



AOK-MEDIENSERVICE

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

11/19

POLITIK

 @AOK_Politik

Stellungnahme GKV-FKG

- **Ein Gesetz für falschen statt fairen Kassenwettbewerb** 2

Rosenthaler Gespräche: Patientenrechte

- **Ruf nach Patientenrechtegesetz 2.0 - Defizite in der täglichen Praxis beseitigen** 5

ams-Grafik: Patientenrechte

- **Repräsentative Befragung** 7

GKV-Schätzerkreis: Drei Fragen an Katrin Hayn, AOK-Bundesverband

- **„Reformbedingte Mehrausgaben werden 2020 ihre Wirkung entfalten“** 8

EU-Ticker

- **Vorbereitung auf die deutsche EU-Ratspräsidentschaft** 10

Zahl des Monats

- **Für sieben Behandlungen ...** 12

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 13

- **Gesetzgebungskalender** 15

- **Kurzmeldungen** 29



Stellungnahme: Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV

Ein Gesetz für falschen statt fairen Kassenwettbewerb

26.11.19 (ams). Nach fast neun Monaten Vorbereitung und einer Namensänderung geht das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) dieser Tage in die parlamentarische Beratung. Zunächst berät der Bundesrat am Freitag (29. November) die Gesetzesvorlage. Für die zweite Dezemberwoche ist die erste Lesung im Bundesrat angesetzt, und noch vor Weihnachten, voraussichtlich am 18. Dezember, findet die öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss statt. Die ursprünglich einmal geplante bundesweite Öffnung bisher regionaler Kassen, insbesondere der AOKs, ist zwar vom Tisch. Dennoch identifiziert der AOK-Bundesverband im Entwurf der Bundesregierung noch zahlreiche Baustellen. „Das GKV-FKG bleibt ein Gesetz, das zu einem falschen Kassenwettbewerb führt“, heißt es in der Stellungnahme zum Kabinettsbeschluss vom Oktober.

Selten hatte ein gesundheitspolitisches Reformgesetz mehr Gegenwind erfahren und ebenso selten verging so viel Zeit zwischen der Präsentation eines Referentenentwurfs und der Verabschiedung eines Gesetzentwurfs durch die Bundesregierung. Nicht nur die betroffenen Akteure im Gesundheitswesen hatten ihre Probleme mit dem, was im März 2019 noch als Faire-Kassenwahl-Gesetz an den Start gegangen war, sondern alle 16 Ministerpräsidenten und deren Gesundheitsminister waren dagegen, nicht nur wegen der Öffnung regionaler Kassen, sondern auch wegen der Verschiebung aufsichtsrechtlicher Fragen zugunsten des Bundes.

Von Länderseite kommt weiterhin Kritik. Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates hat in seiner Sitzung am 13. November 2019 die Neuregelungen des GKV-FKG beraten und seinen federführenden Teil für die Beschlussempfehlung der Länderkammer erstellt. Im Ergebnis teilt der Gesundheitsausschuss mit einem deutlichen Votum die Kritik des AOK-Bundesverbandes an den verschiedenen Einzelregelungen und an der Grundausrichtung des Gesetzentwurfes.

Entwurf schwächt Wettbewerb um die beste Versorgung

Dabei teilt die AOK-Gemeinschaft uneingeschränkt die geplante Festlegung von Wettbewerbszielen im Sozialgesetzbuch, die ausschließlich auf die Interessen und Belange der Versicherten und Patienten zugeschnitten sind. Dies sind im Einzelnen bessere Leistungen und höhere Qualität sowie mehr Wirtschaftlichkeit und effizientere Versorgungsstrukturen und die Verhinderung der sogenannten Risikoselektion, also den Versuch, in erster Linie sich um die Gewinnung junger und gesunder Mitglieder zu bemühen. Dabei soll der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf ein sozial und finanziell vertretbares Maß begrenzt werden. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes fokussiert sich der Gesetzentwurf der Bundesregierung jedoch zu sehr auf den Preis und die Satzungsleistungen, also Leistungen, die eine Krankenkasse jenseits des gesetzlichen Vorgeschiedenen anbietet.



Viel besser und entscheidender für einen erfolgreichen Wettbewerb sei es jedoch, die Fähigkeit einer Krankenkasse, aktiv die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten zu gestalten, zur deren zentralen Kompetenz zu machen. Diesen Zielen werde der Gesetzentwurf an zahlreichen Stellen nicht gerecht. „In der vorliegenden Entwurfsfassung schwächt das Gesetz sogar den bereits heute bestehenden versorgungsorientierten Wettbewerb der Krankenkassen“, bilanziert der Verband in seiner Stellungnahme.

Zum einen werde die Zielgenauigkeit und damit die Funktionsfähigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) durch diverse Maßnahmen massiv eingeschränkt. Zum anderen gingen die vorgesehenen aufsichtsrechtlichen Strukturen an dem vorbei, was in der regionalen Versorgung notwendig sei. Aktivitäten der Akteure in den Ländern, Regionen und Kommunen würden zugunsten einer zentralen, versorgungsfernen Bundesaufsicht abgewertet. Das Ergebnis seien Aufsichtsstrukturen erster und zweiter Klasse. Drittens würden gemeinsame Initiativen der Vertragspartner vor Ort zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Betreuung von multimorbiden und chronisch erkrankten Versicherten deutlich erschwert. „Der Morbi-RSA bildet das Fundament für Solidarität innerhalb einer Wettbewerbsordnung“, heißt es in der Stellungnahme wörtlich, und „ist kein beliebiger Umverteilungsschlüssel je nach Kassenlage.“

Morbi-RSA-Reform setzt falsche Anreize

Lediglich die Einführung des Krankheitsvollmodells – also die Berücksichtigung aller Krankheitsbilder und nicht nur der aktuell 80 Indikationen – wertet der AOK-Bundesverband in diesem Zusammenhang positiv. Darüber hinaus setze das Morbi-RSA-Reformpaket aber zum Großteil falsche Anreize. So senke etwa die Einführung eines Risikopools für kostenintensive Krankheiten die Motivation bei Krankenkassen, für eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung zu sorgen. Die Streichung von Erwerbsminderungsrentnern aus dem Zuweisungssystem hingegen schaffe bei den Kassen für diese besonders schutzbedürftige Versichertengruppe massive Anreize zur Risikoselektion. Und die geplante Regionalkomponente verschiebe im erheblichen Umfang finanzielle Mittel aus strukturschwachen, oft ländlichen Regionen in städtische Gebiete.

