



AOK-MEDIENSERVICE

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

08/19

POLITIK

 @AOK_Politik

Gesetzgebung Gesundheitspolitik

- **Bundestag und Bundesrat unter Termindruck** 2

ams-Interview mit Jürgen Malzahn, AOK-Krankenhaus-Experte

- **„Für die Krankenkassen sehe ich erhebliche Finanzrisiken“** 5

ams-Grafik:

- **Zukunft der Pflege** 7

ams-nachgefragt zum Kommissionsbericht „Gleichwertige Lebensverhältnisse

- **Kommt die Gesundheit im Bericht der Kommission zu kurz, Herr Litsch?** 8

EU-Ticker

- **Überwiegend neue Gesichter im Gesundheitsausschuss** 9

Zahl des Monats

- **Um bis zu sechs Millionen ...** 12

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 13

- **Gesetzgebungskalender** 14

- **Kurzmeldungen** 26



Gesetzgebung Gesundheitspolitik:

Bundestag und Bundesrat unter Termindruck

15.08.19 (ams). Ein strammes gesundheitspolitisches Programm wartet auf den Gesetzgeber nach der Sommerpause. Am 9. September endet für den Bundestag die sitzungsfreie Zeit. Am 20. September kommt der Bundesrat zu seiner ersten Plenarsitzung nach der Urlaubszeit zusammen. Allein auf dem Feld der Gesundheitspolitik wartet noch ein knappes Dutzend mehr oder weniger umfangreicher Gesetze auf Beratung und Verabschiedung. Dem Bundestag bleiben dafür gerade einmal neun Sitzungswochen bis zur Weihnachtspause. Zwei davon sind in der Regel reserviert für die Debatte und Verabschiedung des Bundeshaushalts. Der Bundesrat kommt in dieser Zeit noch fünf Mal zusammen. „Bei diesem Termindruck müssen alle Beteiligten besonders darauf achten, alle Auswirkungen im Blick zu haben“, sagt Kai Senf Politikchef im AOK-Bundesverband.

Dem Gesetzgeber läuft die Zeit davon. Da sind zum einen die vier Gesetze, die das Bundeskabinett kurz nach Beginn der parlamentarischen Sommerpause Mitte Juli verabschiedet hat. Alle vier – MDK-Reformgesetz, Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), Masernschutzgesetz und das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken – müssen noch das komplette parlamentarische Programm durchlaufen: jeweils drei Lesungen im Bundestag, eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages und zwei Durchgänge im Bundesrat. Da ist es nur ein schwacher Trost, dass die zweite und dritte Lesung meist an einem Sitzungstag in direkter Abfolge stattfinden. Der Blick in die Kurzbewertungen des AOK-Bundesverbandes zeigt, wie viel Diskussionsbedarf allein hier noch besteht. Zwar angelaufen, aber genauso wenig abgeschlossen, sind die Beratungsprozesse für die Errichtung des Implantatregisters oder die Reform der Ausbildung von Psychotherapeuten einerseits und Hebammen andererseits. Und ganz aktuell kommt ein weiterer Referentenentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium: das Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG).

Gegenwind für Bundesgesundheitsminister für Jens Spahn

Erschwerend kommt hinzu, dass die datenschutzrechtlichen Fragen, die auch das DVG betreffen in einem eigenständigen Gesetz behandelt werden sollen, zu dem es bis jetzt noch nicht einmal einen Referentenentwurf gibt. Und das sicherlich größte noch ausstehende Projekt, das hochumstrittene Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG), ist über den Status des Referentenentwurfs noch nicht hinaus. Mehr noch: Die Verabschiedung im Bundeskabinett ist mehrfach verschoben worden. Dieser Umstand verwundert wenig, da unter anderem alle 16 Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten gegen das GKV-FKG aufgrund der geplanten bundesweiten Öffnung aller Krankenkassen mobil machen.

Auch das MDK-Reformgesetz wird scharf kritisiert. Neben der Reform der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) regelt das Gesetz das Prüfverfahren von Klinikabrechnungen neu. „Die Regeln sind nicht sachgerecht,“ bemängelt Senf. Das Quotenmodell



bleibe auch im Kabinettsentwurf im Vergleich zum Referentenentwurf im Kern unverändert. „Die Krankenhausabrechnungsprüfung effizienter zu gestalten, kann nicht bedeuten, dass fehlerhafte Abrechnungen gar nicht mehr in die Prüfung kommen“, so Senf weiter. Ebenso wird die Neuorganisation der MDK sowie des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) weitgehend abgelehnt. Vor allem die neuen Regeln für die Besetzung der Verwaltungsräte bezeichnet der Bundesverband als „fundamentalen Eingriff in die Selbstverwaltung“. Die MDK behielten zwar ihre föderale Struktur, der hauptamtliche Einfluss der Krankenkassen werde jedoch zurückgedrängt. Künftig dürfen hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Beschäftigte nicht mehr in den Verwaltungsrat der MDK beziehungsweise des MDS gewählt werden. Dazu zählen auch aktive Mitglieder der Selbstverwaltung. Stattdessen werden künftig 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 Aufsichtsratsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes für die Arbeitgeberseite, Dr. Volker Hansen, nannte den Kabinettsbeschluss „eine Provokation“. Sein Amtskollege für die Versichertenseite, Knut Lambertin, findet den Entwurf „völlig inakzeptabel“. Lambertin leitet im Hauptberuf das Referat Gesundheitspolitik/Krankenversicherung beim DGB-Bundesvorstand. Hansen ist Chef der Abteilung Soziale Sicherung bei der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA).

