



# AOK-MEDIENSERVICE

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

09/19

POLITIK

 @AOK\_Politik

Referentenentwurf: Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz

- **Richtige Reformschritte mit Präzisierungsbedarf** ..... 2

Referentenentwurf: Medizinprodukte-Anpassungsgesetz-EU

- **EU-Regeln lassen wenig nationalen Gestaltungsspielraum** ..... 5

ams-Grafik: GKV-Finanzergebnisse, 1. Halbjahr 2019

- **GKV-Ausgaben im Jahresvergleich** ..... 7

EU-Ticker

- **Die neue Gesundheitskommissarin kommt aus Zypern** ..... 8

Zahl des Monats

- **Rund 2,8 Milliarden Euro jährlich ...** ..... 10

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 11

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

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



Referentenentwurf: Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG)

## Richtige Reformschritte mit Präzisierungsbedarf

**18.09.19 (ams).** Der Referentenentwurf Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG) hat für eine Menge Aufregung gesorgt. Insbesondere die Regelungen für Beatmungspatienten werden in der Öffentlichkeit heftig diskutiert. „Das wird dem eigentlich positiven Anliegen des RISG nicht gerecht“, bedauert Nadine-Michèle Szepan. Die aktuellen Regelungen setzten zwar auch finanzielle Fehlanreize, die es gelte, zum Schutz und für eine bessere Versorgung der Patienten zu beseitigen. „Die Vorschläge greifen aber wesentliche Überlegungen der AOK zur Weiterentwicklung der außerklinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf“, so Szepan, die im AOK-Bundesverband die Abteilung Pflege leitet.

Schlagzeilen wie „Tausende Schwerstkranke in Panik“ und „Wenn das Gesetz kommt, will ich nicht mehr leben“, dazu eine Petition, die binnen weniger Tage 50.000 Unterzeichner hat – über kaum einen anderen Gesetzesvorstoß von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ist so reißerisch in den Medien berichtet worden wie über das geplante RISG. Es enthält, wie der Name schon andeutet, vor allem Regelungen zu den beiden Themen Rehabilitation und Versorgung von Patienten mit Intensivpflegebedarf.

### Positive Impulse für die intensivpflegerische Versorgung

Der Part, der in der Öffentlichkeit besondere Beachtung findet, ist der Teil zur außerklinischen Intensivpflege. Hier geht es vor allem um Patienten, die aufgrund ihrer invasiven beziehungsweise nichtinvasiven Beatmung einen Intensivpflegebedarf haben. Zu ihnen gehören Menschen, die an Amyotropher Lateralsklerose (ALS), Muskeldystrophie, Lungenemphysemen oder Chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) leiden. Die meisten werden zu Hause oder in einer Intensivpflege-WG gepflegt, in der Regel von einem darauf spezialisierten Pflegedienst. Dieser Markt ist geprägt von vielfältigen, aber weitgehend intransparenten Entwicklungen bei Strukturen und Angeboten der Beatmungspflege, ökonomischen Fehlanreizen – insbesondere hinsichtlich der Wahl der Versorgungsform – und unterschiedlich ausgestalteten Qualitäts- und Sicherheitsstandards. Nach derzeitigem Wissensstand ist anzunehmen, dass die etablierten Strukturen und Angebote kaum bedarfsgerecht ausgestaltet sind. Das Bundesgesundheitsministerium greift mit dem Referentenentwurf diese wesentlichen Versorgungsprobleme bei intensivpflegebedürftigen Patienten auf und zielt darauf ab, den besonderen Anforderungen gerecht zu werden und die Versorgungssicherheit dieser vulnerablen Patienten zu erhöhen.

Auf harsche öffentliche Kritik stößt der Vorstoß des BMG, dass künftig regelhaft die außerklinische Intensivpflege in spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in qualitätsgesicherten Intensivpflege-WGs stattfindet. Eine Versorgung in der Privatwohnung oder an sonstigen geeigneten Orten soll nur noch in Ausnahmefällen erfolgen. „Der Vorstoß des



Ministers ist nachvollziehbar und stößt damit eine Diskussion um die Machbarkeit der außerklinischen Versorgung in Privatwohnungen an“, sagt Nadine-Michèle Szepan. „Dabei geht es unserer Auffassung nach nicht nur darum, unter dem Pflegefachkräftemangel die vorhandenen qualifizierten Pflegefachpersonen möglichst effizient und wirtschaftlich einzusetzen, sondern auch ein ambulantes Versorgungssetting dann infrage zu stellen, wenn damit erhebliche Sicherheitsrisiken für Pflegebedürftige, Angehörigen und Pflegefachpersonen verbunden sind.“ Allerdings seien Eingriffe in das Wahl- und Wunschrecht der Patienten hoch sensibel“, so die AOK-Pflegeexpertin weiter. „Dem steht das Gefährdungspotenzial gegenüber, das insbesondere für ambulante Wohnformen fachlich kritischer eingeschätzt wird.“ Der Anspruch auf außerklinische Versorgung auch in der Privatwohnung sollte daher dann bestehen, sofern es den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen entspreche und wenn die räumlichen Verhältnisse und Umfeldbedingungen eine fachgerechte Versorgung ermöglichen. Hier sollte der Gesetzgeber aus Szepans Sicht nachjustieren.

Der Intensivpflege-Teil des Entwurfs enthält noch eine Reihe weiterer Regelungen, die sich aus Sicht des AOK-Bundesverbandes für diese Patienten sehr positiv auswirken. So ist mit dem eigenständigen Rechtsanspruch für Versicherte auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege auch verbunden, regelmäßig den Beatmungsstatus und mögliche Rehabilitationspotenziale zur Beatmungsentwöhnung respektive Dekanülierung zu erheben. Auch die Etablierung einheitlicher Qualitätsanforderungen und Sicherheitsanforderungen wird die außerklinische Versorgung bedarfsgerecht weiterentwickeln. Und für die Pflegebedürftigen mit Intensivpflegebedarf ist eine der wichtigsten Neuregelungen, dass sie bei einer Versorgung in einer spezialisierten Pflegeeinrichtung keine finanziellen Nachteile gegenüber einer Versorgung in einem ambulanten Setting erfahren.

### Unterschiedliche Qualitätsvorgaben anpassen

Von der Öffentlichkeit weniger beachtet wurden die Passagen zum Thema Rehabilitation. Sie sehen vor, dass Versicherte nur noch die Hälfte der und nicht mehr sämtliche Mehrkosten tragen, wenn sie eine andere Reha-Einrichtung wählen als die vorgegebene. Außerdem sollen der Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkasse entfallen und Rahmenempfehlungen auf Bundesebene kommen, die einheitliche und verbindliche Vorgaben zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und deren Vergütung machen. Auch soll bei der Reha die Veränderung der Vergütungen nicht mehr der Grundlohnsummenbindung unterliegen. Angesichts der Tatsache, dass die Versicherten nicht nur älter werden, sondern dann oft auch unter mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden, hält es der AOK-Bundesverband für sinnvoll, die Rolle der medizinischen Rehabilitation zu stärken. „Zu begrüßen ist, dass der Referentenentwurf Voraussetzungen für mehr Transparenz in der medizinischen Rehabilitation schaffen soll“, heißt es in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes. Der vorgelegte Entwurf skizziere durchaus Regelungen, die diesem Ziel zuträglich seien. Vieles hänge jedoch am Ende von der konkreten Ausgestaltung ab. Andere Vorschläge wiederum lehnt der Verband ab, da sie Fehlanreize setzten oder die notwendigen Voraussetzungen fehlten.