Das politische Ziel, den Morbi-RSA gegen manipulative Aktivitäten von Krankenkassen zu schützen, unterstützt die AOK-Gemeinschaft uneingeschränkt. Mit der Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und weiterer gesetzlicher Maßnahmen, die finanzielle Zuwendungen von Krankenkassen an Ärzte ausschließlich für die Dokumentation von Diagnosen untersagen, habe der Gesetzgeber wichtige Schritte unternommen. Die im Gesetzentwurf geplanten darüberhinausgehenden Maßnahmen führen nach Ansicht des AOK-Bundesverbandes nicht zu einer höheren Manipulationsicherheit. „Hinter dem Etikett ‚Manipulationsresistenz‘ verbirgt sich stattdessen eine massive Schwächung des Morbi-RSA und derjenigen Krankenkassen, die sich gemeinsam mit den Vertragspartnern um bedarfsgerechte Versorgungsangebote für ihre Versicherten bemühen“, fasst die Stellungnahme die AOK-Bedenken zusammen.

Bisherige Haftungsregeln haben sich bewährt

Drei weitere Aspekte regelt das GKV-FKG, die nicht im Zusammenhang mit dem Morbi-RSA stehen. Dabei geht es im ersten Punkt um die Reform der Haftungsregeln. Künftig soll im Falle der Insolvenz einer Krankenkasse der GKV-Spitzenverband, und damit die Gesamtheit



aller Krankenkassen, einspringen. Bisher wurde die Haftung im Verbund der jeweiligen Kassenarten geregelt. Die AOK sieht keine Notwendigkeit, von dieser Praxis abzuweichen. „Übersehen wird hier allerdings, dass sich die bisher bestehende Haftungskaskade seit mehr als einem Jahrzehnt bewährt hat. Sie hat auch in schwierigen Zeiten dafür gesorgt, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung stabil bleibt“, hält die Stellungnahme fest. Der vorliegende Gesetzentwurf minimiere Anreize für eine frühzeitige Vermeidung eines Haftungsfalles drastisch, da sämtliche Haftungsrisiken vergemeinschaftet würden.

Inakzeptable Schwächung der Selbstverwaltung

Der zweite Aspekt beschäftigt sich mit der Strukturreform des GKV-Spitzenverbandes. Dabei lehnt die AOK die Reduzierung des Verwaltungsrates von derzeit 52 auf künftig maximal 40 Mitglieder ebenso ab wie die Bildung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA). Beides bedeutet eine „inakzeptable Schwächung der Selbstverwaltung“. Ein kleinerer Verwaltungsrat gefährde eine ausgewogene und repräsentative Stimmengewichtung innerhalb des Gremiums. Der LKA schränke wegen der ihm dann gesetzlich zugewiesenen Aufgaben die Kompetenzen von Vorstand und Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes und damit eines der Kernelemente der Selbstverwaltung ein.

Im dritten Punkt geht es um Neuregelungen zur Mitgliederwerbung. Hier bietet die Bundesregierung aus AOK-Sicht eine vermeintliche „Lösung“ für ein Problem, das gar nicht existiere. Andererseits ignoriere der Gesetzentwurf die modernen, digitalen Kommunikationsbedürfnisse der Bevölkerung und verzichte ausgerechnet in diesem Bereich auf eine Neubestimmung des Werbebegriffs. Aber gerade hier bestehe Regelungsbedarf, damit Krankenkassen im Einklang mit dem TSVG die Versicherten, aber auch Leistungserbringer und andere Gruppen mit digitalen Medien angemessen ansprechen könnten.

(rbr)

**DAS POSITIONSPAPIER DES AOK-BUNDESVERBANDES
ZUR WEITERENTWICKLUNG DES MORBI-RSA
SOWIE WEITERE INFORMATIONEN
ZU DESSEN FUNKTIONSWEISE IM DOSSIER:**

www.aok-bv.de

[> Hintergrund > Dossiers > Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich](#)





Rosenthaler Gespräche

Ruf nach Patientenrechtegesetz 2.0 – Defizite in der täglichen Praxis beseitigen

26.11.19 (ams). Die AOK sieht starken Nachholbedarf bei der Verbesserung der Patientenrechte. Trotz einer Vielzahl von Gesetzen und Vorhaben sei dazu bislang keine Initiative der Regierung angestoßen worden, bedauerte der alternierende Aufsichtsratsvorsitzende Dr. Volker Hansen zur Eröffnung der Rosenthaler Gespräche. Auch in der weiteren Agenda der großen Koalition finde sich dazu nichts. Zu der Veranstaltung hatte der AOK-Bundesverband mehrere Experten geladen, um über das Thema Patientenrechte zu diskutieren. Unterstützung für ihre Forderung hatte der AOK unlängst die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Sabine Dittmar, zugesagt. Sie musste allerdings wegen Beratungen im Bundestag kurzfristig absagen.

Das 2013 verabschiedete Patientenrechtegesetz habe für Patienten, Ärzte und Therapeuten mehr Transparenz über Rechte und Pflichten geschaffen und sei daher ein guter Schritt gewesen, sagte Hansen in seiner Begrüßung. Doch in der täglichen Praxis zeigten sich Defizite bei der Durchsetzung der Patientenrechte. Als Beispiele nannte Hansen die schwierige Beweislast für Patienten und lange Verfahrensdauern. Dies halte Patienten davon ab, ihre Rechte wahrzunehmen. Daher sei es an der Zeit, das Gesetz weiterzuentwickeln, betonte der alternierende Aufsichtsratsvorsitzende. Immerhin träten pro Jahr 16.000 Versicherte an die AOK heran, weil sie einen Behandlungsfehler vermuteten. In einem Viertel der Fälle bestätige sich dieser.

Kernforderung: vereinfachte Beweislast

Die AOK-Gemeinschaft hatte unlängst ein Positionspapier präsentiert, mit dem sie die Politik zum Handeln drängen will. Eine Kernforderung darin ist eine vereinfachte Beweislast. Angelika Beier, Vorsitzende des Gesundheits- und Pflegeausschusses des Aufsichtsrats des AOK-Bundesverbands, betonte in der Debatte, um den Zusammenhang zwischen einem Behandlungsfehler und einem dadurch verursachten Schaden zu beweisen, müssten Patienten bisher eine „weit überwiegende Wahrscheinlichkeit“ belegen. Künftig solle aus Sicht der AOK eine „überwiegende Wahrscheinlichkeit“ von mehr als 50 Prozent ausreichen. Auf diese Weise werde „Waffengleichheit“ geschaffen.

Auch für den Fachanwalt für Medizinrecht, Jörg Heynemann, sind Änderungen bei der Beweislast nötig. Der geschädigte Patient müsse derzeit drei Dinge beweisen: den Behandlungsfehler, den erlittenen Schaden und den Kausalzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden, was am schwierigsten sei. Ob ein grober oder einfacher Fehler vorliege, sei letztlich die „Gretchenfrage“.

Andreas Wagener, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), vertrat dagegen die Ansicht: „Wir brauchen kein Patientenrechtegesetz 2.0.“ Auch bedürfe es keiner weiteren Beweiserleichterungen über die hinaus, die es schon gebe.



Deutschland verfüge über ein sehr ausgewogenes Haftungssystem, basierend auf der Rechtsprechung des BGH. Es werde immer so sein, dass letzten Endes die Gerichte entscheiden müssten.

Warum Ärzte mit Behandlungsfehlern meist nicht offen umgehen, führte Wagener auf die menschliche Komponente zurück, dass Fehler insgesamt nicht gerne zugegeben würden. Zudem gebe es eine Angst vor drohenden Konsequenzen. Außerdem mahnten die Haftpflichtversicherungen die Ärzte zur Zurückhaltung. Auch Heynemann sagte, viele Mediziner würden sich leichter tun, Fehler zuzugeben, wenn sie sich nicht von den Haftpflichtversicherern geknebelt fühlten.

Informationspflicht für Ärzte dringend geboten

AOK-Vertreterin Beier forderte, Ärzte müssten verpflichtet werden, über einen tatsächlichen oder vermuteten Behandlungsfehler zu informieren, unabhängig davon, ob der Patient nachfrage oder nicht. „Das gehört für mich zu einer vernünftigen Fehlerkultur.“ Heynemann sagte dagegen, der Ansatz sei zwar richtig, doch habe er Zweifel, dass eine solche Informationspflicht rechtlich „wasserdicht“ umzusetzen sei. Man könne aber regeln, dass der jeweilige Arzt von sich aus über einen Fehler informieren könne, indem er von Strafverfolgung freigestellt werde.

Schon jetzt gebe es die Pflicht, Patientenakten zur Verfügung zu stellen, wenn der Patient diese anfordere, sagte Heynemann. Ihnen würden aber meist nicht die wirklich interessanten Unterlagen ausgehändigt. Auch Anwälte bekämen Akten oft nur unvollständig. Hier müsse es Sanktionen in der Form geben, dass sich die Mediziner auf später nachgereichte Akten nicht mehr berufen könnten. DKG-Vertreter Wagener nannte es richtig, dass Unterlagen herausgegeben werden müssten, wenn der Patient darauf bestehe. Er wehre sich allerdings dagegen, „alles mit Sanktionen zu belegen“. Wenn eine Herausgabe nicht erfolge, dann könne zur Not dagegen geklagt werden.

Einigkeit herrschte in der Runde über die AOK-Forderung nach einer obligatorischen Haftpflichtversicherung für Ärzte, damit geschädigte Patienten ihre Ansprüche auf Schadenersatz überall durchsetzen können. Bislang existiert eine solche Pflichtversicherung nur in einigen Bundesländern. Beier forderte, eine solche Haftpflicht müsse es nicht nur für Behandler, sondern auch für Medizinproduktehersteller geben, worin ihr die anderen beiden Diskussionsteilnehmer zustimmten.

„STÄRKUNG DER PATIENTENRECHTE“ –
DAS POSITIONSPAPIER DER AOK:

www.aok-bv.de > Positionen



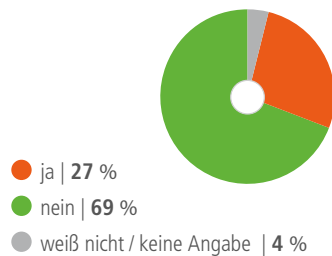


Patientenrechte: Repräsentative Befragung

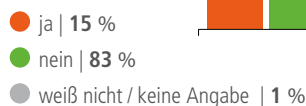
ams-Politik 11/19



Haben Sie Ihren behandelnden Arzt / Ärztin schon einmal darum gebeten, selbst Einsicht in Ihre Behandlungsunterlagen nehmen zu dürfen?

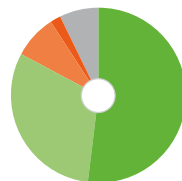


Ist Ihnen die gewünschte Einsicht verweigert worden?



„Wenn Ärzte ihren Patienten die Einsicht in ihre Behandlungsunterlagen ohne Grund verweigern, sollte das für sie rechtliche Konsequenzen haben.“

► Inwiefern stimmen Sie dieser Aussage zu?



Basis: 2.031 Personen ab 18 Jahren

Quelle: Bevölkerungsrepräsentative YouGov-Onlinebefragung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, August 2019;
Grafik: AOK-Mediendienst

Vier von fünf Bundesbürgern sprechen sich laut einer YouGov-Befragung für rechtliche Konsequenzen aus, wenn Ärzte ihren Patienten die Einsicht in Behandlungsunterlagen ohne Grund verweigern. Mehr als 2.000 Personen waren befragt worden. Weiteres Ergebnis: Jeder vierte hat schon einmal Einsicht nehmen wollen. 15 Prozent dieser Patienten wurde die Einsichtnahme verweigert. Die AOK fordert in einem aktuellen Positionspapier zur Weiterentwicklung des Patientenrechtegesetzes unter anderem Nachbesserungen bei der Information der Patienten.

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



GKV-Schätzerkreis :Drei Fragen an Katrin Hayn

„Reformbedingte Mehrausgaben werden 2020 ihre Wirkung entfalten“

26.11.19 (ams). Der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat sich nicht auf eine gemeinsame Prognose zur Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einigen können. Für 2019 gehen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und BVA von 245,7 Milliarden Euro aus. Der GKV-Spitzenverband erwartet 246 Milliarden Euro. Für 2020 schätzen BMG und BVA die Ausgaben auf 256,8 Milliarden, die GKV auf 258,6 Milliarden Euro. „Die Ausgabendynamik wird nächstes Jahr beträchtlich sein“, sagt Kathrin Hayn, Geschäftsführerin Finanzen im AOK-Bundesverband. Das BMG hat am 28.10.2019 im Bundesanzeiger die Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes um 0,2 Prozentpunkte auf 1,1 Prozent bekanntgegeben.



Kathrin Hayn
leitet die Geschäftsführungseinheit Finanzen im AOK-Bundesverband

Frau Hayn, als eine der ausgewiesenen Finanzexperten zieht sie der GKV-Spitzenverband zu den jährlichen Beratungen des Schätzerkreises hinzu. Wie laufen diese Verhandlungen ab?

Hayn: Das ist ein mehrstufiges Verfahren. Es beginnt mit einer Expertenanhörung unter anderem zu den Bereichen „gesamtesellschaftliche Entwicklung“, „ambulante und stationäre Versorgung“ und „Arzneimittel“. Danach treffen sich Vertreter der GKV und sprechen eine gemeinsame Einnahmen- und Ausgabenschätzung ab. Im Anschluss findet die eigentliche Sitzung des Schätzerkreises statt, in der die Annahmen zu der Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben gemeinsam mit dem BMG und dem BVA beraten werden. In diesem Jahr wurde keine einvernehmliche Schätzung erzielt.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ist der Empfehlung der GKV-Experten nicht gefolgt, obwohl er selbst durch Gesetze im Akkord kräftig an der Kostenschraube dreht.

Welche finanziellen Auswirkungen hat das auf die GKV – speziell die AOK?

Hayn: Gesundheitsreformen sind in den seltensten Fällen ausgabenneutral. Für die in dieser Legislaturperiode beschlossenen Gesetze haben wir zuletzt rund 30 Milliarden Euro Extraausgaben ausgerechnet – und das ist konservativ geschätzt. Einige Gesetze wie das Digitale-Versorgung-Gesetz und das GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz sind dabei noch gar nicht berücksichtigt. Bei den Krankenkassen führt das zu Vermögensabbau und Druck auf die Beitragsätze. Dabei ist die AOK vergleichsweise robust aufgestellt, für andere Krankenkassen dürfte die Luft schneller dünn werden. Bei allem Reformeifer, die Politik sollte die Beitragsstabilität nie außer Acht lassen und den Krankenkassen Planungssicherheit geben. Die GKV-Finanzergebnisse für das dritte Quartal 2019 zeigen Ausgabensprünge von vier bis fünf Prozent, gleichzeitig trübt die Konjunktur ein. Da können die Einnahmen der GKV perspektivisch nicht Schritt halten.



Steigen jetzt die Zusatzbeiträge auf breiter Front?

Hayn: Die Ausgabendynamik wird nächstes Jahr beträchtlich sein. Erste Anzeichen sehen wir bereits im laufenden Jahr 2019, in dem der festgelegte Zusatzbeitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent nicht ausgabendeckend war. Gleichzeitig haben viele Krankenkassen gerade erst ihre Zusatzbeiträge abgesenkt, die kassenindividuellen Spielräume dürften geringer geworden sein.

DER SCHÄTZERKREIS BEIM BVA:

www.bundesversicherungsamt > Risikostrukturausgleich > Schätzerkreis

WEITERE INFORMATIONEN ZUM DURCHSCHNITTLICHEN ZUSATZBEITRAG 2019

www.bundegesundheitsministerium > Presse
> Pressemitteilungen2019 > 4. Quartal > GKV-Zusatzbeitragssatz





EU-Ticker

Vorbereitung auf die deutsche EU-Ratspräsidentschaft

26.11.19 (ams). Die Bundesrepublik Deutschland übernimmt am 1. Juli für das zweite Halbjahr die EU-Ratspräsidentschaft. Die Vorbereitungen dazu laufen bereits. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat am 8. Oktober 2019 Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens über die geplanten gesundheitspolitischen Schwerpunkte der deutschen Ratspräsidentschaft informiert. Das Ministerium will sich nach Darstellung von Staatssekretär Thomas Steffen als „konstruktiver Vermittler“ dafür einsetzen, dass Lösungen für strittige Themen wie die Zusammenarbeit bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health-Technology-Assessment) auf EU-Ebene gefunden werden. Zu weiteren Schwerpunkten der deutschen Ratspräsidentschaft im Bereich Gesundheitspolitik zählt laut BMG die Einrichtung eines europäischen Datenraums (European Health Data Space), um Gesundheitsdaten grenzüberschreitend besser für die öffentliche und industrielle Forschung nutzen zu können. Das Ministerium will die deutschen Gesundheitsverbände und -organisationen eng in die Vorbereitung der Präsidentschaft einbinden.

**WEITERE INFORMATIONEN ZUR RATSPRÄSIDENTSCHAFT
AUS DEM BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM:**

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Ministerium > 2019 > EU-Ratspräsidentschaft 2020



Einsatz von Biosimilars fördern

26.11.19 (ams). Die EU-Kommission möchte den Markt für Biosimilars ankurbeln, um die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten finanziell zu entlasten. Über geeignete Maßnahmen dazu haben Vertreter von Arzneimittelbehörden, Ärzten und anderen Gesundheitsberufen, Pharmaindustrie, Patientenorganisationen und Krankenkassen am 30. Oktober in Brüssel diskutiert. Mehr als die Hälfte der Arzneimittel-Neuzulassungen sind inzwischen Biologika, komplexe Moleküle, die nur biologisch hergestellt werden können. Wenn die Patente abgelaufen sind, können Biosimilars als wirkstoffgleiche Nachahmerprodukte auf dem Markt kommen. Nach einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK ist der Biosimilar-Wettbewerb hierzulande trotz wachsender Marktanteile nur schwach ausgeprägt. Die Produkte werden vergleichsweise zurückhaltend verordnet. Laut WIdO liegt der durchschnittliche Verordnungsanteil innerhalb der jeweiligen Wirkstoffe nur bei 15 Prozent gegenüber den Originalbiologika. „Bei der Konferenz in Brüssel wurde deutlich, dass für eine Ausweitung der Biosimilar-Verordnungen die Informationen für Ärzte und Patienten nach wie vor eine Schlüsselrolle spielen“, sagt AOK-Europaexperte Evert Jan van Lente.

WIDO-STUDIE ZUM BIOSIMILAR-WETTBEWERB:

www.wido.de > Aktuelles > Biosimilars





AOK-Experte vertritt Krankenkassen-Interessen bei der EMA

26.11.19 (ams). Seit Mitte Oktober 2019 vertritt der AOK-Bundesverband in Person seines Brüsseler Vertreters Evert Jan van Lente die Interessen der Sozialversicherungen direkt bei der Europäischen Arzneimittelagentur EMA. „Es geht darum, frühzeitig reagieren zu können, wenn neue Arzneimittel auf den Markt kommen. Der direkte Kontakt zur EMA ermöglicht es uns, frühzeitig mit allen Beteiligten Studien zu gestalten, in denen es darum geht, aussagefähige Belege für die Nutzenbewertung zu bekommen“, erläutert van Lente. „Durch die frühe Einbindung können sich die nationalen Gesundheitssysteme auch rechtzeitig darauf vorbereiten, wenn besonders teure Arzneimittel in die Verordnung kommen, die aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die Versorgung ohne vollständige Studienlage beschleunigt zugelassen werden.“ Beispiele dafür seien die neuen CAR-T-Zelltherapien bei bestimmten Krebserkrankungen. „Der deutsche Gesetzgeber hat die Möglichkeit geschaffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Voraussetzungen für den Einsatz dieser speziellen Arzneimittel definiert“, so der AOK-Vertreter in Brüssel. „Der GBA kann auch sicherstellen, dass bereits während der begrenzten Anwendung Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit gewonnen werden können.“

In Litauen gibt es die meisten Herzinfarkte

26.11.19 (ams) Im Jahr 2016 waren 609.000 Todesfälle in der EU auf koronare Herzerkrankungen zurückzuführen, darunter vor allem Herzinfarkte. Das geht aus neuen Zahlen von EUROSTAT hervor. 90 Prozent der Todesfälle betrafen Menschen über 65 Jahre. Außerdem starben fast doppelt so viele Männer wie Frauen an Herzkrankheiten. Im EU-Schnitt sind im Berichtsjahr 1.190 Menschen pro eine Million Einwohner an einem Herzinfarkt gestorben. Mit 5.610 Infarkten pro eine Million Einwohner lag Litauen weit über diesem Schnitt, gefolgt von Lettland (4.000) und Ungarn (3.670). Deutschland lag knapp über dem EU-Durchschnitt. Die wenigsten Herzinfarkt-Toten gab es 2016 in Frankreich (470 je eine Million Einwohner), in den Niederlanden (580) und in Spanien (640).

WEITERE ZAHLEN UND INFORMATIONEN:

ec.europa.eu/eurostat/
> Neuigkeiten > Was gibt's neues?



EU-Arbeitsbehörde arbeitet

26.11.19 (ams) Die neue Europäische Arbeitsbehörde (ELA) hat am 17. Oktober 2019 ihre Tätigkeit aufgenommen. Die Aufgaben betreffen vor allem die Regelung der Arbeitskräfte-mobilität: Freizügigkeit und Entsendung von Arbeitnehmern, Koordinierung der sozialen Sicherheit sowie spezifische Rechtsvorschriften im Straßenverkehrssektor. Die ELA ist zunächst provisorisch in Brüssel tätig. Bis 2024 soll der Umzug an den vorgesehenen Standort in der slowakischen Hauptstadt Bratislava abgeschlossen sein.

MEHR INFORMATIONEN ZUR EU-ARBEITSBEHÖRDE:

ec.europa.eu/social





Zahl des Monats

Für sieben Behandlungen ...

... gibt es aktuell gesetzlich vorgegebene Mindestmengen, die ein Krankenhaus jährlich erbringen muss, damit es diese Leistungen auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechnen darf. Es handelt sich dabei um besonders anspruchsvolle und komplizierte Eingriffe, bei denen das Risiko der Patienten für schwere Komplikationen besonders hoch ist. Derzeit sind dies die Implantation künstlicher Kniegelenke (50 Fälle pro Jahr), Transplantationen von Leber (20), Niere (25) und Stammzellen (25), komplexe Operationen an Speiseröhre (10) und Bauchspeicheldrüse (10) sowie die Versorgung Früh- und Neugeborener mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm (14).

Mit einer bundesweiten „Mindestmengen-Transparenzkarte“ gibt die AOK erstmals einen Überblick über alle Kliniken, die im kommenden Jahr Mindestmengen-relevante Operationen mit besonders hohen Risiken für die Patienten durchführen dürfen. Die Karte im Internet-auftritt des AOK-Bundesverbandes enthält auch die von den Kliniken aktuell gemeldeten Fallzahlen für alle sieben Behandlungen, zu denen gesetzliche Mindestmengen-Vorgaben existieren.

„Mit unserer Online-Karte geben wir Patienten Orientierung, welche Kliniken die Mindestmengen-Regelung einhalten – aber wir zeigen auch, wo Klinikärzte erstmals oder auf Basis von Ausnahmegenehmigungen des Landes operieren“, erläutert Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. „Vor allem die bisher unveröffentlichten Fallzahlen aus den letzten anderthalb Jahren können Patienten, die vor einer planbaren Operation stehen, bei der Wahl einer passenden Klinik helfen“, so Litsch weiter.

[DIE BUNDESWEITE MINDESTMENGEN-TRANSPARENZKARTE IM NETZ:](#)

www.aok-bv.de

> Engagement > Mindestmengen





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Feste Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik

Die neue „Richtlinie über die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik“ (PPP-RL) macht erstmals verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung für die psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Versorgung in stationären Einrichtungen. Die bisherige Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) war lediglich ein Personalbemessungsinstrument und die Basis für Budgetverhandlungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Richtlinie jetzt nach Abschluss der redaktionellen und rechtlichen Prüfung auf seinen Internetseiten veröffentlicht.

Die jeweiligen Einrichtungen müssen die für sie geltenden Mindestpersonalvorgaben je Quartal darstellen. Die tatsächliche Personalausstattung ist monats- und stationsbezogen für jede therapeutisch und pflegerisch tätige Berufsgruppe nachzuweisen. Für die Berechnung hat der GBA Faktoren definiert, mit deren Hilfe der ermittelte Behandlungsaufwand in Mindestpersonalvorgaben übersetzt wird. Nach Gesprächen mit und unter Fachexperten sowie verschiedenen Stellungnahmeverfahren hat der GBA die Vorgaben der bislang geltenden Psych-PV dort erhöht, wo Defizite aufgetreten sind. Bei der psychologischen Betreuung erfolgte eine Erhöhung um durchschnittlich 60 Prozent, bei der Intensivbehandlung um zehn Prozent, und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden über fast alle Berufsgruppen hinweg die Vorgaben um fünf Prozent erhöht.

Die Mindestpersonalvorgaben sollen die Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verbessern. Einrichtungen, die die jeweiligen Grenzwerte unterschreiten, werden von der Vergütung ausgeschlossen, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten erfüllt werden. Die neuen Regelungen gelten jedoch nicht unmittelbar, sondern die neue Richtlinie sieht eine Übergangszeit von vier Jahren vor. In diesem Zeitraum müssen die Einrichtungen zunächst nur 85 und dann 90 Prozent der Mindestvorgaben erfüllen. Der GBA will damit sicherstellen, dass die Mindestvorgaben in der Praxis nicht dazu führen, dass Einrichtungen, die die Personalvorgaben nicht unmittelbar umsetzen können, keine Patienten behandeln können.

Der GBA hat in der beschlossenen Erstfassung der PPP-RL einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Inhalte festgelegt. Der Beschluss wird nun dem BMG zur Prüfung vorgelegt und soll nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. Januar 2020 in Kraft treten.

Neue Gesetzeslage: Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst

Mit dem „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (TSVG) haben Versicherte einen Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Anspruch ist unabhängig davon, ob die Versicherten auch entsprechende Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern, beispielsweise dem Arbeitgeber aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos, haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss



(GBA) hat die Schutzimpfungs-Richtlinie jetzt an die geänderte Gesetzeslage angepasst. Im Zuge dessen wurde außerdem die Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie übersichtlicher. Die derzeitigen „Hinweise zu den Schutzimpfungen“ und die weiteren „Anmerkungen“ werden unter dem Titel „Hinweise zur Umsetzung“ zusammengeführt. In der Anlage 1 werden die Details zu Art und Umfang der Leistungen dargestellt.

Mit der Neufassung der Anlage 2 hat der GBA Dokumentationsziffern für Impfungen ergänzt, die aufgrund einer beruflichen Indikation oder eines beruflich beziehungsweise durch eine Ausbildung bedingten Auslandsaufenthaltes durchgeführt werden. Diese Impfungen können dann auch in epidemiologischen Datenanalysen, zum Beispiel des Robert Koch-Instituts, berücksichtigt werden. So wird künftig eine differenziertere Erfassung von Impfungen ermöglicht.

Zudem berücksichtigt der Beschluss die im Epidemiologischen Bulletin Nr. 34 dieses Jahres veröffentlichten Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO).

Der Beschluss zur Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

DIESE UND WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT DES GBA:

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Mit dem MDK-Reformgesetz und dem Digitale-Versorgung-Gesetz hat der Bundestag zuletzt zwei große Reformprojekte der Bundesregierung in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Die jeweiligen Gesetze zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, zur Reform der Hebammenausbildung, zur Errichtung eines Deutschen Implantatregisters sowie das Anästhesietechnische- und Operationstechnische Assistenten-Gesetz sind inzwischen auch durch den Bundesrat gebilligt. DVG und MDK-Reform stehen erst Ende November auf der Tagesordnung der Länderkammer. Diese und ältere Stichworte (Stand: 15. November 2019) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

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

Die finalen Beratungen im Bundesrat sind für den 20. Dezember terminiert. Der Bundestag hat das Gesetz in zweiter und dritter Lesung am 7. November verabschiedet. Das Bundeskabinett hatte am 26. Juni 2019 auf Basis des Referentenentwurfes aus dem Bundesgesundheitsministerium das Gesetz beschlossen. Es ist zustimmungspflichtig im Bundesrat. Das Gesetz 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 treten zum 1. Januar 2021 in Kraft.

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 (Bundesrats-Drucksache 126/14) aufgenommen, aber nicht zur Beratung angesetzt (Bundestags-Drucksache 18/1581). Wegen des Grundsatzes der Diskontinuität war der Entwurf nach der Bundestagswahl 2017 entfallen. Daher 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.

DIE BESCHLUSSEMPFEHLUNG DES GESUNDHEITSAUSSCHUSSES:

dipbt.bundestag.de > Dokumente > Drucksache 19/14872



Gesetz für bessere Löhne in der Pflege – Pflegerlohnerbesserungsgesetz

Abschließend hat der Bundesrat am 8. November das Gesetz beraten. Nur einen Tag zuvor hatte der Bundestag in zweiter und dritter Lesung seine Zustimmung gegeben. Das Bundeskabinett hat am 19. Juni 2019 den Regierungsentwurf für das Pflegerlohnerbesserungsgesetz auf den Weg gebracht. Unter anderem kann die Bundesregierung künftig Tarifverträge in der Pflege in Bereichen für allgemeinverbindlich erklären, wo es künftig keine solche Vereinbarung zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften gibt. Als zweiter Weg können höhere Pflegemindestlöhne auch und nicht nur für Fachkräfte für Hilfskräfte wie bisher festgelegt werden. 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 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, etwa für Mindestentgelte. Diese Empfehlungen können laut Gesetzentwurf zum Gegenstand von Rechtsverordnungen gemacht werden.

DER GESETZENTWURF:

dipbt.bundestag.de
> Dokumente > Drucksache 19/13395





Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Die zweite und dritte Lesung des Bundestages hat das Gesetz hinter sich. Für den 29. November steht das Gesetz für die letzten Beratungen auf der Tagesordnung des Bundesrates. 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.

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. Das Bundeskabinett hatte seinen Entwurf am 17. Juli beschlossen. Die Fachanhörung zum Referentenentwurf vom Mai war am 11. Juni 2019.

Organisatorisch werden die MDK und der MDS auf neue Füße gestellt. 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 reduzieren, gelten ab 2021 quartalsbezogene Prüfquoten je Krankenhaus. 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 vorvergangenen 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 12,5 Prozent. Hier sah der Kabinettsbeschluss ursprünglich nur zehn Prozent vor. Die Bundesregierung erhofft sich dadurch mehr Anreize für eine korrekte Abrechnung. Zusätzlich zur Begrenzung der Zahl der Prüfungen sah der Kabinettsbeschluss vor, die Strafabschläge für nachgewiesenes Falschabrechnen auf maximal 1.500 Euro zu deckeln. Auch das ist in den Beratungen des Gesundheitsausschusses noch einmal geändert worden. Nun müssen Krankenhäuser für fehlerhafte Abrechnungen mindestens 300 Euro Strafe zahlen. Die Strafe darf jedoch zehn Prozent des auf Grund der Prüfung durch den Medizinischen Dienst geminderten Abrechnungsbetrages



nicht überschreiten. Darüber hinaus ist künftig bei stationärer Krankenhausbehandlung eine Prüfung spätestens vier Monate nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.

Außerdem wird die Erfüllung struktureller Voraussetzungen der Leistungserbringung in einer Strukturprüfung gebündelt. Bisher prüft der MDK im Rahmen von Einzelfallprüfungen, ob ein Krankenhaus die strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung erfüllt. Künftig erfolgt diese Prüfung in regelmäßigen Abständen, etwa alle ein oder zwei Jahre. 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 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.

DER GESETZENTWURF:

dipbt.bundestag.de > Dokumente > Drucksache 19/13397



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

Auch das Masernschutzgesetz geht auf die Zielgerade. Aktuell stehen die zweite und dritte Lesung im Bundestag an, bevor es kurz vor Weihnachten in den Bundesrat geht. 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 Impfkommision 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 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 GESETZENTWURF:

dipbt.bundestag.de > Dokumente > Drucksache 19/13452



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

Der Bundestag hat das Gesetz inzwischen in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Ende November debattiert der Bundesrat noch einmal das DVG. Patientinnen und Patienten können sich Gesundheits-Apps künftig wie Arzneimittel vom Arzt verschreiben lassen, ihre Daten in absehbarer Zeit in einer elektronischen Patientenakte speichern lassen und schließlich telemedizinische Angebote wie zum Beispiel Videosprechstunden leichter nutzen können. Das sind wesentliche Regelungen des „Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“.

Patienten erhalten ebenso einen Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen, die sie etwa dabei unterstützen, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen. Nach einer ersten Prüfung der Sicherheit und von Qualitätskriterien wie Datenschutz, Transparenz und Nutzerfreundlichkeit wird eine Anwendung ein Jahr lang vorläufig von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet. In dieser Zeit muss der Hersteller beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nachweisen, dass das Angebot positive Effekte für die Versorgung hat. Bei den Beratungen ist noch ein zusätzlicher Passus ins Gesetz aufgenommen worden, der insbesondere den Kostenträgern wichtig war. Eine verordnungsfähige digitale Gesundheitsanwendung muss einen medizinischen Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung in der Versorgung nachweisen. Wie viel Geld der Hersteller erhält, verhandelt er dann selbst mit dem GKV-Spitzenverband.

Krankenkassen müssen ihren Versicherten spätestens ab dem 1.1.2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz sollen Patientinnen und Patienten zeitgleich einen Anspruch darauf erhalten, dass ihre Ärztin beziehungsweise ihr Arzt Daten in die ePA einträgt. Das gilt dann auch nach einer Behandlung im Krankenhaus. Der Arzt erhält für die Anlage und Verwaltung der ePA eine Vergütung. Anfang Juli hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn einen überarbeiteten Referentenentwurf vorgelegt. In der Ressortabstimmung für die Kabinettsfassung hatte das Justizministerium Datenschutzbedenken bei den Vorgaben für die 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.

Der Gesetzentwurf sieht eine Erweiterung der Telematikinfrastruktur 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. Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen bekommen die Möglichkeit dazu. Die Kosten für die freiwillige Anbindung werden erstattet.

Der Einsatz von Telemedizin wird gestärkt, Videosprechstunde alltäglich und die Suche nach Ärzten mit entsprechenden Angeboten leichter. Ärztinnen und Ärzte dürfen künftig auf ihrer Internetseite darüber informieren. Die Aufklärung durch den Arzt und die Einwilligung des Patienten für eine Videosprechstunde müssen nicht mehr wie bisher persönlich oder schriftlich, sondern können künftig auch im Rahmen der Videosprechstunde erfolgen. Mediziner haben zudem mehr Möglichkeiten, sich auf digitalem Weg mit Kollegen auszutauschen. Diese sogenannten Telekonsile werden außerhalb des Praxisbudgets vergütet. Die Nutzung digitaler Technik soll Verwaltungsprozesse vereinfachen. Nach der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und dem E-Rezept (GSAV) kommen jetzt auch die elektronische Heil- und Hilfsmittelverordnung. Die konkreten Verfahren und Abläufe werden in Pilotprojekten getestet. Die Vergütung für den Arztbrief wird umgestellt. Das Honorar für den Versand per Fax wird gesenkt, so dass der Versand eines elektronischen Arztbriefes attraktiver wird. Freiwillig gesetzliche Versicherte können künftig der Krankenkasse ihrer Wahl ebenfalls elektronisch beitreten. Und Kassen dürfen ihre Versicherten mit deren Zustimmung über innovative Angebote elektronisch informieren.

Damit Patienten möglichst schnell von innovativen Versorgungsansätzen profitieren, wird der Innovationsfonds über 2019 hinaus bis 2024 verlängert. Krankenkassen können sich künftig mit bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven an der Entwicklung digitaler Innovationen beteiligen.

DIE BESCHLUSSEMPFEHLUNG DES GESUNDHEITSAUSSCHUSSES:

dipbt.bundestag.de > Dokumente > Drucksache 19/14867





Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz, GKV-FKG)

Für den 18. Dezember ist die Anhörung im Gesundheitsausschuss im Bundestag geplant. Mit dem Kabinettsentwurf hat eines der größten Reformprojekte der Bundesregierung einen neuen Namen bekommen. Aus „Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“ ist „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV“ geworden. Die Abkürzung „GKV-FKG“ musste nicht geändert werden. Die Bundesregierung verfolgt mit dem GKV-FKG im Wesentlichen zwei Ziele. Auch der Kabinettsentwurf beinhaltet nicht nur die Weiterentwicklung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen, des sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), sondern auch eine Reform der Organisationsstrukturen. Sie fällt nicht mehr ganz so tiefgreifend aus, da die im Referentenentwurf enthaltene bundesweite Zwangsöffnung der AOK im Kabinettsentwurf gestrichen wurde.

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.

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 abzeichneten. Angebotsorientierte Faktoren wie Arztdichte und Krankenhausbettenzahl werden nicht in den Ausgleich einbezogen.

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

Neu geregelt werden soll an einigen Stellen die Zuweisungspraxis. Bestimmte Rechenmechanismen, sogenannte Altersinteraktionsterme, sollen berücksichtigen, dass Krankheiten je nach Alter zu unterschiedlichen Behandlungskosten führen können. Bisher erhielten junge Versicherte mit hoher Morbidität tendenziell zu niedrige und ältere, multimorbide Versicherte tendenziell zu hohe Zuweisungen. Bei unterschiedlichen Versichertenstrukturen führe dies zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Das Kriterium Erwerbsminderung wird nicht mehr als Risikomerkmale in den RSA einbezogen. Die noch im Referentenentwurf vorgesehene Streichung der Kostenpauschale für strukturierte Behandlungsprogramme, sogenannte Disease-Management-Programme (DMP), wurde im Kabinettsbeschluss zurückgenommen. Das Verfahren zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten wird auf den einzelnen Versicherten individualisiert. Bisher wurden Arzneimittelrabatte pauschal je Krankenkasse angerechnet.



Differenzierte Diagnosen im Rahmen von innovativen Haus- und Facharztverträgen sollen verboten werden. 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 pauschal 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 zu niedrigeren Ausgaben führt. 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 Finanzausgleich zwischen den Kassen auszuwerten und zu bewerten. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit der Prüfung von Einzelfragen durch BMG und BVA beauftragt werden.

Transparenz, Abstimmung und Kooperation zwischen den Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene sollen besser werden. Aus Sicht des Ministeriums hat unterschiedliches Handeln in der Vergangenheit zu Wettbewerbsverzerrungen im GKV-Markt geführt. Mit einer bundesweiten Öffnung aller Kassen wäre automatisch die Aufsicht bisher regional begrenzter Kassen von den Landesbehörden auf das Bundesversicherungsamt (BVA) übergegangen.

Darüber hinaus werden die Verhaltensregeln für den Wettbewerb und insbesondere für Werbemaßnahmen der Krankenkassen genauer festgelegt sowie die Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander neu geordnet. Das Wettbewerbsrecht und die Klagerechte der Krankenkassen untereinander werden 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 Strukturen des GKV-Spitzenverbandes werden neu geordnet. Ein neuer Lenkungs- und Koordinierungsausschuss, der mit zehn hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen besetzt ist, wird dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zur Seite gestellt



und soll künftig eine engere Anbindung des Verbandes an das operative Geschäft gewährleisten. Der Verwaltungsrat selbst wird kleiner und künftig nur noch maximal 40 Mitglieder haben. Außerdem wird in den Vorschlagslisten zur Besetzung des Verwaltungsrates eine Frauenquote von 40 Prozent verankert. In der aktuell bis 2023 laufenden Amtsperiode hat der Verwaltungsrat 52 Mitglieder. Der Referentenentwurf hatte noch vorgesehen, dass dem Verwaltungsrat überhaupt keine ehrenamtlichen Vertreter aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen, sondern nur noch hauptamtliche Vorstandsmitglieder der Mitgliedschaften angehören sollten. In der aktuell bis 2023 laufenden Amtsperiode hat der Verwaltungsrat 52 Mitglieder. Der Referentenentwurf hatte noch vorgesehen, dass dem Verwaltungsrat überhaupt keine ehrenamtlichen Vertreter aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen, sondern nur noch hauptamtliche Vorstandsmitglieder der Mitgliedschaften angehören sollten.

Die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen selber Kassenart wird abgeschafft. Stattdessen steht der GKV-Spitzenverband als Ganzes künftig für zahlungsunfähige Kassen ein. Die Kosten aus der Insolvenz einer Krankenkasse sollen künftig alle Kassen auf Basis eines fairen Verteilungsschlüssels tragen.

Das FKG regelt in einem weiteren Artikel darüberhinaus noch einen Aspekt, der eigentlich eher dem Krankenhausbereich zuzurechnen ist. Um in den Jahren 2018 und 2019 etwaige nicht refinanzierte Tarifsteigerungen in der Pflege zu finanzieren, sollen die Krankenhäuser im kommenden Jahr einmalig 250 Millionen Euro erhalten. Die zusätzlichen Mittel sollen den Krankenhäusern schnell und ohne relevanten zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Verfügung gestellt werden. Dazu wird für jede voll- oder teilstationäre Behandlung ein Zuschlag von 0,3 Prozent des Rechnungsbetrags erhoben. Die Mehrausgaben werden den Krankenkassen durch eine einmalige Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kompensiert.

DER KABINETTSENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > GKV-FKG



Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz –GKV-BRG)

Ab dem Jahr 2020 sollen auf Betriebsrenten bis zu 159,25 Euro keine Krankenkassenbeiträge mehr bezahlt werden. Der entsprechende Gesetzentwurf der Großen Koalition soll eine jahrelange Debatte beenden. Der Freibetrag wird jährlich der Lohnentwicklung angepasst. Die Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sollen 2020 in vollem Umfang, in den Folgejahren nur noch in Teilen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kompensiert werden. Von 2020 bis 2023 macht das etwa drei Milliarden Euro aus. Die Kompensationszahlungen werden jährlich weniger. 2021 sind im Gesetzentwurf noch 900 Millionen Euro eingeplant, 2022 sollen es nur noch 600 Millionen Euro sein, 2023 schließlich lediglich 300 Millionen Euro. Ab 2024 müssen die Krankenkassen die Beitragsausfälle in voller Höhe selbst tragen. Außerdem soll die Mindestreserve des Gesundheitsfonds von derzeit 25 Prozent auf 20 Prozent der durchschnittlichen Ausgaben sinken.

DER KABINETTSENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > GKV-BRG





Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (EIRD)

Der Bundesrat hat das EIRD am 8. November gebilligt. Es kann somit mit Tag der Verkündung und teilweise am 1. Januar in Kraft treten. Der Bundestag hatte das Gesetz am 27. September in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Die abschließenden Beratungen im Bundesrat sind für den 8. November terminiert. 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 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.

BESCHLUSSEMPFEHLUNG:

dipbt.bundestag.de > Dokumente > Drucksache 19/13438



Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Das Gesetz ist ebenfalls am 8. November das zweite Mal im Bundesrat beraten worden. Der Bundestag hatte das Gesetz am 26. September in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Auch hier tritt das Gesetz am Tag der Verkündung beziehungsweise am 1. Januar in Kraft. Einige Teile wiederum treten am 20. September 2020 in Kraft. Die Neuregelung löst das Psychotherapeutengesetz von 1998 ab. Geplant ist ein Studium auf Masterniveau, das zur Erteilung der Approbation führt. Neben einem berufsrechtlichen Teil umfasst der Entwurf 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.

BESCHLUSSEMPFEHLUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/13585



Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Aktuell befindet sich die Bundesregierung in Abstimmung mit der EU über europarechtliche Fragen des Gesetzentwurfes. Frühestens Mitte Oktober geht es in die erste Lesung im Bundestag. Im Fokus steht dabei insbesondere der Online-Versandhandel. 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 Medizinern 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



Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung – Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG)

Das Gesetz hat die Fachanhörung im Bundesgesundheitsministerium im September durchlaufen und wartet auf seine Beratung im Bundeskabinett. Der Titel des Gesetzes gibt zugleich die Zielrichtung vor: 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 krankenhausespezifischer Zusatzentgelte verbessert werden. Abschläge für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, werden eingeführt.

Mehrkosten werden im Gesetzentwurf nicht beziffert. Das Gesetz soll mit Verkündung in Kraft treten.

DER REFERENTENTWURF: :

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Gesetze und Verordnungen



Hebammenreformgesetz (HebRefG)

Auch hier war der 8. November der Tag der finalen Debatte im Bundesrat. Bereits Ende September hat das Gesetz den Bundestag in zweiter und dritter Lesung passiert. Es tritt am 1. Januar 2020 in Kraft. Mit dem „Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung“ (Hebammenreformgesetz – HebRefG) leitet die Bundesregierung die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung ein. 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 Ausge-



staltung 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.



BESCHLUSSEMPFEHLUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/13588

Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG)

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 MPEUAnpG 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 Medizinprodukte-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 Arzneimittelprodukten 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 notwen-



dige 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 REFERENTENTWURF: :

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Gesetze und Verordnungen



Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Ende Juli 2019 hat das Bundesgesundheitsministerium 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 wurde, 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

MDK-Reformgesetz und DVG: Verbesserungen im Detail

26.11.19 (ams). Eine verordnungsfähige digitale Gesundheitsanwendung muss einen medizinischen Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung in der Versorgung nachweisen. Außerdem müssen Kliniken bei fehlerhaften Abrechnungen künftig Strafzahlungen von mindestens 300 Euro leisten. Mit diesen Änderungen hat der Deutsche Bundestag das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sowie das MDK-Reformgesetz in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Der AOK-Bundesverband begrüßt das, hält aber das neue Prüfverfahren für fehlerhafte Klinikabrechnungen mit festen Prüfquoten weiterhin für ungeeignet. „Daran ändert auch die jetzt ab 2020 vorgesehene Anhebung der Prüfquote von zehn auf 12,5 Prozent nichts“, sagt der Vorstandsvorsitzende Martin Litsch. Das liege weit unter der aktuellen durchschnittlichen Quote von 18 Prozent.“ Die Folge: Einnahmeausfällen der Krankenkassen von fast einer Milliarde Euro.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen > 06.11.19



Sichere Arzneimittelversorgung durch Rabattverträge

26.11.19 (ams). 99,7 Prozent der 9.000 Arzneimittel, für die es einen AOK-Rabattvertrag gibt, waren Anfang September 2019 lieferbar. Bezogen auf alle Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, betrug die Lieferquote 99,3 Prozent. Eine aktuelle Analyse widerlege eindeutig das Gerücht umfangreicher Lieferengpässe in Deutschland aufgrund von Rabattverträgen, so Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). „Die Arzneimittelrabattverträge erhöhen die Versorgungssicherheit, stärken den Wettbewerb unter den Pharmafirmen und senken die Arzneimittelkosten.“

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen > 06.11.19



Neue Daten zur Krankenhausqualität

26.11.19 (ams). Aktuelle Analysen auf Basis des Verfahrens zur „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) zeigen deutliche Unterschiede zwischen Kliniken bei Leistenbruch-Operationen und Hüftprothesenwechseln. Im Viertel der Kliniken mit der schlechtesten gemessenen Behandlungsqualität war die Komplikationsrate bei den Leistenbruch-OPs fast doppelt so hoch wie in dem Viertel mit den besten Werten. Es handelt sich um die erste Veröffentlichung von klinikbezogenen Qualitätsdaten zu Leistenbruch-OPs.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen > 25.10.19





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:
