milliarden Euro in den ersten drei Monaten.

### Litsch: „Kassen werden zunächst weiter auf Sicht fahren müssen“

Martin Litsch, der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, sagt dazu: „Auf der Ausgabenseite sehen wir zwar in fast allen Leistungsbereichen starke Fallzahl-Rückgänge, bei denen unklar ist, ob und wann es dazu vergleichbare Nachholeffekte geben wird. Gleichzeitig müssen wir aber mit etlichen Extraposten rechnen. So stemmt die GKV über den Einsatz der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds die Finanzierung der zusätzlichen Intensivbetten, den Bonus für Pflegekräfte und die Covid-19-Testungen der Bevölkerung. Die PKV ist nicht beteiligt. Zugleich haben sich die Beitragseinnahmen im Gesundheitsfonds kritisch entwickelt und es ist abzusehen, dass sie deutlich unter den Planungen bleiben werden.“

Wichtig war daher die Zusage zusätzlicher Bundesmittel von 3,5 Milliarden Euro für dieses Jahr. Ob das aber ausreicht, müssen wir sehen. Dazu befinden wir uns mit dem Bundesgesundheitsminister im Dialog. Die Umsetzung der ‚Sozialgarantie 2021‘, mit der die Sozialversicherungsbeiträge bis zum Jahr 2021 bei maximal 40 Prozent stabilisiert werden sollen, ist jedenfalls ein ehrgeiziges Ziel. Die Kassen werden zunächst weiter auf Sicht fahren



müssen, denn das Finanzergebnis des zweite Quartals ist bloß eine Momentaufnahme. Der weitere Verlauf des Jahres 2020 ist noch nicht abzusehen. Bei einer Normalisierung der Versorgung ist im Jahr 2021 mit weiteren Nachhofeffekten zu rechnen. Insgesamt zeigt diese Krisensituation, wie hilfreich für die GKV ein solides Maß an Finanzrücklagen ist.“