Regionalität und Qualität hat die AOK besonders im Blick. Sie begrüßt bundesweite Qualitätsstandards. Einheitliche Rahmenvorgaben könnten jedoch regionale Verträge lediglich ergänzen. Ein Problem sei zum Beispiel, dass bislang in der GKV im Unterschied zur gesetzlichen Rentenversicherung die tatsächlichen Leistungsinhalte wie etwa Therapieeinheiten



gar nicht oder kaum standardisiert erfasst würden. Sie sind damit für die GKV auch nicht Teil der Abrechnungsdaten und stehen für die Qualitätssicherung, eine am Bedarf orientierte Versorgungssteuerung oder für die angemessene Berücksichtigung einer leistungsorientierten Vergütung nicht zur Verfügung. Außerdem nehmen die Reha-Einrichtungen zur Zeit noch an unterschiedlichen Verfahren zur Qualitätssicherung (QS) teil. Diese Trennung sei nicht mehr zeitgemäß, kritisiert der AOK-Bundesverband in seiner Stellungnahme. Das schwäche die Qualitätssicherung der GKV und Sorge für Kostenträger wie für Patienten gleichermaßen für Intransparenz. Die vorgesehene Stärkung des Wahlrechts des einzelnen Versicherten bezüglich einer für ihn richtigen Reha-Einrichtung setze jedoch Transparenz und einheitliche QS-Verfahren voraus. Ferner führten unterschiedliche Verfahren zu höherem Bürokratieaufwand in den Reha-Einrichtungen selbst. Aus diesem Grund setzt sich die AOK für ein gemeinsames QS-Verfahren für GKV und Rentenversicherung ein.

Elementarer Baustein einer stärkeren Qualitäts- und Leistungsorientierung der Vergütung in der Rehabilitation ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes außerdem eine vollständige elektronische Erfassung und Übermittlung der Leistungs- und Abrechnungsdaten. In der Reha ist jedoch der Datenaustausch noch nicht sehr weit vorangeschritten. Ein wesentlicher Grund sei, dass sich die Leistungserbringer bisher nicht am elektronischen Datenaustausch beteiligen müssen. Der AOK-Bundesverband fordert eine entsprechende Pflicht auch für Reha-Einrichtungen und außerdem dafür entsprechende Strafen, wie es sie für Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und Hebammen schon längst gibt.

## Reha ist regional

Zentrale Forderung der AOK bleibt darüber hinaus aber, „dass Versorgung immer regional gestaltet werden muss und nicht bundeseinheitlich entworfen werden kann“, so die Stellungnahme. „Das gilt insbesondere für den Rehabilitationsbereich, der regional sehr unterschiedlich aufgestellt ist.“ Als Beispiel nennt der AOK-Bundesverband die Aufgabenverteilung zwischen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen bei der neurologischen oder geriatrischen Versorgung. Ähnliche Unterschiede bestünden im Zusammenspiel mit der Deutschen Rentenversicherung und ihren regionalen Zuständigkeiten.

Eine Prüfung der Erforderlichkeit einer vom niedergelassenen Arzt verordneten geriatrischen Rehabilitation der Krankenkasse sieht der Gesetzesentwurf nicht mehr vor. Das stößt beim AOK-Bundesverband auf vehemente Kritik. Es sei nicht nachvollziehbar, warum jüngst im Zusammenhang mit den Teilhabeleistungen des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) weitgehende Bedarfsermittlungen durch die Krankenkassen verankert wurden und jetzt mit dem RISG-Entwurf die Bedarfsprüfung der Krankenkassen für eine Reha-Maßnahme zumindest stark eingeschränkt werde. Das SGB IX regelt die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Der AOK-Bundesverband sieht in der Neuregelung die Gefahr medizinischer Fehlanreize. Es könne für Vertragsärzte künftig attraktiver sein, geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen anstelle anderer Rehabilitationsmaßnahmen zu verordnen.

(rbr)

DER REFERENTENENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz





Referentenentwurf: Medizinprodukte-Anpassungsgesetz-EU (MPAnpG-EU)

## EU-Regeln lassen wenig nationalen Gestaltungsspielraum

**18.09.19 (ams). Ab Mai 2020 wird die über fünf Jahre ausgehandelte EU-Verordnung über Medizinprodukte erste konkrete Auswirkungen haben. Zusammen mit der Verordnung über In-Vitro Diagnostika war sie Ende Mai 2017 in Kraft getreten. Nun läuft die zweijährige Übergangsfrist aus. Für die In-Vitro-Diagnostika gilt diese Übergangsfrist noch bis 2022. Da beide Verordnungen unmittelbar in den EU-Ländern gelten, müssen die nationalen Gesetze angepasst werden. Die Umsetzung an sich ist wenig umstritten, weil Medizinprodukteskandale Lücken in den EU-Regelungen notwendig machten.**

Allerdings hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bei der EU eine Verlängerung der Übergangsfrist um weitere vier Jahre bis 2024 gefordert, weil die Zertifizierungsstellen („Benannte Stellen“) noch nicht über die notwendigen Kapazitäten verfügten. „Nur für eine kleine Gruppe von Medizinprodukten mit niedrigem Risiko, die bisher keine Zertifizierung benötigten, könne eine Fristverlängerung sachgerecht sein“, erwidert der AOK-Vertreter bei der Europäischen Union (EU) in Brüssel, Evert Jan van Lente.

Auf Anregung des AOK-Bundesverbandes will sich jetzt auch die European Social Insurance Platform (ESIP) entsprechend positionieren. „Eine Verlängerung der Frist ist insbesondere aus Gründen der Patientensicherheit kaum akzeptabel“, sagt van Lente. Darüberhinaus leistet der Referentenentwurf zum MPAnpG-EU das, was der Titel des Gesetzes verspricht: Er passt bestehende deutsche Gesetze und Verordnungen im Wesentlichen an die Vorgaben der EU-Verordnungen an. Dazu gehören etwa das Medizinprodukte-Gesetz (MPG) und die Medizinprodukt-Sicherheitsverordnung (MPSV). Diese Regelungen werden in ein „Medizinprodukte-Durchführungsgesetz“ (MDG) überführt. Zusätzlich werden mit diesem Gesetz Regelungen aus dem Übereinkommen des Europarates über die Fälschung von Arzneimittelprodukten und ähnlichen Verbrechen umgesetzt, die eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellen (Medcrime-Convention).

### Neue Kompetenzen fürs BfArM

Eine für Deutschland wesentliche Änderung ist die durch die EU-Verordnung vorgegebene Umgestaltung der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern insbesondere bei der Anordnung und Umsetzung von Maßnahmen bei auffälliger Risikobewertung durch eine „zentrale“ Stelle. Auch bei der Absprache mit entsprechenden Institutionen anderer EU-Länder oder bei fehlerhaften oder betrügerischen Anträgen bekommt diese zentrale Stelle eine bedeutende Rolle. Außerdem wird die Europäische Datenbank für Medizinprodukte (Eudamed) im Zuge der EU-Verordnungen zur Informationsdatenbank und Austauschplattform für alle Länder der Europäischen Union.