Knapp 180 Millionen für unkonkrete Leistungen

Etwas zurückhaltender, aber ebenfalls kritisch fällt die Bewertung des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken aus. Die Definition zusätzlicher pharmazeutischer Dienstleistungen soll aus Sicht der AOK den Apotheken ohne hinreichende Konkretisierung von Leistungen einen zusätzlichen Honorartopf bieten und sei daher abzulehnen. „Der gesetzlichen Krankenversicherung drohen allein in diesem Punkt inklusive Umsatzsteuer Mehrkosten von 178,5 Millionen Euro“, rechnet Kai Senf vor. Auch der Plan, Apothekenpreise vollends zu vereinheitlichen, sei nicht mehr als „der weitere Versuch, der Aufhebung der Preisbindung für ausländische Versandapotheken durch den EuGH aus dem Herbst 2016 im Bereich der GKV Einhalt zu gebieten. Dabei ist fraglich, ob diese Umgehung auch nach den weiteren vorliegenden Begründungen rechtskonform ist.“

Das Masernschutzgesetz hingegen bekommt deutlich bessere Noten. Die Bundesregierung beabsichtigt, mit einer gesetzlichen Verpflichtung bestehende Lücken beim Impfschutz in der Bevölkerung gegen Masern zu schließen und das Schutzniveau vulnerabler Gruppen zu erhöhen. Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Deshalb ist es aus Sicht des AOK-Bundesverbandes richtig, Ansteckungsgefahren in medizinischen und Gemeinschaftseinrichtungen zu reduzieren.

Höchste Priorität für Datenschutz und Patientensouveränität

Auch das DVG wird in wesentlichen Teilen begrüßt. Gleichzeitig enthält der Gesetzentwurf aber Regelungen zu einer beschleunigten Einführung digitaler Anwendungen, die aus Sicht des AOK-Bundesverbandes wenig durchdacht und in dieser Form abzulehnen sind. „Es besteht die große Gefahr einer flächendeckenden Einführung wirkungsfreier beziehungsweise nutzloser Anwendungen auf der Grundlage inakzeptabler Finanzierungsregelungen aus



Beitragsmitteln“, befürchtet Politikchef Senf. Eine Nutzenbewertung, wie sie bei neuen Arzneimitteln erfolgt, ist für digitale Gesundheitsanwendungen bisher nicht vorgesehen. Jedenfalls müssten die Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Datenschutz weiterhin oberste Priorität haben, heißt es seitens des AOK-Bundesverbandes. Deshalb sei es folgerichtig, dass noch im Referentenentwurf enthaltene Regelungen zur elektronischen Patientenakte aus dem Kabinettsentwurf gestrichen wurden und in einem späteren Gesetzgebungsverfahren eingebracht werden sollen. In diesem Zuge seien dann die rechtlichen Voraussetzungen für ein sicheres individuelles Berechtigungsmanagement zu schaffen.

(rbr)

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok-bv.de

> [Presse](#) > [Pressemitteilungen](#) > [Presse](#) > [AOK-Medienservice](#) > [ams-Politik 07/19](#)
> [Positionen](#) > [Statements](#) > [Hintergrund](#) > [Gesetze](#)





ams-Interview mit Dr. Jürgen Malzahn zur Notfallversorgung

„Für die Krankenkassen sehe ich erhebliche Finanzrisiken“

15.08.19 (ams). Fast ein Jahr nach dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) zur Notfallversorgung hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ein Diskussionspapier für eine Reform vorgelegt. Kernpunkte sind gemeinsame Notfalleitstellen (GNL) der Länder unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie jederzeit zugängliche Integrierte Notfallzentren (INZ). Außerdem soll der Rettungsdienst eigenständiger Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden, unabhängig davon, welche weiteren medizinischen Leistungen im Rahmen der Notfallversorgung erbracht werden.

Jürgen Malzahn, Sie leiten die Abteilung Stationäre Versorgung und Rehabilitation im AOK-Bundesverband. Das Diskussionspapier ist zunächst auf viel Zuspruch gestoßen. Teilen Sie die allgemeine Euphorie?

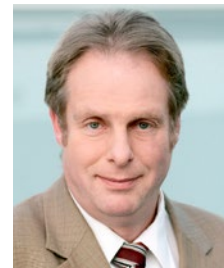
Malzahn: Das Papier enthält sicherlich den einen oder anderen guten Vorschlag. Zum Beispiel die Einbindung der „Medizinischen Notfallrettung“ ins Fünfte Sozialgesetzbuch. Das schafft bundesweit einheitliche und vergleichbare Standards im Rettungsdienst. Besonders hervorheben will ich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nun auch Qualitätsvorgaben für die Versorgung durch den Rettungsdienst machen soll, etwa in welchen Fällen nicht das nächstgelegene INZ oder das nächstgelegene Krankenhaus angefahren werden muss, sondern der Rettungswagen direkt ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren kann.