---

## DIE GKV-FINANZERGEBNISSE FÜR DAS ERSTE HALBJAHR 2020 IN DER ÜBERSICHT

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

> Hintergrund > GKV-Finanzergebnisse

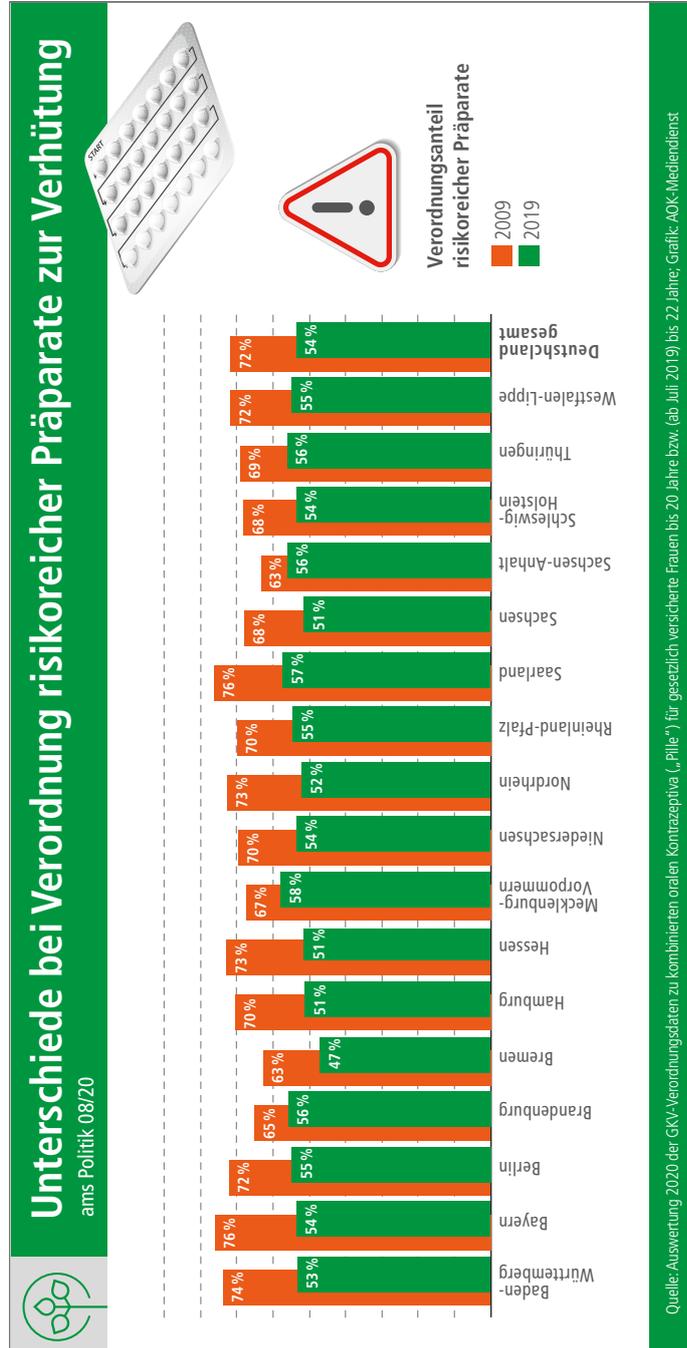
---

## DIE WIDO-STUDIE ZU FALLZAHL-RÜCKGÄNGEN:

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

> Aktuelles





Insgesamt hat der Verordnungs-Anteil der kombinierten oralen Kontrazeptiva mit einem höheren Risiko im Laufe der letzten zehn Jahre abgenommen: Er sank bundesweit von 72 Prozent im Jahr 2009 auf 54 Prozent im Jahr 2019. Allerdings verzeichnet eine aktuelle Auswertung der Verordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weiterhin zum Teil deutliche regionale Unterschiede. auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Dabei verzeichneten Bayern und Hessen mit je 22 Prozentpunkten den jeweils stärksten Rückgang der Verordnungsanteile, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit neun Prozentpunkten den niedrigsten. 60 Jahren ist es jetzt her, dass im August 1960 in den USA die ersten Pillen zur Verhütung auf den Markt kamen.

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



EU-Ticker

## Bisher Impfstoff-Vereinbarungen mit vier Pharmaunternehmen

21.08.20 (ams) Die Europäische Kommission hat inzwischen mit vier Pharmaunternehmen Abnahmeverträge oder Vorvereinbarungen über die Belieferung mit möglichen Covid-19-Impfstoffen abgeschlossen. Es handelt sich bei den Vertragspartnern um das Tübinger Unternehmen CureVac und die Pharmakonzerne Sanofi-GSK, Johnson&Johnson sowie AstraZeneca. Mit weiteren Impfstoffherstellern würden Gespräche geführt, teilte die Kommission am 20. August mit. Die jüngste Vereinbarung mit CureVac sieht laut Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen den Ankauf von zunächst 225 Millionen Dosen im Namen aller EU-Mitgliedstaaten vor, „sobald sich ein Impfstoff als sicher und wirksam gegen COVID-19 erwiesen hat“. „Auf der Grundlage des geplanten Vertrags könnten alle EU-Mitgliedstaaten den Impfstoff erwerben, und er könnte Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen gespendet oder an europäische Länder weitergegeben werden“, heißt es in der Mitteilung. Die Verträge mit der Industrie sind Teil der am 17. Juni beschlossenen Covid-19-Impfstrategie der EU.

WEITERE INFORMATIONEN ZU DEN IMPFSTOFF-VEREINBARUNGEN UND ZUR IMPFSTRATEGIE :

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



## Informelle Tagung der EU-Gesundheitsminister

21.08.20 (ams) Die Gesundheitsministerinnen und -minister der EU haben in einer Videokonferenz am 19. Juli über Konsequenzen aus der Corona-Krise beraten. Nach Darstellung des amtierenden Ratsvorsitzenden, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, forderte das Gremium die EU-Kommission auf, das „Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten“ (ECDC) zu einem schlagkräftigen Reaktionszentrum für internationale Gesundheitskrisen auszubauen. Zudem soll die Kommission bis Oktober im Zusammenhang mit ihrer geplanten Arzneimittelstrategie Vorschläge erarbeiten, wie die Produktion wichtiger Arzneimittel in der Europäischen Union erhalten oder hierher zurück verlagert werden könnte. Die EU-Gesundheitsminister wollen auch im Gesundheitsbereich das Potential der Digitalisierung voll ausschöpfen. „Das beinhaltet vor allem einen verbesserten Zugang zu und Austausch von Gesundheitsdaten innerhalb der EU“, sagte Spahn. Deshalb solle ein gemeinsamer Gesundheitsdaten-Raum geschaffen werden, der einen datenschutzkonformen Zugang und Austausch von Gesundheitsdaten für Forschung, Diagnose und Therapie ermögliche.

INFOS DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS ZUR EPSCO-TAGUNG UND ZUR DEUTSCHEN EU-RATSPRÄSIDENTSCHAFT

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Themen > Internationale Gesundheitspolitik  
> EU-Ratspräsidentschaft > Deutsche EU-Ratspräsidentschaft





## 2,5 Millionen Euro für intensivmedizinische Weiterbildung

21.08.20 (ams) Die Behandlung von Covid-19-Patienten hat die Intensivmediziner in vielen EU-Ländern vor große Herausforderungen gestellt. Die EU-Kommission will deshalb die intensivmedizinische Weiterbildung mit rund 2,5 Millionen Euro aus dem Corona-Soforthilfefonds unterstützen. Eine entsprechende Vereinbarung unterzeichnete EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides am 18. August in Brüssel. „EU-weit sollen mindestens 1.000 Krankenhäuser und 10.000 Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte davon profitieren“, heißt es in der Mitteilung der Kommission. Mit der Umsetzung sei die Europäische Gesellschaft für Intensivmedizin (European Society of Intensive Care Medicine, ESICM) beauftragt worden.

[INFO DER EU-KOMMISSION VOM 19.08.20](#)

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





Zahl des Monats

## 86 Bewerbungen ...

17.08.20 (ams) ... für den neugeschaffenen Fritz-Schösser-Medienpreis sind beim AOK-Bundesverband eingegangen. Die Bewerbungen verteilen sich auf alle Publikationskanäle: vom klassischen Printprodukt über Hörfunkbeiträge, Fernseh- und Filmreportagen bis zu Online-Veröffentlichungen. Am 30 Juni war die Bewerbungsfrist ausgelaufen. Die Auszeichnung ist mit insgesamt 20.000 Euro dotiert. Die Preisverleihung ist für Ende 2020 geplant. Der Fritz-Schösser-Medienpreis wird in diesem Jahr erstmals und künftig alle zwei Jahre vergeben. „Im Andenken an Fritz Schösser möchte der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes Journalistinnen und Journalisten auszeichnen, die fundiert und verständlich über gesundheitspolitische Themen aus Sicht der Beitragszahler und Versicherten berichten“, umreißt der Aufsichtsratsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes für die Arbeitgeberseite, Dr. Volker Hansen, die Intention des Wettbewerbs.

„Mit dem Fritz-Schösser-Medienpreis ehren wir unseren langjährigen Weggefährten in der sozialen Selbstverwaltung, der sich in hohem Maße und auf seine besondere persönliche Art um die AOK und die gesetzliche Krankenversicherung verdient gemacht hat“, ergänzt Schössers Nachfolger im Amt des Aufsichtsratsvorsitzenden für die Versichertenseite, Knut Lambertin.

Fritz Schösser, war Gewerkschafter, SPD-Politiker und langjähriger Versichertenvertreter in der AOK-Selbstverwaltung. Seit 2003 saß er zunächst dem Verwaltungsrats und ab 2009 dem Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes vor. Von 1993 und 2016 vertrat er außerdem als Vorsitzender des Verwaltungsrats der AOK-Bayern die Interessen der Versicherten. Darüber hinaus war er Mitglied des Verwaltungsrats im Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). 1994 wurde er in den Bayerischen Landtag gewählt. 1998 bis 2005 war er Mitglied des Deutschen Bundestages. Fritz Schösser starb im Mai 2019 im Alter von 71 Jahren.

**WEITERE INFORMATIONEN ZUM FRITZ-SCHÖSSER-MEDIENPREIS:**

[www.fritz-schoesser-medienpreis.de](http://www.fritz-schoesser-medienpreis.de)





## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Neue Hinweise zu Verordnungen von Biologika und Biosimilars

Vertragsärzte finden zukünftig in der Arzneimittel-Richtlinie Hinweise für eine wirtschaftliche Ordnungsweise von biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat dazu Regelungen beschlossen, die bei der Verordnung von Referenzarzneimitteln (Biologika) und ihren jeweiligen Nachahmerpräparaten (Biosimilars) zu beachten sind. In einem zweiten Schritt wird der GBA zum Austausch von ärztlich verordneten Biologika in Apotheken beschließen. Beide Regelungsaufträge gehen auf das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) zurück. „Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel spielen aufgrund ihres besonderen Wirkprinzips bei der Behandlung von Autoimmunerkrankungen wie rheumatoider Arthritis oder in der Krebstherapie eine immer wichtigere Rolle – vor allem medizinisch, aber auch hinsichtlich der Kostenanteile bei den Arzneimittelausgaben“, sagte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA und Vorsitzender des Unterausschusses Arzneimittel. Der Preis der aktuell am Markt befindlichen Biosimilars sei um bis zu 37 Prozent niedriger als der des jeweiligen Referenzarzneimittels. Mit der zunehmenden Verfügbarkeit von preisgünstigeren Nachahmerpräparaten habe der Gesetzgeber den GBA beauftragt, Hinweise zu deren wirtschaftlicher Ordnungsweise zu geben, um damit verbundene Einsparmöglichkeiten für die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung besser nutzbar zu machen, so Hecken.

### Begriff „Verbandmittel“ konkretisiert

Der GBA hat im Auftrag des Gesetzgebers konkretisiert, welche Produkte unter den Begriff eines Verbandmittels fallen und damit weiterhin unmittelbar zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig sind. Nach Auffassung des GBA können zu den Verbandmitteln auch Produkte mit ergänzenden Eigenschaften gezählt werden, die die natürliche Wundheilung unterstützen, indem sie die Wunde beispielsweise feucht halten. „Die Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung trägt dem Willen des Gesetzgebers Rechnung, die Patientensicherheit und Qualität bei der Wundversorgung zu stärken“, sagte Prof. Josef Hecken. Nach Prüfung des medizinischen Nutzens durch den GBA können auch die sonstigen Produkte zur Wundbehandlung ordnungsfähig werden, die durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkweise aktiv Einfluss auf die Wundheilung nehmen können.

### Zusatznutzen von Ribociclib bei Brustkrebs anerkannt

Mit der Anerkennung eines Zusatznutzens in geringem Ausmaß hat der GBA die erneute Nutzenbewertung von Ribociclib bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen in bestimmten Therapiesituationen abgeschlossen. Die Entscheidungen wurden auf Basis einer verbesserten Datenlage zu den Vor- und Nachteilen getroffen. Die gefassten Beschlüsse betreffen



den Einsatz von Ribociclib bei Frauen, die nach der Menopause an einem hormonrezeptorpositiven, HER2-negativen, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Brustkrebs erkrankt sind. Ribociclib wird hierbei in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder mit Fulvestrant eingesetzt. „Die entscheidende Frage bei der erneuten Bewertung des Zusatznutzen von Ribociclib war, ob die Verlangsamung des Tumorwachstums letztlich auch zu einer Verlängerung des Lebens der Patientinnen führt: Auf Basis der aktuellen Daten sieht der GBA tatsächlich einen Zusatznutzen für diese neue Behandlungsoption“, sagte Prof. Josef Hecken. Bei der Erstbewertung war die Anerkennung eines Zusatznutzens aufgrund eines unklaren Nutzenprofils für die Patientinnen noch nicht möglich gewesen.

## Vorgeburtliche Bestimmung des Rhesusfaktors wird GKV-Leistung

Schwangeren mit rhesus-negativem Blutgruppenmerkmal wird zukünftig ein Verfahren zur Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktors aus mütterlichem Blut zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angeboten, für das eine hohe Testgüte nachgewiesen sein muss. Bisher erhalten alle rhesus-negativen Schwangeren eine Anti-D-Prophylaxe, da vor allem bei der Geburt eines rhesus-positiven Kindes kindliches Blut in den mütterlichen Kreislauf gelangen kann und dann Antikörper gegen den Rhesusfaktor gebildet werden. Diese Antikörper gefährden vor allem zukünftige Schwangerschaften. Neue diagnostische Methoden erlauben die Rhesusfaktorbestimmung des Kindes aus dem mütterlichen Blut. „Die neue Möglichkeit einer vorgeburtlichen Rhesusfaktorbestimmung ist für jene Frauen relevant, die selbst rhesus-negativ sind – hier besteht die potentielle Gefahr einer Unverträglichkeit zwischen dem mütterlichen und dem kindlichen Blut. Geschätzt 30 bis 40 Prozent aller rhesus-negativen Frauen erwarten jedoch ein rhesus-negatives Kind, Anti-D-Antikörper werden also nicht gebildet“, sagte Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Methodenbewertung. In diesen Fällen kann dann auf eine Rhesusprophylaxe verzichtet werden, die mit Antikörpern durchgeführt wird, die aus Spenderblut gewonnen werden.

## Neues Impfschema für Sechsfachimpfung bei Säuglingen

Der GBA hat die aktualisierte Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Sechsfachimpfung bei Säuglingen fristgerecht umgesetzt. Die Impfung schützt vor Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B. Das neue „2+1-Impfschema“ sieht zwei Impftermine im Alter von zwei und vier Monaten und dann nochmals eine Impfung im Alter von elf Monaten vor. Die bis dahin vorgesehene weitere Impfung im Alter von drei Monaten entfällt damit und gilt nur noch für Frühgeborene. Mit dem neuen Impfschema verfolgt die STIKO das Ziel, den Impfplan zu vereinfachen und Impftermine – wenn möglich – zu reduzieren und so die zeitgerechte und vollständige Umsetzung zu erleichtern.

WEITERE INFORMATIONEN DES GBA:

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





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

**Das Tempo in der Gesundheitspolitik bleibt unvermindert hoch. Bereits vor der Pandemie sorgte das gesetzgeberische Engagement von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn für Gesprächsstoff. Und kaum, dass die Tinte unter der Testpflichtverordnung für Einreisende aus Covid-19-Risikogebieten trocken war, legte Spahns Ministerium zwei weitere Gesetzesprojekte vor. Der Entwurf zum Krankenhauszukunftsgesetz (KHSG) stellt bis zu 4,3 Milliarden Euro für Kliniken in Aussicht. Das „Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege“ soll „bis zum Jahresende 2020 noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen.“ Diese und ältere Gesetze (Stand: 25. Juli 2020) gibt es auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).**

### Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)

Der Koalitionsausschuss hat sich Anfang Juni 2020 auf ein „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ geeinigt. Dafür will die Bundesregierung drei Milliarden Euro aus dem Bundeshaushalt über einen Krankenhauszukunftsfonds für eine modernere Ausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt. Dazu zählen laut Entwurf sowohl moderne Notfallkapazitäten als auch eine bessere interne und auch sektorenbergreifende Versorgung, Ablauforganisation, Kommunikation, Telemedizin, Robotik, Hightechmedizin und Dokumentation. Darüber hinaus soll Geld in die IT- und Cybersicherheit sowie in die gezielte Entwicklung und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen fließen, sowohl für den Normalbetrieb genauso wie für Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abgestimmt. Im Wege der Ko-Finanzierung durch die Länder und die Krankenhausträger sollen weitere 1,3 Milliarden Euro hinzukommen.

Die Umsetzung erfolgt dem Gesetzentwurf zufolge über die Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds, der bereits vor einigen Jahren zur Investitionsförderung zur Verbesserung regionaler stationärer Versorgungsstrukturen gebildet wurde. Die Verteilung der zusätzlichen Mittel soll schließlich analog zu den geltenden Regelungen des bestehenden Strukturfonds erfolgen. Zur Vermeidung von Überschneidungen zwischen dem Krankenhauszukunftsfonds und dem geltenden Krankenhausstrukturfonds sieht der Gesetzentwurf vor, die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds um zwei Jahre zu verlängern.

Daneben enthält der Entwurf noch Regelungen für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Mindestvorgaben im Bereich der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Hier wird der Bettenbezug als ausschließlicher Maßstab gestrichen, um die notwendige Flexibilität zur ermöglichen.

Außerdem wird die bisher in der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung geregelte Vergütung für den Botendienst der Apotheken verstetigt und von fünf Euro auf 2,50 Euro je Botendienst gesenkt. Schließlich sollen die für das Jahr 2020 unterjährig übermittelten Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser in anonymisierter und zusammengefasster



Form veröffentlicht werden, um diese insbesondere der Selbstverwaltung und der Wissenschaft zur Untersuchung der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zugänglich zu machen. Mit dem KHZG sollen auch weitere Vorschläge des Expertenbeirats des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Überprüfung der Maßnahmen des Krankenhaus-Rettungsschirms umgesetzt werden. Dabei geht es insbesondere um einen gezielteren Ausgleich von Erlösausfällen durch die Corona-Krise. Der Beirat geht davon aus, dass die Folgen für die Krankenhäuser regional und krankenhausesindividuell unterschiedlich ausfallen. Die Experten haben deshalb empfohlen, die jeweiligen Vertragsparteien vor Ort über den krankenhausesindividuellen Ausgleich von Erlösrückgängen verhandeln zu lassen.

Außerdem geht es um die Finanzierung von Schutzausrüstung und anderen Corona-Mehrkosten, die den Krankenhäusern bei voll- oder teilstationären Behandlungen entstehen. Soweit solche Mehrkosten nicht anderweitig finanziert werden, sollen die Kliniken laut BMG zeitlich befristet Zuschläge mit den Krankenkassen vereinbaren können. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband sollen dazu bundeseinheitliche Rahmenbedingungen festlegen.

Um das Gesetzgebungsverfahren zu beschleunigen, wählt die Bundesregierung den Weg des Gesetzentwurfs „aus der Mitte des Bundestages“. Somit entfällt die Verbändeanhörung im Bundesgesundheitsministerium und erst nach der zweiten und dritten Lesung erfolgt die Beteiligung des Bundesrates, der bei Gesetzesinitiativen der Bundesregierung noch vor der ersten Lesung den Gesetzentwurf erstmals berät. Die erste Lesung findet nach Informationen aus der Politikabteilung des AOK-Bundesverbandes voraussichtlich am 10. September statt. Bereits vier Tage später ist die Anhörung durch den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages terminiert.

**DIE FORMULIERUNGSHILFE FÜR DEN GESETZENTWURF:**

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



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

Der Deutsche Bundestag hat das PDSG am 3. Juli in zweiter und dritter Lesung im Bundestag verabschiedet. Im September wird das nicht zustimmungspflichtige Gesetz noch einmal abschließend im Bundesrat beraten. Das Gesetz verfolgt zwei grundsätzliche Ziele: digitale Lösungen schnell an den Patienten zu bringen und dabei sensible Gesundheitsdaten zu schützen. Das PDSG konkretisiert die datenschutzrechtlichen Anforderungen, die sich aus dem Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) ergeben. Die jetzt vorgelegten Regelungen sollen schrittweise erweitert und stetig dem technologischen Fortschritt angepasst werden. Mit dem Gesetz stellt die Bundesregierung klar, dass die elektronische Patientenakte (ePA) als eine versichertengeführte elektronische Akte vorgesehen ist, deren Nutzung für die Versicherten freiwillig ist. Krankenkassen müssen ihren Versicherten ab 1. Januar 2021 eine ePA anbieten.

Das DVG hatte bereits festgelegt, dass Krankenkassen ihren Versicherten ab 2021 eine ePA zur Verfügung stellen müssen. Auch die technischen Rahmenbedingungen zur Nutzung des mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) eingeführten



elektronischen Rezepts (E-Rezept) werden geregelt. Schließlich sollen Facharzt-Überweisungen künftig auch digital übermittelt werden können. All diese Vorgänge werden über die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen (TI) abgewickelt. Der Gesetzentwurf nennt „Patientensouveränität“ als wichtigsten Anspruch.

Das heißt im Einzelnen:

Der Patient allein entscheidet, welche Daten dort gespeichert und wieder gelöscht werden. Er entscheidet auch in jedem einzelnen Fall, wer auf die ePA zugreifen darf. Ab 2022 sollen Versicherte die Möglichkeit haben, über ihr Smartphone oder Tablet für jedes einzelne gespeicherte Dokument festzulegen, wer darauf Zugriff hat. So können Patienten künftig entscheiden, dass etwa ein Zahnarzt seinen Befund hochladen und bearbeiten darf, das vom Orthopäden hinterlegte Röntgenbild aber nicht sieht und umgekehrt.

Patienten, die kein Smartphone oder Tablet haben, müssen dennoch die Möglichkeit bekommen, die ePA zu nutzen, etwa in der Filiale ihrer Krankenkasse. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ab 2022 geeignete Geräte zur Verfügung zu stellen und den Zugang zur ePA zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband kann Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesvereinigung der Apothekerverbände schließen, wonach Terminals auch in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken aufgestellt werden können. Ab 2022 muss jede Krankenkasse eine Ombudsstelle einrichten, an die sich Versicherte mit ihren Fragen und Anliegen im Zusammenhang mit der ePA wenden können. Ab 2023 haben Versicherte darüber hinaus die Möglichkeit, eine „Datenspende“ zu leisten, das heißt ihre ePA-Daten freiwillig der Forschung zur Verfügung zu stellen.

Zunächst soll die ePA mit Befunden, Arztberichten und Röntgenbildern befüllt werden. Ab 2022 lassen sich dort auch Impfausweis, Mutterpass, das gelbe Heft für die Kinderuntersuchungen sowie das Bonusheft für den Zahnarzt hinterlegen. Die Versicherten erhalten mit dem PDSG einen Anspruch darauf, dass ihre Ärztin beziehungsweise ihr Arzt Daten in die ePA einträgt. Für die Verwaltung und Erstbefüllung der Akte erhalten Ärzte ein Honorar. Bei einem Kassenwechsel können Versicherte ihre Daten aus der ePA übertragen lassen. Das E-Rezept soll über eine App auf das Smartphone des Versicherten geladen werden können. Der Patient kann es dann in einer Apotheke seiner Wahl – auch online – einlösen. Die App soll im Laufe des Jahres 2021 zur Verfügung stehen. Wer sein Rezept in einer anderen App speichern will, kann es dorthin weiterleiten. Auch Überweisungen zum Facharzt sollen auf diesem Wege übermittelt werden können.

Das Gesetz sieht darüber hinaus allgemeine Regeln für Datenschutz und -sicherheit vor. So ist jeder Nutzer der TI – egal ob Arzt, Krankenhaus oder Apotheker – für den Schutz der von ihm verarbeiteten Patientendaten verantwortlich. Betreiber von Diensten und Komponenten der TI werden unter Androhung eines Bußgeldes von bis zu 250.000 Euro dazu verpflichtet, Störungen und Sicherheitslücken unverzüglich an die Gesellschaft für Telematik Anwendungen der Gesundheitskarte (gematik) zu melden. Für Patientenakten auf Papier gilt schon jetzt ein sogenannter Beschlagnahmeschutz. Im Falle polizeilicher Ermittlungen muss kein Arzt die Daten seiner Patienten herausgeben. Diese Regeln sollen künftig auch für die ePA gelten.

**DIE BESCHLUSSEMPFEHLUNG:**

[dipbt.bundestag.de](http://dipbt.bundestag.de)

> Dokumente > Drucksache 19/20708





## Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

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

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

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

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

### DER REFERENTENENTWURF:

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



### DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

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





## Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Das Gesetz liegt weiterhin auf Eis. Die Abstimmung mit der EU-Kommission läuft, da der Gesetzentwurf auch eine Preisbindung für den Arzneimittelversandhandel durch ausländische Apotheken beinhaltet. Schon durch die erst zum 1. Dezember erfolgte Amtsübernahme der neuen EU-Kommission hat sich dies verzögert. Bis zu einer Entscheidung ruht das Gesetzgebungsverfahren.

Mit dem Gesetz will die Bundesregierung „die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch ortsnahe Apotheken stärken“. Sogenannte Vor-Ort-Apotheken sollen gefördert werden, unter anderem durch eine bessere Honorierung von Nacht- und Notdiensten. Zudem werden zur Kundenbindung zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen definiert. Als Beispiel nennt das Gesundheitsministerium die intensive pharmazeutische Betreuung bei einer Krebstherapie oder die Arzneimittelversorgung von pflegebedürftigen Patienten in häuslicher Umgebung.

Die gesetzlichen Krankenkassen würden bei einer Umsetzung mit mindestens 185 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich belastet. Hinzu kämen bis zu 15 Millionen Euro für eine höhere Vergütung von Betäubungsmittel-Abgaben durch Apotheker.

Mit dem Gesetz soll zudem eine Regelung umgesetzt werden, nach der Ärzte künftig schwer chronisch kranken Patienten ein Mehrfachrezept für dasselbe Medikament verschreiben dürfen. Damit sich noch mehr Menschen gegen Grippe impfen lassen, sollen künftig auch durch Mediziner geschulte Apotheker Erwachsene impfen dürfen. Dies soll zunächst in regionalen Modellvorhaben getestet werden.

### GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG

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



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

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



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

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

Im Bereich der Rehabilitation (Reha) sieht das IPreG vor, dass Ärzte auch ohne vorherige Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die Krankenkasse eine geriatrische Reha verordnen dürfen. Wenn Versicherte sich für eine Einrichtung entscheiden, die nicht von der Krankenkasse bestimmt wurde, müssen sie nur noch die Hälfte damit verbundener Mehrkosten selbst bezahlen.

Die bisherige Höchstdauer von 20 Tagen bei ambulanter Behandlung und drei Wochen bei stationärer Behandlung gilt bei einer geriatrischen Rehabilitation als Regeldauer. Bei allen anderen vertragsärztlich verordneten Rehabilitationsmaßnahmen dürfen Krankenkassen die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme nur auf Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes in Zweifel ziehen. Für Kinder und Jugendliche soll die bisherige Mindestwartezeit auf eine erneute Reha-Maßnahme entfallen.

Einheitliche und verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge sollen im Rehabereich für mehr Transparenz sorgen. Krankenkassen und Leistungserbringer werden verpflichtet, entsprechende Rahmenempfehlungen auf Bundesebene zu schließen. Gleichzeitig wird ein Schiedsverfahren eingeführt. Tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen in Reha-Einrichtungen dürfen von den Krankenkassen nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

**DIE BESCHLUSSEMFEBLUNG:**

[dipbt.bundestag.de](http://dipbt.bundestag.de)

> Dokumente > Drucksache 19/120720



## Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG)

Das GPVG regelt ein ganzes Bündel unterschiedlicher Sachverhalte. Es geht es zum einen um die Abrechnungen gewährter Liquiditätshilfen für Zahnärzte während der Pandemie. Um regionalen Versorgungsbedürfnissen besser Rechnung zu tragen, sollen die Möglichkeiten von Selektivverträgen erweitert werden. Drittens soll sich durch die Förderung zusätzlicher Hebammenstellen die Versorgung Schwangerer verbessern. Der Referentenentwurf sieht vor, die Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser einzubeziehen. Die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll besser



werden. Darüberhinaus geht es um pandemiebedingte Sonderregelungen im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) und im Pflegezeitgesetz.

Um zu verhindern, dass Fallzahlrückgänge wegen der Corona-Pandemie zu Insolvenzen vertragszahnärztlicher Praxen führen, sieht die Covid-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung für 2020 unter anderem die Auszahlung von 90 Prozent der in 2019 von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung für vertragszahnärztliche Leistungen vor. Wurden für die im Voraus geleisteten Zahlungen am Ende keine Leistungen erbracht, müssen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen diese Liquiditätshilfen in den Jahren 2021 und 2022 vollständig an die Krankenkassen zurückzahlen. Weil die der Verordnung spätestens zum 30. März 2021 ausläuft, bedarf es einer Rechtsgrundlage für die Vereinbarungen zur Rückzahlung zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen.

Bei Selektivverträgen ermöglichen die aktuellen gesetzlichen Regelungen zur besonderen Versorgung (Paragraf 140a SGB V) nur in engen Grenzen Vernetzungen über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus. Die Spielräume hierfür sollen erweitert werden, um regionalen Bedürfnissen besser Rechnung zu tragen. Gleichzeitig sollen die Krankenkassen bisher durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterführen können.

Durch die Förderung zusätzlicher Hebammenstellen soll sich die Versorgung Schwangerer verbessern. Ein vom BMG in Auftrag gegebenes Gutachten zur Situation der Geburtshilfe in Krankenhäusern hatte aufgezeigt, dass zwar kein genereller Hebammenmangel vorliege, jedoch die Betreuungsrelationen von Hebammen und Entbindungspflegern zu Schwangeren regional sehr unterschiedlich ausfällt und gerade auf großen Geburtsstationen insbesondere in Großstädten immer wieder die Gefahr von Belastungsspitzen und Personalengpässen besteht.

Damit Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, die künftig in die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen einbezogen werden sollen, bereits im Jahr 2021 von der pauschalen Förderung von 400 000 Euro jährlich profitieren, muss die bereits vereinbarte Krankenhäuserliste einmalig bis zum 31. Dezember 2020 erweitert werden. Nach geltender Rechtslage erstellen die Vertragsparteien auf Bundesebene diese Liste bis zum 30. Juni.

Um eine bedarfsgerechte Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen, soll das im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung erarbeitete wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen, wie in der Konzertierte Aktion Pflege vereinbart, auf den Weg gebracht werden. Die Sicherung einer hinreichenden Anzahl an Pflegefachpersonen und weiteren beruflich Pflegenden soll der erste Schritt sein und ist Voraussetzung für eine gute und professionelle Pflege und eine der wesentlichen gesellschaftspolitischen Aufgaben der nächsten Jahre. Zu den Rahmenbedingungen einer qualitätsorientierten Pflege gehöre eine am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen, heißt es in dem Referentenentwurf zur Begründung. Die Ergebnisse des Projekts zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zeigten, dass die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen künftig insbesondere auch mehr Pflegehilfskräfte erfordere.

Die während der Pandemie getroffenen Regelungen zur Verwendbarkeit des Entlastungsbetrags sowie zum Pflegeunterstützungsgeld werden über den 30. September bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. Noch nicht verbrauchte Leistungsbeträge aus dem Jahr 2019 können weiter verwendet werden und Arbeitstage, die im Geltungszeitraum der pandemiebeding-



ten Sonderregelungen in Anspruch genommen worden sind, werden nicht die regulären Ansprüche auf Pflegeunterstützungsgeld von bis zu insgesamt zehn Arbeitstagen je Pflegebedürftigen angerechnet. Auch das reguläre Recht, im Rahmen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz der Arbeit fernzubleiben, soll in unverändertem zeitlichem Umfang erhalten bleiben.

Ebenso die Regelung, dass bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochene Empfehlungen zum Hilfsmittelbedarf bei Zustimmung des Versicherten für bestimmte Hilfsmittel als Antrag auf Leistungen gelten, hat sich aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums in der Praxis bewährt. Die ursprüngliche Befristung bis zum 31. Dezember 2020 soll deshalb aufgehoben werden.

DER REFERENTENENTWURF:

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





## Kurzmeldungen

### BGF-Koordinierungsstelle aktualisiert Web-Portal

30.07.20 (ams). Die BGF-Koordinierungsstelle der gesetzlichen Krankenkassen hat ihr Web-Portal neu gestaltet und noch stärker auf die Interessen der Arbeitgeber ausgerichtet. Das neue Portal bietet kurze und prägnante Informationen und zeigt konkret, wie die Krankenkassen Betriebe bei der Gesundheitsförderung der Beschäftigten unterstützen können. „Wir hoffen, mit der überarbeiteten Website noch mehr Betriebe, vor allem die kleineren und mittleren, davon zu überzeugen, dass sich Investitionen in eine gesunde Unternehmenskultur rechnen.“, erklärt Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes im Namen der Kooperationsgemeinschaft Bund der BGF-Koordinierungsstelle.

DER NEUE WEB-AUFTRITT DER BGF-KOORDINIERUNGSSTELLE:

[www.bgf-koordinierungsstelle.de](http://www.bgf-koordinierungsstelle.de)



### Covid-19: Über die Hälfte der Beatmungspatienten gestorben

29.07.20 (ams). 53 Prozent der Corona-Patienten, die beatmet werden mussten, haben die Krankheit nicht überlebt. Bei Patienten ohne Beatmung war es jeder sechste. Das sind zwei Ergebnisse einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Technischen Universität Berlin. Ausgewertet wurden die Daten von etwa 10.000 Patienten mit bestätigter Covid-19-Diagnose, die von Ende Februar bis Mitte April 2020 in deutschen Krankenhäusern aufgenommen wurden. Insgesamt verstarb etwa jeder fünfte Covid-19-Patient. Die gemeinsame Studie liefert erstmals bundesweite und bevölkerungsrepräsentative Ergebnisse zur Behandlung der Covid-19-Patienten in Deutschland.

WEITERE ERGEBNISSE DER STUDIE:

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



### AOK unterstützt Evaluations-Projekt zur Psychotherapie-Richtlinie

28.07.20 (ams). Vor drei Jahren hat der Gesetzgeber die Psychotherapie-Richtlinie grundlegend reformiert. Ziele der Neuausrichtung waren ein leichter Zugang zu Psychotherapien für gesetzlich Versicherte sowie weniger Bürokratie bei den Antrags- und Genehmigungsverfahren. Ein Projekt der Universität Duisburg-Essen soll klären, ob die neuen Elemente den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung wirklich erleichtern, ob sie den gesamten Behandlungs- und Versorgungsablauf verbessern, wie die sie in der Praxis umgesetzt werden und wo es noch Hürden und Hemmnisse gibt. Die auf drei Jahre angesetzte Analyse wird mit 1,2 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses unterstützt.

WEITERE INFORMATIONEN ZUM PROJEKT EVA PT-RL:

[www.uni-due.de](http://www.uni-due.de) > Universität > Aktuelles





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

Name: \_\_\_\_\_

Redaktion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Adressenänderung**

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

Name: \_\_\_\_\_

Redaktion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

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

[www.aok-bv.de/presse/medienservice](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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_