Die Kompetenz der zuständigen Bundesoberbehörde in Deutschland, des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), wird deutlich erweitert und gestärkt. Bisher hat das BfArM lediglich die Aufgabe der Risikobewertung von Medizinprodukten und gibt



Empfehlungen an die zuständigen Behörden auf Länderebene. Jetzt bekommt es die Aufgabe, entsprechend der Risikobewertung selbst tätig zu werden, notwendige Maßnahmen festzulegen, umzusetzen und zu überwachen. Zum nationalen Gestaltungsspielraum, den die EU-Verordnungen zulassen, zählen auch detaillierte Vorgaben zu Verfahrensweisen des BfArM und einer künftigen Ethikkommission, die neben der Sicherheitsbewertung des BfArM eine eigene Bewertung im Rahmen der Prüfung und Einführung von Medizinprodukten vornehmen muss.

### Mehr Vollmachten fürs Ministerium

Auch Regelungen zu klinischen Studien mit Medizinprodukten im Rahmen rein wissenschaftlicher Studien ohne unmittelbaren Bezug zu Produkteinführung und -überwachung werden festgelegt. Weitere Beispiele sind die Festlegung der Sprachen, in denen Unterlagen in Deutschland einzureichen sind, und die Qualifikation der Leiter beziehungsweise Hauptprüfer der klinischen Studien. Das Gesetz bevollmächtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu mehreren Verordnungen, wenn es zum Beispiel um detailliertere Vorgaben geht, wer Zugang zu den nationalen Datenbanken haben kann oder wer die künftigen produktidentifizierenden Informationen („Unique Device Identification“, UDI) erhält. Hier unterstreicht der AOK-Bundesverband noch einmal seine langjährige Forderung, diese Informationen auch in den elektronischen Austausch der Abrechnungsdaten zu integrieren. Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung wird das BMG auch ermächtigt, spezielle, auf die Nutzung von Software als Medizinprodukt (zum Beispiel Medical-Apps) zugeschnittene Regelungen zu erlassen.

Die Überwachung der Betriebe und Einrichtungen, die in die Zulassung eingebunden sind, obliegt in den meisten Fällen den zuständigen Landesbehörden. Das betrifft den gesamten Prozess von der Herstellung über die klinische Prüfung, die Markteinführung bis zur Verpackung. Die entsprechenden Details werden in eine Verwaltungsvorschrift verlagert. Hier plädiert der AOK-Bundesverband für eine Einbettung in ein Gesetz.

Langjährige Forderungen nicht nur des AOK-Bundesverbandes, sondern eines breiten, europaweiten Bündnisses, wie eine EU-weite Zulassungsstelle für Medizinprodukte oder klinische Studien zum Nachweis des Nutzens und der Sicherheit von Medizinprodukten der höchsten Risikostufe, sind ebenso wenig Teil der EU-Verordnung wie eine umfassende Produkthaftung für die Hersteller. All dies fällt nicht in den nationalen Gestaltungsspielraum und kann somit auch nicht Inhalt des MPAnpG-EU sein.

(rbr)

#### DAS DOSSIER:

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

> Hintergrund > Dossiers > Medizinprodukte



#### DIE EU-VERORDNUNGEN 2017/745 ÜBER MEDIZINPRODUKT UND 2017/746 ÜBER IN-VITRO-DIAGNOSTIKA

[www.eur-lex.europa.eu](http://www.eur-lex.europa.eu)

#### DIE MEDCRIME-CONVENTION DES EUROPARATES:

[www.coe.int/medicrime](http://www.coe.int/medicrime)





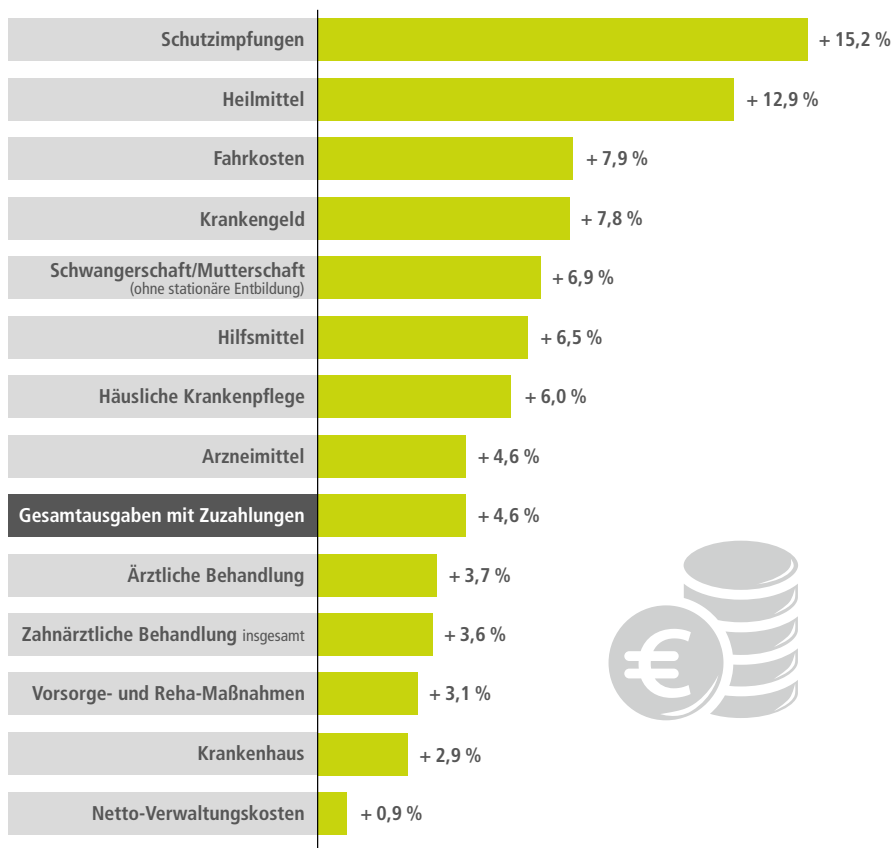
## GKV- Ausgaben 1. Halbjahr 2019 im ersten Halbjahr

ams-Politik 09/19

### Jahresvergleich

#### in ausgewählten Leistungsbereichen

Änderungen in Prozent ggü. dem 1.HJ 2018



Quelle: Quelle: BMG, KV-45-Zahlen, 04.09.19;  
Grafik: AOK-Mediendienst

Der leicht negative Trend des ersten Quartals 2019 setzt sich auch im zweiten Quartal mit einem Defizit von 544 Millionen Euro fort. Rund 124,7 Milliarden Euro auf der Einnahmeseite standen Ausgaben von rund 125,2 Milliarden Euro gegenüber. Die Ausgaben stiegen im Jahresvergleich absolut um 4,6 Prozent und um 4,7 Prozent bezogen auf den einzelnen Versicherten. Die Zahl der GKV-Versicherten legte laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) um 0,5 Prozent zu. Knapp 26,8 Millionen Menschen waren im Juni 2019 bei einer der elf AOKs versichert.