Also positive Ansätze, aber richtig euphorisch hört sich das nicht an.

Malzahn: Insgesamt fehlt es dem Papier an Stringenz. Stichwort Finanzierung. Der Gesetzgeber stellt zwar einerseits klar, dass die Investitions- und Vorhaltekosten des Rettungsdienstes aus Steuermitteln des Staates zu finanzieren sind, weil es um Daseinsvorsorge geht. Die Betriebskosten hingegen müssten die Kassen tragen. Dieses Prinzip der dualen Finanzierung gilt eigentlich auch für die Krankenhausplanung, steht aber zunehmend auf tönernen Füßen, weil die Länder ihren Investitionsverpflichtungen dort schon seit Jahren nur unzureichend nachkommen. Um eine patientenorientierte Notfallversorgungsstruktur zu schaffen, muss der Gesetzgeber den GBA auch beauftragen, wesentliche Rahmenvorgaben zu entwickeln, wo INZs entstehen sollen. Auch hier ist die Krankenhausplanung der Länder, die ohne Rahmenvorgaben abläuft, bislang kein Erfolgsmodell.

Sie plädieren bei der Planung von INZs für ein „Drei plus Eins Modell“. Was verbirgt sich dahinter konkret?

Malzahn: Ein neu zu gründendes Gremium aus Kassenärztlichen Vereinigungen, Landeskrankengesellschaften sowie die Krankenkassen auf Landesebene sollte mit der Aufgabe betraut werden, Standorte für INZs festzulegen. Das jeweilige Bundesland übernehme die Rechtsaufsicht und würde im Konfliktfall als Letztverantwortlicher entscheiden.



Dr. Jürgen Malzahn
leitet die Abteilung stationäre
Versorgung und Rehabilitation
im AOK-Bundesverband



Ihre letzte Antwort hat es schon angedeutet. Wir bewegen uns in der Notfallversorgung an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Welche Folgen hat das für den weiteren Reformprozess?

Malzahn: Spätestens bis zum Referentenentwurf muss ein Zeitplan stehen. Ein Zeitraum von vier bis fünf Jahren erscheint mir sachgerecht. Wichtig ist, die bisher getrennten Sektoren ambulanter und stationärer Versorgung klug zu verzahnen. Bestehende Parallelstrukturen dürfen sich nicht verfestigen. So sollte es eine verbindliche Frist geben, um Portalpraxen aufzulösen oder in INZ zu überführen. Bei der Festlegung der INZ-Standorte muss auch die künftig stärkere Bedeutung der ambulanten Behandlung frühzeitig berücksichtigt werden. So ist zum Beispiel die Zusammenführung der Verfahren von GNL, INZ und Terminservicestellen zur Ersteinschätzung, wo und wie ein Patient nach der Notfallversorgung weiter behandelt wird, zwingend erforderlich. Unter anderem um zu vermeiden, dass die Patienten unnötig von Pontius zu Pilatus hin- und hergereicht werden. Bei der Finanzierung der GNL sollte die bereits von den Kassen geleistete Mitfinanzierung der Terminservicestellen angerechnet werden, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Jens Spahn geht in seinem Diskussionspapier davon aus, dass die Umstellung der Notfallversorgung kostenneutral erfolgen kann. Teilen Sie diese Einschätzung?

Malzahn: Die Annahme ist aus meiner Sicht falsch. Bislang wird allein die ärztliche Leistung in der ambulanten medizinischen Notfallversorgung durch die Krankenkassen über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung finanziert. Sporadisch beteiligen sich Krankenkassen an der Finanzierung der Organisation des Notdienstes. Schon aufgrund der nun zu finanzierenden Vorhaltekosten der INZ sowie der Leistungen der GNL ist mit erheblichen Mehrkosten zu rechnen. Hinzu kommen zusätzliche Kosten für die Digitalisierung und es wäre das erste Mal im Gesundheitswesen, dass ein völlig neues Entgeltsystem kostenneutral eingeführt würde. Bezüglich der gesamten Mehrkosten formuliert das Papier zwar gute Ansätze und Absichten. Die sind allerdings ohne konkrete gesetzliche Vorgaben nur wenig belastbar. In der Folge sehe ich erhebliche Finanzrisiken für die Krankenkassen.