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





EU-Ticker

## Neue EU-Gesundheitskommissarin kommt aus Zypern

18.09.19 (ams). Die künftige Kommissionschefin Ursula von der Leyen hat Stella Kyriakides aus Zypern am 10. September für die Aufgabe der EU-Kommissarin für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit nominiert. Die 63-Jährige ist medizinische Psychologin und war 27 Jahre lang im Gesundheitsministerium Zyperns tätig. Über ihr Heimatland hinaus wurde sie durch ihr Engagement in der Brustkrebs-Prävention bekannt. Unter anderem hat sie für den Europarat eine Kampagne zur Sensibilisierung für diese Erkrankung organisiert. Wie alle nominierten Kommissionsmitglieder muss sich Kyriakides jetzt der Fachanhörung im Europaparlament stellen. Danach muss das Parlament die Kommission als Ganzes bestätigen. „In einem sogenannten Mission Letter hat von der Leyen ihrer Kandidatin bereits vorrangige Aufgaben für die kommende Legislaturperiode zugeteilt“, erläutert der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. „Konkret genannt werden in dem Brief das EU-weite Sicherstellen der Versorgung mit bezahlbaren Arzneimitteln, die Umsetzung der Medizinprodukteverordnung, das Bekämpfen von Antibiotikaresistenzen, mehr Austausch der EU-Staaten beim Thema Impfungen, das Voranbringen der europäischen Initiative zur Bekämpfung von Krebs und das Vorantreiben der Digitalisierung im Gesundheitswesen mit grenzüberschreitendem Austausch von Gesundheitsdaten.“ Institutionell verankert wird die Zuständigkeit für Medizinprodukte innerhalb der EU-Kommission wieder in der Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (DG Sante). „Ursula von der Leyen wertet die DG Sante deutlich auf“, berichtet van Lente. Auch relevante Bereiche der Biotechnologie und der Lebensmittel-Versorgungskette (Food Supply Chain) wandern von der DG GROW zur DG SANTE. „Das ist konsequent im Sinne von Patientensicherheit und Verbraucherschutz und auch ein Erfolg für den AOK-Bundesverband“, so van Lente. „Wir haben mit unseren Partnern auf Europaebene immer wieder darauf gedrängt, die 2014 gegen massiven Protest vollzogene Verschiebung der Medizinprodukte ins Binnenmarkt-Ressort rückgängig zu machen.“

ÜBERSICHT DER NOMINIERTEN  
KANDIDATINNEN UND KANDIDATEN  
FÜR DIE EU-KOMMISSION

[ec.europa.eu/germany](http://ec.europa.eu/germany)  
> Meldung vom 10.09.19



## Finnland setzt auf die „Ökonomie des Wohlergehens“

18.09.19 (ams). Bis Ende des Jahres hat Finnland die halbjährliche EU-Ratspräsidentschaft inne und damit die Möglichkeit, eigene Themen auf die europäische Tagesordnung zu setzen. Das Land macht dies unter dem Oberbegriff „Ökonomie des Wohlergehens“. Die Botschaft: Das Ziel der EU kann nicht allein Wirtschaftswachstum sein. Programme und politische Entscheidungen sollen daraufhin überprüft werden, wie diese zu mehr Zusammenhalt und gleichen Chancen in der Gemeinschaft beitragen. „Gesundheit gehört neben Bil-





„...dung zu den wichtigen Pfeilern der ‚Ökonomie des Wohlergehens‘“, heißt es in einer zum Thema in Auftrag gegebenen Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). „Finnland will explizit auch in der Gesundheitspolitik Schwerpunkte setzen“, sagt AOK-Europaexperte Evert Jan van Lente. Auf der Agenda stehe insbesondere die Arzneimittelversorgung: „Die Frage lautet, ob der Rahmen der Gesetzgebung geändert werden muss, um falsche Anreizwirkungen zu korrigieren, um Lieferengpässe zu verhindern und um zu vermeiden, dass bestimmte Patientengruppen keinen Zugang zu innovativen Arzneimitteln haben.“

**WEBSITE DER FINNISCHEN EU-RATSPRÄSIDENTSCHAFT:**

[eu2019.fi](http://eu2019.fi)

**OECD-BERICHT ZUR „ECONOMY OF WELL-BEING“ (ENGLISCH):**

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



## Rekordsumme für den Kampf gegen AIDS, TBC und Malaria

18.09.19 (ams). Die EU will den „Globalen Fonds“ mit 550 Millionen Euro unterstützen. Der Fonds ist ein internationales Partnerschaftsinstrument zur weltweiten Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria. „Mithilfe des Fonds wurden seit 2002 bereits 27 Millionen Menschenleben gerettet“, sagte der scheidende EU-Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker Ende August beim G7-Gipfel in Frankreich. Erklärtes Ziel auch der EU bleibe es, diese Epidemien bis 2030 auszulöschen.

**MEHR INFOS DER EU-KOMMISSION:**

[ec.europa.eu/germany](http://ec.europa.eu/germany) > Presse > Meldung vom 26.08.19





Zahl des Monats

## Rund 2,8 Milliarden Euro jährlich ...

... holen die Krankenkassen laut Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die erfolgreiche Beanstandung fehlerhafter Krankenhausabrechnungen zurück – bei einer durchschnittlichen Prüfquote von 17,1 Prozent. Mindestens 1,2 Milliarden Euro wird das Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) die Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach Schätzungen des Verbandes kosten. In dieser Größenordnung würden künftig fehlerhafte Klinikabrechnungen von den Krankenkassen nicht mehr geprüft werden müssen, kritisiert der GKV-Spitzenverband.

Ab 2020 sollen die Prüfungen von Krankenhausabrechnungen durch Krankenkassen begrenzt werden. Krankenkassen dürften auffällige Krankenhausabrechnungen dann nur noch bis zu einer bestimmten Quote prüfen. Entscheidend ist dabei, wie hoch die Zahl der Fehler im davorliegenden Quartal waren. Je geringer, desto niedriger ist auch die Quote. Alle anderen Rechnungen müssen sie ignorieren, auch wenn es Hinweise auf Fehler gibt.

Bisher filtern Krankenkassen falsche Rechnungen der Krankenhäuser heraus und holen damit jährlich rund 2,8 Milliarden Euro ins System zurück. Mit einer durch das MDK-Reformgesetz geplanten maximalen Prüfquote von zehn Prozent je Krankenhaus für 2020 werde das nicht mehr möglich sein, prognostiziert der Verband.

**WEITERE HINTERGRÜNDE INKLUSIVE STELLUNGNAHME SOWIE  
ERKLÄRUNG DES VERWALTUNGSRATES DES GKV-SPITZENVERBANDES:**

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

> Über Uns > Presse > Pressemitteilung





## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Versorgungsforschung: GBA fördert 59 neue Projekte

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) hat Mitte August 2019 die Förderung weiterer Projekte beschlossen. Es handelt sich dabei um 19 Konzepte zur Versorgungsforschung, die auf die themenspezifische Förderbekanntmachung eingereicht wurden. Dabei geht es unter anderem um Stärkung der gesundheitlichen Versorgung in der Pflege und Transparenz über die pflegerische Versorgungsqualität, den Einfluss evidenzbasierter Gesundheitsinformationen auf die Versorgung sowie die Barrierefreiheit und Verbesserung der Situation von Menschen mit Assistenzbedarf. Es werden 34 Projekte zur themenoffenen Förderbekanntmachung gefördert und zusätzlich jeweils ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung und Evaluation der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Paragraph 116b des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sowie zur Evaluation von Selektivverträgen und vier Projekte zur Weiterentwicklung und Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie. Der Innovationsausschuss hat auf seiner Website eine Übersicht der neuen Projekte veröffentlicht. Sobald die Förderempfänger die erforderlichen Auflagen erfüllt haben, können sie in Abhängigkeit des Projektfortschritts quartalsweise Fördermittel anfordern. Im Herbst 2018 waren insgesamt 197 Anträge eingegangen.

### Nutzenbewertung auch auf englisch

Der GBA hat einen Auftrag aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) umgesetzt und bietet künftig seine Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln auch in englischer Übersetzung an. Der Service gilt für alle Entscheidungen seit dem 1. August 2019. Der GBA veröffentlicht die Übersetzungen spätestens vier Wochen nach Beschlussfassung auf seiner Website. Die Übersetzung der Beschlüsse und der tragenden Gründe für die jeweilige Entscheidung dient der Information der internationalen Fachöffentlichkeit, rechtlich bindend ist jedoch die deutschsprachige Version.

---

INFORMATIONEN ÜBER DEN INNOVATIONSAUSSCHUSS BEIM GBA:

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

---

INFORMATIONEN ÜBER DIE ARBEIT DES GBA INSGESAMT

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





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

**Der Bundestag ist aus der Sommerpause zurückgekehrt und hat seine Arbeit wieder vollständig aufgenommen. Gesundheitspolitisch wird es in der Sitzungswoche ab dem 23. September ernst. Unter anderem die ersten Lesungen zum MDK-Reformgesetz und zum Digitale-Versorgung-Gesetz sind für diese Woche vorgesehen. Die zweite und dritte Lesung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung stehen ebenso an. Diese und ältere Stichworte (Stand: 11. September 2019) gibt es auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).**

### Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz (ATA-OTA-G)

Für den 20. September plant der Bundesrat seine abschließenden Beratungen. Das Bundeskabinett hatte am 26. Juni 2019 auf Basis des Referentenentwurfes aus dem Bundesgesundheitsministerium das Gesetz beschlossen. Es ist zustimmungspflichtig im Bundesrat. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht erstmals eine bundesrechtliche Regelung für die Ausbildung in der Anästhesietechnischen Assistenz und der Operationstechnischen Assistenz vor. Zwar gibt es diese Ausbildungen bereits, sie werden aber bislang auf der Grundlage verschiedener Länderregelungen oder einer Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchgeführt.

Durch das Gesetz werden bundeseinheitlich einzuhaltende Vorgaben gemacht. Der Bedarf an Fachkräften in den anästhesietechnischen und operationstechnischen Versorgungsbereichen ist hoch. Die bundesrechtliche Regelung verdeutlicht durch das formulierte Ausbildungsziel die wichtige und komplexe Aufgabenstellung des Berufs und entspricht dem breiten Tätigkeitsspektrum der Berufsangehörigen. Die neue, modern ausgestaltete Ausbildung soll für interessierte junge Menschen eine attraktive Alternative darstellen. Dazu trägt auch bei, dass die Zahlung einer Ausbildungsvergütung vorgesehen ist. Zudem wird die Zahlung von Schulgeld ausgeschlossen.

Für die staatliche Anerkennung von Schulen, die zur Anästhesietechnischen und Operationstechnischen Assistenz ausbilden, werden mit dem Gesetz Mindestanforderungen festgelegt. Bereits ausbildenden Schulen wird durch Übergangsregelungen die Möglichkeit eröffnet, sich auf diese neuen Anforderungen einzustellen.

Schulleitungen und Lehrkräften, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes in ihren jeweiligen Positionen tätig sind, wird Bestandsschutz gewährt. Auszubildende, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Ausbildung nach den bisherigen Regelungen begonnen haben, sollen diese Ausbildungen nach den bisher jeweils geltenden Vorschriften abschließen können.

Das Gesetz soll durch eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ergänzt werden. Gesetz und Verordnung sollen zum 1. Januar 2021 in Kraft treten.

Bereits drei Mal ist das Vorhaben des Bundesrats – da noch unter dem Titel „Gesetz über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfi-



finanzierungsgesetzes“ – nicht entschieden worden. Der Bundestag hatte zwar den Gesetzentwurf der Länderkammern (Bundsrats-Drucksache 126/14) aufgenommen, aber nicht zur Beratung angesetzt (Bundestags-Drucksache 18/1581). Wegen des Grundsatzes der Diskontinuität hat die Länderkammer den Antrag unverändert gegenüber den in den vergangenen Wahlperioden des Deutschen Bundestages beratenen Vorlagen erneut eingebracht. Kern des Vorhabens ist es, dass die dreijährige Ausbildung von den Krankenkassen finanziert wird. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Bereits dieser Entwurf war wortgleich mit einem Gesetzentwurf der Länder aus der 17. Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/1223) und wegen des Grundsatzes der Diskontinuität nach der Bundestagswahl 2013 erneut eingebracht worden. Grundlage des Länder-Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006.

DER GESETZENTWURF:

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



## Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV)

Die „Elektronischen Arzneimittelinformations-Verordnung“ (EAMIV) ist am 1. August 2019 in Kraft getreten. Ziel der EAMIV ist es, niedergelassene Ärzte über ihre Praxissoftware verständlich und möglichst aktuell über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur frühen Nutzenbewertung zu informieren. Die EAMIV definiert Mindestanforderungen für Inhalte und technische Voraussetzungen. Das entspricht einem Auftrag aus dem GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz vom Mai 2017. So sollen der Zusatznutzen des Arzneimittels sowie die zweckmäßige Vergleichstherapie nach Patientengruppen differenziert abgebildet und die tragenden Gründe des GBA-Beschlusses zusammenfassend in verständlicher Sprache dargestellt werden. Alle Informationen sind miteinander zu verlinken. Weitergehende Vorgaben macht anschließend der GBA.

DIE VERORDNUNG IM BUNDESGESETZBLATT:

[www.bgbl.de](http://www.bgbl.de)  
> Teil I > 2019 > Nr. 28 vom 02.08.2019



## Gesetz für bessere Löhne in der Pflege - Pflegerlohnerbesserungsgesetz

Das Bundeskabinett hat am 19. Juni 2019 den Regierungsentwurf für das Pflegerlohnerbesserungsgesetz auf den Weg gebracht. Grundlage ist der Referentenentwurf des Bundesarbeitsministeriums vom 4. Juni 2019. Das Vorhaben ist eines der wesentlichen Ergebnisse der im Juli 2018 ins Leben gerufenen „Konzertierten Aktion Pflege“ (KAP). Erklärtes Ziel ist eine schnelle und spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte. Der AOK-Bundesverband hat sich intensiv an der Arbeit beteiligt.



Weitere KAP-Vorgaben sind neben dem Pflegelöhneverbesserungsgesetz auch die Anbindung der Pflege an die Telematik-Infrastruktur, die bereits über das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) geregelt werden, Standards zur Zusammenarbeit der Pflege mit anderen Gesundheitsberufen und Maßnahmen für bessere Rahmenbedingungen der Arbeit in der Pflege. Dazu gehört unter anderem der Aufbau einer zentralen Servicestelle für die Berufsanerkennung. Der Gesetzentwurf beinhaltet auch die Rahmenbedingungen für die Berufung, Zusammensetzung und Arbeit der neuen Pflegekommission. Sie soll künftig als ständiges Gremium mit fünfjähriger Amtszeit Empfehlungen für Mindeststandards aussprechen, zum Beispiel für Mindestentgelte oder Urlaubszeiten. Diese Empfehlungen können laut Gesetzentwurf zum Gegenstand von Rechtsverordnungen gemacht werden.

DER GESETZENTWURF:

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

> Service > Gesetze > Gesetz für bessere Löhne in der Pflege



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

Die Bundesregierung verfolgt nach eigener Aussage mit dem Reformgesetz vor allem zwei bereits im Koalitionsvertrag formulierte Ziele: die Stärkung der Unabhängigkeit der bisherigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beziehungsweise des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) sowie eine Reduzierung der Prüfverfahren von Krankenhausabrechnungen. Das Bundeskabinett hat den Gesetzentwurf inzwischen verabschiedet. Die Prüfverfahren für Klinikabrechnungen haben laut Aussage des GKV-Spitzenverbandes in diesem Jahr ein Rekordhoch erreicht. Jede zweite geprüfte Krankenhausabrechnung sei fehlerhaft, heißt es in einer Mitteilung des Verbandes. Das zeigten neueste Auswertungen der Krankenkassen für das Jahr 2017. Die Fachanhörung fand am 11. Juni 2019 statt.

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

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

Um die hohe Zahl der Prüfverfahren zur Korrektheit von Krankenhausabrechnungen zu senken, sollen ab 2021 quartalsbezogene Prüfquoten je Klinik festgelegt werden. Das heißt, dass nicht mehr jede potenziell falsche Krankenhausrechnung überprüft wird. Der Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen richtet sich danach, wie gut eine Klinik



bisher abgerechnet hat. Je höher der Anteil korrekter Rechnungen war, desto niedriger fällt die Prüfquote aus und umgekehrt. Basis der Prüfquote sind jeweils die Prüfergebnisse des vorangegangenen Quartals. So dürfen bei einer Fehlerquote über 60 Prozent künftig maximal nur noch 15 Prozent aller Krankenhausabrechnungen geprüft werden, bei einer Quote zwischen 40 und 60 Prozent zehn Prozent und bei weniger als 40 Prozent nicht mehr als fünf Prozent. Für das Jahr 2020 gilt eine Prüfquote von zehn Prozent. Die Bundesregierung erhofft sich dadurch mehr Anreize für eine korrekte Abrechnung. Zusätzlich zur Begrenzung der Zahl der Prüfungen sieht der Kabinettsbeschluss vor, die Strafabschläge für nachgewiesenes Falschabrechnen auf maximal 1.500 Euro zu deckeln. Für das Jahr 2020 gilt eine Prüfquote von zehn Prozent. Die Bundesregierung erhofft sich dadurch mehr Anreize für eine korrekte Abrechnung.

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

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

DER KABINETTSBESCHLUSS:

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



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

Ziel des Gesetzes ist eine höhere Masern-Impfrate insbesondere bei Kindern. Um dieses Ziel zu erreichen, plant das Bundesgesundheitsministerium, die Freiwilligkeit der Impfscheidung für bestimmte Personengruppen aufzuheben. Das Kabinett hat seinen Entwurf am 17. Juli verabschiedet. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass alle Kinder beim Eintritt in die Schule oder den Kindergarten beide, von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Masern-Impfungen vorweisen müssen. Eltern, die ihre in Gemeinschaftseinrichtungen betreuten Kinder nicht impfen lassen, werden künftig eine Ordnungswidrigkeit begehen und müssen mit Bußgeldern in Höhe von bis zu 2.500 Euro rechnen. Auch bei der Betreuung durch eine Tagesmutter muss ein Nachweis über die Masernimpfung erfolgen. Außerdem





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

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

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

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

**DER KABINETTSBESCHLUSS:**

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

> Service > Impfpflicht-Gesetz



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

Anfang Juli hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn einen überarbeiteten Referentenentwurf vorgelegt. In der Ressortabstimmung für die Kabinettsfassung hatte das Justizministerium Datenschutzbedenken bei den Vorgaben für die elektronische Patientenakte (ePA) angemeldet. Konkret geht es um mangelnden Datenschutz für eine technisch bedingte Übergangszeit. Weil die Funktion, Ärzten nur auf Teile der Akte Zugriff zu erlauben, nicht von Anfang an zur Verfügung steht, hätten Versicherte ihren Ärzten zunächst einen Vollzugriff erlauben müssen.

Um den vorgesehenen Start der ePA 2021 zu gewährleisten, will Spahn die Lösung jetzt in ein eigenes Gesetz auslagern. Deshalb wurden aus dem bisherigen Entwurf die Regelungen zur Entwicklung der ePA komplett gestrichen. Das betrifft den Anspruch der Versicherten auf Speicherung medizinischer Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung ab 1. Januar 2021 und alle damit in Zusammenhang stehenden Anwendungen und Verpflichtungen der Leistungserbringer und Krankenkassen. Gestrichen ist damit auch der Passus, nach dem die



gematik bis zum 31. März 2021 die technischen Voraussetzungen für die ePA-Implementierung von Impfpass, Mutterpass, U-Untersuchungen für Kinder und Zahn-Bonus-Hefte schaffen sollte.

Patientinnen und Patienten sollen sich Gesundheits-Apps künftig wie Arzneimittel vom Arzt verschreiben lassen können. Sie sollen ihre Daten in absehbarer Zeit in einer elektronischen Patientenakte speichern lassen. Auch telemedizinische Angebote wie zum Beispiel Videosprechstunden sollen leichter nutzbar sein. Das sind wesentliche Ziele des Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (DVG). Der Gesetzentwurf sieht eine Erweiterung der Telematikinfrastruktur (TI) vor. So sollen Apotheken und Krankenhäuser verpflichtet werden, sich an die Telematikinfrastruktur anschließen zu lassen. Hier wurden im Zuge des Kabinettsbeschlusses aber noch einmal die jeweiligen Fristen geändert. Für Apotheken wurde die Frist um sechs Monate auf den 1. September 2020 verlängert. Krankenhäuser müssen drei Monate früher zum 1. Januar 2021 an die TI angeschlossen sein. Ärztlichen Praxisinhabern, die noch immer nicht an die TI angeschlossen sind, droht ab März 2020 eine Honorarkürzung von 2,5 Prozent. Weitere Gruppen wie Pflegeeinrichtungen, Hebammen beziehungsweise Entbindungspfleger sowie Physiotherapeuten können sich zunächst freiwillig an die TI anschließen. Die Kosten für die freiwillige Anbindung werden erstattet.

Krankenkassen müssen ihren Versicherten spätestens ab dem 1.1.2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten. Mit dem DVG sollen Patientinnen und Patienten zeitgleich einen Anspruch darauf erhalten, dass ihre Ärztin beziehungsweise ihr Arzt Daten in die ePA einträgt. Die Nutzung digitaler Technik soll Verwaltungsprozesse vereinfachen. Nach der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und dem E-Rezept (GSAV) soll jetzt auch die elektronische Heil- und Hilfsmittelverordnung kommen. Die konkreten Verfahren und Abläufe sollen in Pilotprojekten getestet werden.

### DER KABINETTSBESCHLUSS:

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



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

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

Gleichzeitig würde die Aufsicht bisher regional begrenzter Kassen von den Landesbehörden auf das Bundesversicherungsamt (BVA) übergehen, was aus Sicht des Ministeriums Wettbewerbsverzerrungen aufgrund unterschiedlichen Handelns der Landesaufsichtsbehörden



beseitigen würde. Darüber hinaus werden die Verhaltensregeln für den Wettbewerb und insbesondere für Werbemaßnahmen der Krankenkassen genauer festgelegt sowie die Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander neu geordnet.

Die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen selber Kassenart wird abgeschafft. Die Kosten, die aus der Insolvenz einer Krankenkasse entstehen, sollen künftig alle Kassen auf Basis eines fairen Verteilungsschlüssels tragen. Schließlich werden die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes neu geordnet, um eine engere Anbindung an das operative Geschäft und die angemessene Repräsentanz von Frauen in den Entscheidungsgremien sicherzustellen. So plant das BMG, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes künftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern der Verwaltungsräte der Krankenkassen, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen gebildet wird. Darüber hinaus sieht der Referentenentwurf eine Frauenquote bei der künftigen Besetzung des dann 40-köpfigen Gremiums vor. Die 20 größten Mitgliedskassen entsenden je ein Vorstandsmitglied in den Verwaltungsrat. Die weiteren 20 Verwaltungsratsmitglieder werden von der Mitgliederversammlung gewählt. Diese 20 Sitze werden je zur Hälfte mit Männern und Frauen besetzt. In der aktuell bis 2023 laufenden Amtsperiode hat der Verwaltungsrat 52 Mitglieder.

Das Wettbewerbsrecht und die Klagerechte der Krankenkassen untereinander werden ebenfalls neu geregelt und teilweise ausgeweitet. Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) wird als Mindeststandard für verbindlich erklärt. Maßnahmen der Risikoselektion werden untersagt. Bei Werbung muss die Sachinformation im Vordergrund stehen. Krankenkassen, die sich durch einen Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, können unabhängig vom Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde selbst aktiv werden. Dies gilt auch beim Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder beim Verdacht auf RSA-Manipulationen. Für Klagen wird der Rechtsweg zu den mit der Anwendung des UWG erfahrenen Zivilgerichten eröffnet.

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

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



Ein Risikopool soll künftig finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen aufgrund von Hochkostenfällen mindern. Der Referentenentwurf hat hier insbesondere hochpreisige Arzneimitteltherapien im Auge, die zur Genesung oder langjährigen Verzögerung einer Krankheit führen und somit keine relevanten Folgekosten für Zuweisungen aus dem RSA verursachen. Krankenkassen erhalten aus dem Risikopool für jeden Versicherten 80 Prozent der Leistungsausgaben, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen.

Das BMG will möglichen Manipulationen bei der Kodierung von Diagnosen einen Riegel vorschieben. Insbesondere hohe Steigerungsraten, bei denen anzunehmen sei, dass sie auf Maßnahmen zur Beeinflussung der Kodierung durch die Krankenkassen beruhen, dürften nicht zu einem finanziellen Vorteil für die entsprechende Krankenkasse führen. Daher werden sogenannte hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsrate überschreiten, bei der Berechnung der Risikozuschläge im Jahresausgleich ausgeschlossen. In der Folge erhalten alle Krankenkassen für diese HMGs keine Zuweisungen mehr.

Geplant ist auch die Einführung einer HMG speziell für den Hausarzt. Hintergrund: Identische Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen Zuschlägen, obwohl die hausärztliche Versorgung bei vielen Krankheiten in der Regel niedrigere Ausgaben zur Folge hat. Diese Unterschiede könnten somit künftig berücksichtigt werden und Zuschläge in Abhängigkeit davon gezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Das BMG sieht darin ein nützliches Instrument, das Verträge zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung weniger attraktiv macht und die Manipulationsresistenz des RSA stärkt. Präventionsbemühungen der Krankenkassen sollen im Morbi-RSA stärker berücksichtigt werden als bisher. Krankenkassen erhalten künftig für jeden Versicherten eine Vorsorge-Pauschale, sobald eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- und Früherkennungs-Untersuchung oder eine Schutzimpfung nach Paragraph 20i Absatz 1 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) in Anspruch genommen wurde.

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

#### DER REFERENTENENTWURF:

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



#### DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

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





## Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (EIRD)

Am 17. Mai hat sich der Bundesrat das erste Mal mit dem Kabinettsentwurf für das „Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters“ (Implantateregister-Errichtungsgesetz – EIRD) vom 3. April befasst. Die erste Lesung im Bundesrat folgt voraussichtlich im Juni noch vor der parlamentarischen Sommerpause. Mit dem Gesetz sollen die rechtlichen Voraussetzungen für die Errichtung eines verbindlichen bundesweiten Implantateregisters geschaffen werden. Als erste Schritte sind die Einrichtung eines Implantateregisters und die gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme aller Beteiligten vorgesehen. Im zweiten Schritt soll über eine Rechtsverordnung definiert werden, welche Implantate in dem Register erfasst werden sollen. Zudem müssen die rechtlichen Voraussetzungen für Errichtung und Betrieb der Register- und Geschäftsstelle des Deutschen Implantateregisters sowie einer unabhängigen Vertrauensstelle geschaffen werden.

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

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

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

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

### KABINETTSENTWURF UND STELLUNGNAHMEN:

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

> Service > Implantateregister-Errichtungsgesetz



## Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

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

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



zum Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten werde bei gleichzeitiger Herabsetzung der Qualifikation erweitert.

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

#### DER KABINETTSENTWURF:

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



## Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Mit dem Gesetzentwurf will die Bundesregierung „die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch ortsnahe Apotheken stärken“. Apotheken sollen künftig mehr Geld für zusätzliche Dienstleistungen und Notdienste erhalten. Als Beispiel nennt das Gesundheitsministerium die intensive pharmazeutische Betreuung bei einer Krebstherapie oder die Arzneimittelversorgung von pflegebedürftigen Patienten in häuslicher Umgebung. Außerdem soll für gesetzlich Versicherte künftig der gleiche Preis für verschreibungspflichtige Arzneimittel gelten, unabhängig davon, ob diese über eine örtliche Apotheke oder eine EU-Versandapotheke bezogen werden. Der Gesetzentwurf beziffert die Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf gut 160 Millionen Euro und auf knapp zwölf Millionen Euro für die private Krankenversicherung (PKV).

Ärzte können künftig außerdem schwer chronisch kranken Patienten ein speziell gekennzeichnetes Rezept ausstellen, auf das dann bis zu drei weitere Male das immer gleiche Arzneimittel abgegeben werden kann. Ziel ist es, Versicherte und Arztpraxen zu entlasten. Damit sich noch mehr Menschen gegen Grippe impfen lassen, können Apotheker in regionalen Modellvorhaben Erwachsene gegen Grippe impfen. Sie werden vorher dafür von Merdiziniern geschult. Parallel zum Gesetz passierte auch die „Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung“ jetzt das Bundeskabinett.

#### DER KABINETTBSCHLUSS:

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



## Hebammenreformgesetz (HebRefG)

Mit dem „Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung“ (Hebammenreformgesetz – HebRefG) leitet die Bundesregierung die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung ein. Der Gesetzentwurf hat die erste Lesung im Bundestag und die erste Beratung Bundesrat durchlaufen. Auch die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages hat stattgefunden. Für Herbst sind die zweite und dritte Lesung angesetzt. Die Große Koalition will mit dem Gesetz nicht nur die EU-Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG umsetzen, sondern auch den gewachsenen beruflichen Anforderungen an Hebammen im komplexeren Gesundheitssystem Rechnung tragen. Zusätzlich soll die Attraktivität des Berufes gesteigert werden. Alle Hebammen und Entbindungspfleger müssen künftig ein reguläres





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

#### DER KABINETTSENTWURF:

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

## Medizinprodukte-Anpassungsgesetz-EU (MPAnpG-EU)

Ende Mai 2020 tritt die EU-Verordnung 2017/745 über Medizinprodukte in Kraft. Daher müssen auf nationaler Ebene Gesetzesanpassungen erfolgen. Zum gleichen Zeitpunkt tritt auch die EU-Verordnung 2017/746 über In-Vitro Diagnostika in Kraft. Hierfür werden Vorfestlegungen getroffen, die allerdings erst 2022 gültig werden. Das MPAnpG-EU übernimmt im Wesentlichen die EU-weit gültigen Vorgaben der EU-Verordnungen in deutsches Recht. Hauptsächlich werden das bestehende Medizinprodukte-Gesetz (MPG) und Tatbestände aus weiteren schon bestehenden Regelwerken zu Medizinprodukten wie die Medizinprodukt Sicherheitsverordnung (MPSV) in ein Gesetz zur Durchführung unionsrechtlicher Vorschriften betreffend Medizinprodukte – Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MDG) überführt. Zusätzlich werden mit diesem Gesetz Regelungen aus dem Übereinkommen des Europarates über die Fälschung von Arzneimitteln und ähnlichen Verbrechen, die eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellen (Medcrime-Konvention), umgesetzt. Eine für Deutschland wesentliche Änderung ist die durch die EU-Verordnung implizit vorgegebene Umgestaltung der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern insbesondere bei der Anordnung und Umsetzung von Maßnahmen bei auffälliger Risikobewertung durch eine „zentrale“ Stelle. Auch bei der Absprache mit entsprechenden Institutionen anderer EU-Länder oder bei fehlerhaften oder betrügerischen Anträgen bekommt diese zentrale Stelle eine bedeutende Rolle. Die Europäische Datenbank für Medizinprodukte (Eudamed) wird im Zuge der EU-Verordnungen zur Informationsdatenbank und Austauschplattform für alle EU-Länder.

Die Kompetenz der zuständigen Bundesoberbehörde in Deutschland, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), wird deutlich erweitert und gestärkt. Bisher hat das BfArM lediglich die Aufgabe der Risikobewertung und gibt Empfehlungen an die zuständigen Behörden auf Länderebene, die über einen Vollzug von Maßnahmen entscheiden.





Nunmehr bekommt es die Aufgabe selber entsprechend der Risikobewertung notwendige Maßnahmen festzulegen, umzusetzen und diese zu überwachen. Zum sogenannten nationalen Gestaltungsspielraum, den die EU-Verordnungen zulassen, zählen unter anderem detaillierte Vorgaben zu Verfahrensweisen des BfArM und einer einzurichtenden Ethikkommission, die neben der Sicherheitsbewertung des BfArM eine eigene Bewertung im Rahmen der Produktprüfung und -einführung vornehmen muss.

Auch Regelungen zu klinischen Studien mit Medizinprodukten im Rahmen rein wissenschaftlicher Studien ohne unmittelbaren Bezug zu Produkteinführung und -überwachung, die nicht primär unter die EU-Verordnung fallen, werden festgelegt. Weitere Beispiele sind die Festlegung der Sprachen, in denen Unterlagen in Deutschland einzureichen sind, und die Qualifikation der Leiter beziehungsweise Hauptprüfer der klinischen Studien. Das Gesetz bevollmächtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu mehreren Verordnungen, wenn es zum Beispiel um detailliertere Vorgaben geht, wer Zugang zu den nationalen Datenbanken haben kann oder wer die künftigen produktidentifizierenden Informationen („Unique Device Identification, UDI) erhält. Das BMG wird auch ermächtigt, spezielle auf die Nutzung von Software als Medizinprodukt (zum Beispiel Medical-Apps) zugeschnittene Regelungen zu erlassen.

Der Überwachung durch die zuständigen Behörden, zumeist auf Länderebene, unterliegen: Betriebe und Einrichtungen, in denen Produkte hergestellt, klinisch geprüft, einer Leistungsstudie unterzogen, angepasst, verpackt, ausgestellt, in den Verkehr gebracht, auf dem Markt bereitgestellt, errichtet, betrieben, angewendet, aufbereitet werden oder Produkte, die bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommen.

### DER REFERENTENENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > Gesetze und Verordnungen



## Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Inzwischen hat das Bundesgesundheitsministerium Ende Juli 2019 ein eigenes Diskussionspapier zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Zuvor war das Vorhaben der Bundesländer, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen (Bundestags-Drucksache 18/1289), zwei Mal gescheitert. Der Gesetzentwurf des Bundesrats, der gleichlautend schon in der vorherigen Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/13969) in den Bundestag eingebracht, aber dort nicht beraten worden war, zielt darauf ab, den Rettungsdienst als eigenständigen medizinischen Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verankern. Das soll insbesondere dazu führen, dass die Kosten der Notfalleinsätze immer von den Krankenkassen übernommen werden. Bisher ist dies nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge.



## Kurzmeldungen

### Pflegepersonaluntergrenzen: Verhandlungen gescheitert

18.09.19 (ams). Auch für 2020 wird das Bundesgesundheitsministerium (BMG) Mindestvorgaben für das Pflegepersonal in Kliniken festsetzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband haben sich nicht auf entsprechende Untergrenzen einigen können. „Wir bedauern außerordentlich, dass es nicht zu einer Vereinbarung gekommen ist, denn Pflegepersonaluntergrenzen dienen dem Patientenschutz“, sagte Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. Eine Vereinbarung sei unterschriftsreif gewesen. Für 2020 sind erstmals Untergrenzen für die Herzchirurgie und die Neurologie vorgesehen. 2019 hatte das BMG Untergrenzen in der Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie in Kraft setzen müssen. Auch damals hatte die DKG keine Vereinbarung abschließen wollen.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

> Krankenversicherung > Krankenhäuser > Pflegepersonaluntergrenzen



### AOK im Dialog: „Landarztidylle war gestern. Was kommt morgen?“

18.09.19 (ams). Die Lücken in der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum lassen sich am besten durch differenzierte regionale Lösungen schließen. Dabei sollte die Politik den Beteiligten einen möglichst großen Gestaltungsspielraum für innovative Konzepte lassen, die bereits an vielen Stellen in Deutschland entwickelt und umgesetzt werden. Das sind wesentliche Botschaften der Podiumsdiskussion „AOK im Dialog“ in Berlin. Zu der Expertenrunde konnte der stellvertretende Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Jens Martin Hoyer, die Bundestagsabgeordnete Gitta Connemann (CDU) und Dr. med. Kirsten Kappert-Gonther (Grüne), den Ärzte-Präsidenten Dr. med. (I) Klaus Reinhardt, und den Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, begrüßen.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Engagement > AOK im Dialog



### 10.000 Euro für die „beste“ Pause

18.09.19 (ams). Unter dem Titel „Mach mal Pause“ sucht die AOK Bayern flexible und innovative Pausensysteme in der Pflege. Krankenhäuser, Pflegeheime und Einrichtungen der ambulanten Pflege sind aufgerufen, sich im Rahmen ihrer betrieblichen Gesundheitsförderung zu beteiligen. Gerade wegen der schwierigen Arbeitsbedingungen sei innovative Pausengestaltung in der Pflege besonders wichtig. Die ersten Preisträger einer jeden Sparte erhalten je 10.000 Euro, die Plätze zwei und drei je 5.000 Euro beziehungsweise 2.500 Euro. Die Preisgelder sollen in gesundheitsfördernde Maßnahmen der Einrichtung fließen.

WEITERE INFORMATIONEN UND DAS BEWERBUNGSFORMULAR ZUM DOWNLOAD:

[www.aok.de/bayern/pause](http://www.aok.de/bayern/pause)





**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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_