DAS GUTACHTEN DES SACHVERSTÄNDIGENRATES ZUR NOTFALLVERSORGUNG:

www.svr.de > Gutachten > Gutachten 2018



STATEMENT VON MARTIN LITSCH, VORSTANDSVORSITZENDEN DES AOKM-BUNDESVERBANDES:

www.aok-bv.de > Positionen > Statements

DIE DOSSIERS „ÄRZTLICHE VERSORGUNG“ UND „KRANKENHAUS“

www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers

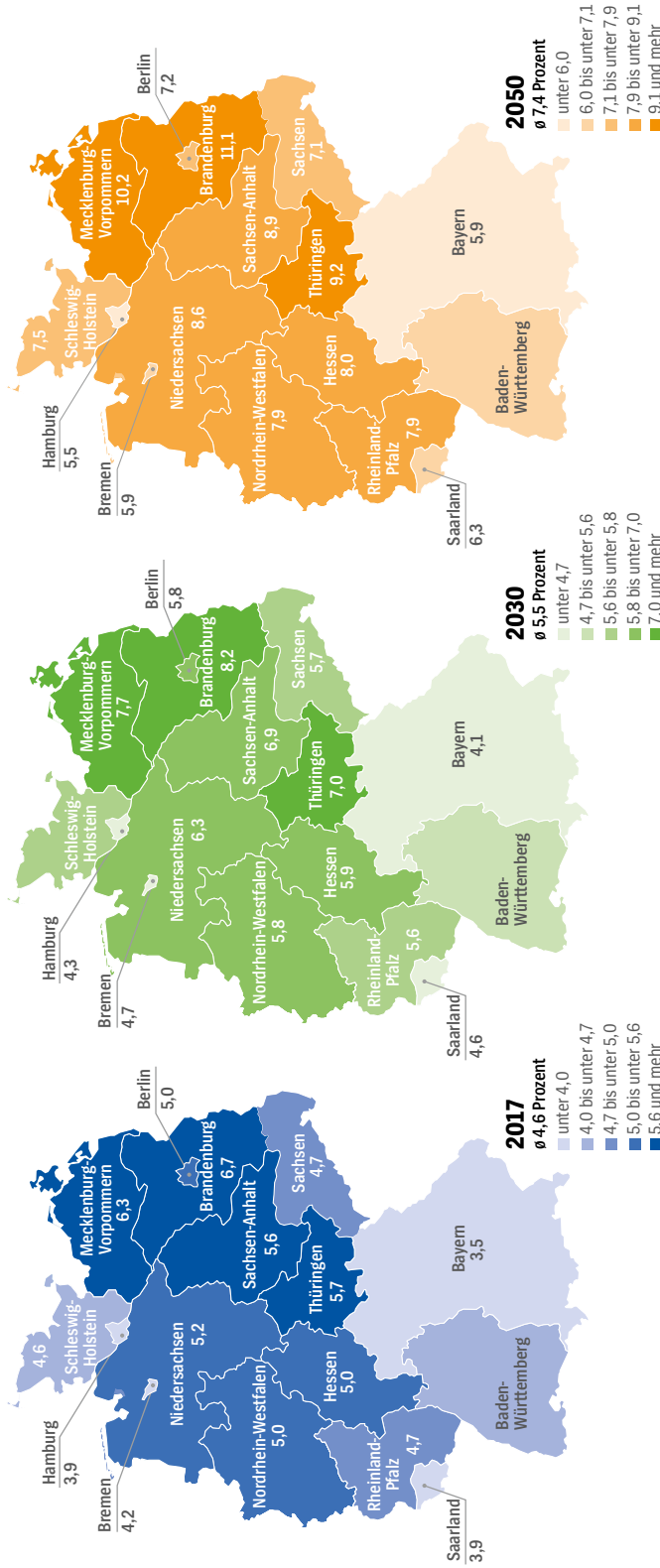




Zukunft der Pflege

ams-Politik 08/19

Pflegeprävalenz: Anteil Pflegebedürftiger an allen gesetzlich Versicherten (nach Bundesländern in Prozent)



Quelle: WIdO, Pflege-Report 2019; Grafik: AOK-Mediendienst

Nach Prognosen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) wird der Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten bis 2030 auf 5,5 Prozent ansteigen. 2050 werden es sogar 7,4 Prozent sein. Die Entwicklung ist aufgrund der jeweiligen Altersstruktur jedoch in allen Bundesländern unterschiedlich. Für 2030 prognostiziert der Pflege-Report Anteile zwischen 4,1 Prozent in Bayern und 8,2 Prozent in Brandenburg. 2050 werden die Unterschiede noch größer. Hamburg hat mit nur 5,5 Prozent dann den niedrigsten Anteil, Brandenburg mit 11,1 Prozent den größten.

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



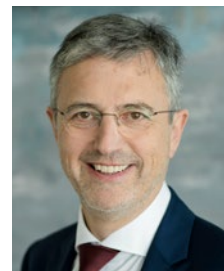
ams-nachgefragt zum Bericht der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“

Kommt die Gesundheit im Bericht der Kommission zu kurz, Herr Litsch?

15.08.19 (ams). „Die Gesundheitsversorgung auf dem Land muss bei der Debatte um gleichwertige Lebensverhältnisse in Deutschland eine Schlüsselrolle einnehmen. Doch bis sich diese Erkenntnis durchsetzt, haben wir noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten. Das konnte man zuletzt auch daran erkennen, dass die Bundesländer bei der Vorstellung der Kommissionspläne nicht dabei waren und Themen wie Internet- und Verkehrsanbindung an erster Stelle standen beziehungsweise für die Gesundheitsversorgung gar keine konkreten Maßnahmen beschlossen wurden. Dabei sollte Gesundheitsversorgung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge bei allen konzeptionellen Überlegungen zumindest eine ebenso prominente Rolle spielen.

Denn unter allen Infrastruktureinrichtungen ist den Deutschen die Gesundheitsversorgung am wichtigsten. Das hat eine von uns beauftragte Forsa-Umfrage gezeigt. Ein weiteres Ergebnis war, dass die Bevölkerung auf dem Land sehr wohl Befürchtungen und Erfahrungen hat, in der Gesundheitsversorgung schlechter gestellt zu werden. Gleichzeitig konnten wir aber auch sehen, wie aufgeschlossen die Menschen für innovative Versorgungsformen wie Videosprechstunden, mobile Arztpraxen und die Betreuung durch speziell qualifizierte medizinische Fachkräfte sind. Doch für diese Angebote braucht man selbstverständlich die Anbindung ans schnelle Internet und eine moderne Verkehrsinfrastruktur. Deshalb sind gleichwertige Lebensverhältnisse ein Querschnittsthema. Die verschiedenen Bereiche müssen zusammen gedacht werden.

Mit unserer Initiative „Stadt. Land. Gesund.“ machen wir deutlich, dass die AOKs vor Ort gemeinsam mit Pflegediensten, niedergelassenen Ärzten sowie Krankenhäusern und vielen weiteren Partnern gute und innovative Versorgungsangebote schaffen und ein zentraler Ansprechpartner für die Gesundheitsversorgung sind.“



Martin Litsch
ist Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes

ALLE „STADT. LAND. GESUND“-PROJEKTE:

www.stadtlandgesund.de





EU-Ticker

Überwiegend neue Gesichter im Gesundheitsausschuss

15.08.19 (ams). Die Mitglieder des Europaparlaments haben bei ihrer konstituierenden Sitzung im Juli auch die Fachausschüsse besetzt. Der Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) ist mit 76 Mitgliedern (plus stellvertretende Mitglieder) der größte aller Ausschüsse. „Die große Mehrheit ist zum ersten Mal im Ausschuss vertreten. Wir haben es fast mit einem Neubeginn der ENVI-Arbeit zu tun“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert-Jan van Lente. „Von den 76 Mitgliedern sind 52 neu gewählte Abgeordnete. Nur 24 kennen die Arbeit im EU-Parlament aus eigener Erfahrung. Und von diesen waren auch nur wenige bisher im ENVI-Ausschuss.“

Deutschland ist dort mit sechs Abgeordneten vertreten:

- Dalara Burkhardt (SPD) aus Schleswig-Holstein ist erstmals gewählt worden. Die 26-Jährige hat Politik und Sozialökonomie studiert.
- Dr. med. Andreas Glück (44) saß bisher für die FDP im Landtag von Baden-Württemberg. Glück ist gelernter Rettungssanitäter und Facharzt für Chirurgie.
- Dr. med. Peter Liese (54) aus Nordrhein-Westfalen ist bereits seit 1994 Europaparlamentarier. Der Kinderarzt ist auch im ENVI-Ausschuss ein anerkannter und einflussreicher Strippenzieher.
- Sylvia Limmer (53) wurde für die AfD gewählt. Die Biologin und Tierärztin aus Bayern hat sich in ihrer Partei bisher mit Umwelt-, Verbraucher- und Tierschutz befasst.
- Jutta Paulus (52) ist für die Grünen neu ins Parlament eingezogen. Die Apothekerin ist Landeschefin der Grünen in Rheinland-Pfalz.
- Christine Scheider (46) ist als CDU-Spitzenkandidatin in Rheinland-Pfalz erstmals ins Parlament gewählt worden. Die gelernte Tischlerin war seit 1996 Mitglied des Landtags.

Neue EU-Gesundheitskommissarin könnte aus Zypern kommen

15.08.19 (ams). In Brüssel stellt die neue EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen derzeit die Ressorts der Kommission zusammen. „Es steht ihr frei, die Generaldirektionen neu zu ordnen“, erläutert AOK-Europaexperte Evert-Jan van Lente. Bedingt durch den Brexit werde es einen EU-Kommissar weniger geben. Dass von der Leyen die Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit opfere, sei aber eher unwahrscheinlich: „Sie hat in ihrer Rede vor dem Europaparlament das Thema Gesundheit zwar nur am Rande erwähnt. Doch in Brüssel geht man davon aus, dass die studierte Ärztin die Bedeutung dieser Direktion höher einschätzt als ihr Vorgänger Jean-Claude Juncker.“ Inzwischen gibt es eine erste Bewerberin für die Nachfolge des ausscheidenden Gesundheitskommissars Vytenis Andriukaitis (Litauen): Zypern hat Stella Kyriakides nominiert. Van Lente: „Sie ist klinische Psychologin und hat sich bereits intensiv mit gesundheitspolitischen Themen befasst, darunter insbesondere mit dem Kampf gegen Brustkrebs.“



Medizinprodukte zurück in die Zuständigkeit der DG SANTE?

15.08.19 (ams). Die European Social Insurance Platform (ESIP) erwägt, die neue EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen aufzufordern, den Bereich Medizinprodukte wieder in den Zuständigkeitsbereich der Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (DG SANTE) zurückzuholen. Trotz vehementer Proteste von Abgeordneten und Krankenkassen hatte die Kommission diese Zuständigkeit 2014 der Generaldirektion Binnenmarkt, Industrie, Unternehmertum und KMU übertragen. „Der AOK-Bundesverband unterstützt die Forderung. Das wäre vor allem im Sinne der Patientensicherheit“, so der AOK-Vertreter in Brüssel, Evert-Jan van Lente. Die ESIP ist eine strategische Allianz von rund 50 nationalen Spitzenorganisationen der Sozialversicherung aus 16 EU-Ländern und der Schweiz. Der AOK-Bundesverband vertritt dort die Interessen der AOK-Gemeinschaft.

Weitere gentechnisch veränderte Organismen genehmigt

15.08.19 (ams). Die EU-Kommission hat zehn gentechnisch veränderte Organismen (GVO) erstmals oder erneut zugelassen, davon neun für die Verwendung in Lebens- und Futtermitteln (Mais, Soja, Ölraps, Baumwolle). Nach Darstellung der Kommission geht es nur um die Einfuhr. Der Anbau bleibt in der EU verboten. Die Zulassungen sind zehn Jahre lang gültig. „Alle Produkte, die aus diesen genetisch veränderten Organismen hergestellt werden, unterliegen strengen Kennzeichnungs- und Rückverfolgbarkeitsvorschriften“, so die Kommission. Die Zulassung von GMO und die Verwendung daraus gewonnener Produkte in der Lebens- und Futtermittelkette werde nur unter der Voraussetzung erteilt, dass die Bewertung durch die EU-Behörde für Lebensmittelsicherheit in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Stellen der Mitgliedstaaten nachweist, dass kein Risiko für Mensch, Tier und Umwelt besteht.

WEITERFÜHRENDE INFOS

www.ec.europa.eu/germany > Presse > Meldung vom 26.07.19



Nitrat im Grundwasser: Deutschland hält Grenzwerte nicht ein

15.08.19 (ams) Auch fast sechs Jahre nach einer ersten Mahnung verstößt Deutschland noch immer gegen die Vorgaben der bereits 1991 beschlossenen EU-Nitratrichtlinie. Wegen des andauernden Verstoßes hatte die Kommission die Bundesrepublik 2016 vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) verklagt. 2018 hat der EuGH den Verstoß Deutschland gegen seine Verpflichtungen festgestellt. Doch auch ein Jahr später ist aus Sicht der Kommission nichts Entscheidendes passiert. Es besteht dringender Handlungsbedarf. „Die Qualität des Grundwassers in Deutschland gehört zu den schlechtesten in Europa“, sagte EU-Umweltkommissar Karmenu Vella am 25. Juli. In einigen Bundesländern seien über 30 Prozent des Grundwassers mit mehr als 75 Milligramm Nitrat pro Liter verunreinigt. Der erlaubte EU-Grenzwert beträgt 50 Milligramm. Handelt die Bundesregierung jetzt weiterhin nicht, kann die Kommission den EuGH in einem nächsten Schritt ersuchen, Strafzahlungen gegen Deutschland zu verhängen.

WEITERFÜHRENDE INFOS

www.ec.europa.eu/germany > Presse > Meldung vom 25.07.19





EU-Kommission rügt Ausschreibungsverfahren für Hilfsmittel

15.08.19 (ams). Die EU-Kommission hat die Bundesregierung aufgefordert, das Verbot öffentlicher Vergabeverfahren für medizinische Hilfsmittel aufzuheben. Dies betrifft die am 6. Mai 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in Kraft getretenen Regelungen. Danach ist im Bereich der Hilfsmittelversorgung die Option zur Ausschreibung von exklusiven Versorgungsverträgen durch einzelne Krankenkassen weggefallen. Die Kassen oder ihre Verbände sind nun gesetzlich verpflichtet, Versorgungsaufträge mit jedem interessierten Leistungserbringer oder Verband zu verhandeln. Das neue Verfahren verbietet es den Krankenkassen, im Wettbewerb „spezielle und flexible Verfahren anzuwenden“, die in der EU-Richtlinie zur öffentlichen Auftragsvergabe (2014/24/EU) festgelegt seien, heißt es in der Mitteilung zur Einleitung von Vertragsverletzungsverfahren gegen Deutschland. Die Kommission habe zudem Informationen erhalten, „dass das Bundesversicherungsamt den Krankenkassen die Weisung erteilt hat, bei der Beschaffung von Hilfsmitteln keine Vergabeverfahren nach der EU-Vergaberichtlinie anzuwenden“, kritisiert EU-Binnenmarktkommissarin Elżbieta Biedrzycka. Die Rüge betrifft auch die Neuregelung, nach der Versorgungsverträge, die vor dem 10. Mai 2019 im Einklang mit den EU-Vergaberichtlinien abgeschlossen wurden, mit Ablauf des 30. November 2019 unwirksam werden. Die Bundesregierung hat bis Ende September 2019 Zeit, um auf die Beanstandungen zu reagieren.

[WEITERFÜHRENDE INFOS](#)

www.ec.europa.eu/germany > [Presse](#) > [Meldung vom 25.07.19](#)



Zahl des Monats

Um bis zu sechs Millionen ...

... sinkt die Zahl der Bevölkerung im Erwerbsalter bis 2035. Dies ist das zentrale Ergebnis der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, des Statistischen Bundesamtes (Destatis).

Im Jahr 2018 waren in Deutschland 51,8 Millionen Menschen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 66 Jahren. 2035 sind es nach Schätzungen von Destatis nur noch 45,8 bis 47,4 Millionen. Anschließend werde sich die Zahl zunächst stabilisieren und danach bis zum Jahr 2060 je nach der Höhe der Nettozuwanderung noch einmal auf 40 bis 46 Millionen sinken. Ohne Nettozuwanderung schrumpfe die Bevölkerung im Erwerbsalter bereits bis 2035 sogar um rund neun Millionen Menschen.

Ältere Bevölkerungsgruppen werden laut der neuen Vorausberechnung weiter wachsen. Die Zahl der Menschen im Alter ab 67 Jahren wird bis 2039 um weitere fünf bis sechs Millionen auf mindestens 21 Millionen zulegen und anschließend bis 2060 relativ stabil bleiben. Die Gruppe der Menschen ab 80 Jahren wird von 5,4 Millionen im Jahr 2018 bereits bis 2022 auf 6,2 Millionen steigen, bis Anfang der 2030er-Jahre auf diesem Niveau bleiben und dann kontinuierlich bis 2050 auf 8,9 bis 10,5 Millionen wachsen.

Die Bevölkerungszahl insgesamt wird je nach angenommener Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Nettozuwanderung bis 2024 noch zunehmen, spätestens aber ab 2040 zurückgehen. Im Jahr 2060 liegt sie laut Schätzungen zwischen 74 und 83 Millionen.

WEITERE INFOS ZUR BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG:

www.destatis.de > Presse > Pressemitteilungen > Meldung vom 27.06.19





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Bedarfsplanung: Erweiterte Beteiligungsrechte

Laut Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) haben die Bundesländer künftig in den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Bedarfsplanung und zur Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie die Patientenvertreter. Der GBA hat diese Vorgabe jetzt umgesetzt und in seiner Geschäfts- und Verfahrensordnung die erweiterten Mitberatungsrechte verankert. Dazu zählt auch ein Antragsrecht. Anträge der Länder müssen in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Der Beschluss tritt nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Neue Verfahrensregeln bei der ASV

Auch die Patientenvertreter im GBA können künftig die Aufnahme neuer Themen zur Ergänzung des Katalogs zur Ambulanten spezialfachärztliche Versorgung beantragen. Der GBA hat in Kapitel 3 seiner Verfahrensordnung ein entsprechendes Antragsrecht festgelegt und setzt damit eine rechtliche Vorgabe aus dem § 116b Abs. 5 SGB V um. Bisher war ein solches Antragsrecht nur den unparteiischen Mitgliedern und den Trägerorganisationen des GBA vorbehalten. Gestellte ASV-Anträge werden künftig im Unterausschuss beraten. Der prüft die Antragsbegründung und gibt innerhalb von sechs Monaten eine Empfehlung an das Plenum. Angenommene Themen werden aufgenommen und einmal jährlich einem Priorisierungsverfahren unterzogen, in der unter Dringlichkeitsaspekten die Reihenfolge der Indikation und Leistungen festgelegt wird. Auch dieser Beschluss tritt nach Genehmigung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

INFORMATION ZUR ARBEIT DES GBA:

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Allein vier Gesetze hat die Bundesregierung noch Mitte Juli auf die Schiene gesetzt. Das „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ (DVG), das MDK-Reformgesetz, das Masernschutzgesetz und das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken. Die zweite und dritte Lesung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung steht ebenso im Herbst an, um hier nur fünf große Projekte zu nennen. Diese und ältere Stichworte (Stand: 14. August 2019) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

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

Das Bundeskabinett hat 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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes – nicht entschieden worden. Der Bundestag hatte zwar den Gesetzentwurf



der Länderkammern (Bundesrats-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 > 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.twww.bgbl.de > Teil I > 2019 > Nr. 28 vom 02.08.2019



Gesetz für bessere Löhne in der Pflege – Pfleuelöhneverbesserungsgesetz

Das Bundeskabinett hat am 19. Juni 2019 den Regierungsentwurf für das Pflegelöhneverbesserungsgesetz 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 Ge-



sundheitsberufen 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 > 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 10 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 10 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 REFERENTENENTWURF:

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 > 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 > 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 Risiko-selektion 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 Risikomerkmale 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 Krankenhausbettanzahl 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 beruhten, 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 > Service > RSA-Reform



DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

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 Implantatregisters sowie einer unabhängigen Vertrauensstelle geschaffen werden.

Das Gesetz soll zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Das Implantatregister 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 > Service > Implantatregister-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 > 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 Medizinerinnen geschult. Parallel zum Gesetz passierte auch die „Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung“ jetzt das Bundeskabinett.

DER KABINETTSBESCHLUSS:

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 komplexer werdenden 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 zustim-



men. Das aktuell gültige „Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers“ stammt aus den 1980er-Jahren und entspricht nicht mehr den Anforderungen an eine zeitgemäße Hebammenausbildung.

DER KABINETTSENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > HebRefG



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.

Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG)

Der Titel des Gesetzes gibt zugleich die Zielrichtung vor: „Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ lautet der vollständige Überschrift über dem Referentenentwurf“. Das Bundesgesundheitsministerium sieht bei den geltenden leistungsrechtlichen Regelungen Anpassungsbedarf.

So soll im Bereich der Rehabilitation (Reha) der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation beschleunigt werden, indem die Verordnung durch den Arzt künftig möglich sein soll, ohne dass die Krankenkasse vorher geprüft haben muss, ob sie medizinisch erforderlich ist. Des Weiteren sollen Versicherte künftig die Mehrkosten nicht mehr vollständig, sondern nur noch zur Hälfte tragen müssen, wenn sie sich für eine Einrichtung entscheiden, die nicht von der Krankenkasse bestimmt wurde. Ziel der Bundesregierung ist es, das Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Einrichtung zu stärken.

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

Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege wird ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Diese Leistungen sollen regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten erbracht werden. Die Qualitätsanforderungen daran sollen verschärft werden. Qualitätskriterien wie etwa die personelle Ausstattung werden auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen vereinbart. Qualitätskontrollen können künftig auch unangekündigt erfolgen. Die Eigenanteile der



Versicherten werden so in diesen vollstationären Pflegeeinrichtungen erheblich reduziert. Krankenkassen können in der Satzung regeln, dass auch die vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung ganz oder zum Teil übernommen werden. In Ausnahmefällen soll es möglich werden, die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt des Versicherten oder an einem anderen geeigneten Ort zu leisten. Bestandschutzregelungen bleiben gültig. Die Beatmungsentwöhnung soll im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung gestärkt und die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte verbessert werden. Abschläge für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, werden eingeführt. Mehrkosten werden im Gesetzentwurf nicht beziffert.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz





Kurzmeldungen

Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung aktualisiert

15.08.19 (ams). Vor zehn Jahren haben der AOK-Bundesverband und das Göttinger aQua-Institut begonnen, ein Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA) aufzubauen. Jetzt wurden vier QISA-Bände aktualisiert. Dabei sind neben medizinisch-wissenschaftlichen Aspekten insbesondere die Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten in der täglichen Anwendung der QISA-Indikatoren eingeflossen.

„Die QISA-Indikatoren tragen dazu bei, mehr Qualitätstransparenz in der ambulanten Versorgung zu schaffen, wissenschaftlich fundiert und praxisnah“, erläutert Gerhard Schillinger, Leiter des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband. Im ersten Schritt sind die Bände zu Asthma bronchiale und COPD, Diabetes mellitus Typ 2, Koronarer Herzkrankheit sowie zur Pharmakotherapie auf den neusten Stand gebracht worden.

[WEITERE INFORMATIONEN SOWIE DIE BÄNDE ZUM DOWNLOAD:](#)

www.qisa.de



Fachtagung für digitale Gesundheitslösungen

15.08.19 (ams). Das AOK-Tochterunternehmen gevko und die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) veranstalten am 12. und 13. September in Berlin gemeinsam ihr 6. Jahressymposium. Bei der Veranstaltung geht es insbesondere um Projekte für digitale Gesundheitsakten. Ab 2021 haben Versicherte Anspruch auf eine elektronische Patientenakte von ihrer Krankenkasse. Es steht allerdings noch immer in Frage, ob Versicherte künftig ihre gesammelten Daten mitnehmen können, wenn sie die Kasse wechseln. Auch das Thema Gesundheitsapps steht auf der Tagesordnung, insbesondere weil es durch den Entwurf des Digitale-Versorgung-Gesetzes Schwung bekommt. Zudem beschäftigt sich die Tagung mit der neuen Rolle der gematik GmbH nach der Mehrheitsübernahme durch den Bund.

[PROGRAMMÜBERSICHT, REFERENTEN, ANMELDUNG:](#)

www.gevko.de > Symposium



Trauer um Dr. Herbert Reichelt

15.08.19 (ams). Der ehemalige Vorstandsvorsitzende des AOK Bundesverbandes Dr. Herbert Reichelt ist Ende Juli im Alter von 67 Jahren gestorben. Er führte den Verband von 2007 bis 2011. Zunächst als stellvertretender, ab 2009 dann als Vorstandsvorsitzender. Nach Studium sowie wissenschaftlichen Projektarbeiten an der Ruhr-Universität Bochum kam der studierte Sozialwissenschaftler mit den Schwerpunkten Sozialökonomie und Gesundheitswirtschaft 1983 zum Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) und verbrachte danach fast 30 Jahre seines beruflichen Lebens bei der AOK. 1991 übernahm Reichelt die Leitung der Abteilung Finanzen/Controlling beim AOK-Bundesverband. Neun Jahre später stieg er zum Bevollmächtigten des Vorstandes auf.



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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

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

www.aok-bv.de/presse/medienservice

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für die Printausgabe des AOK-Medienservice Politik.

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:
