



Gesundheitspolitik 2020

- Finanzierung der Pflegekosten im Krankenhaus
 - **„Der falschen Diagnose folgt die falsche Therapie“** ————— 2
- ams-Interview mit Martin Litsch: „Stadt. Land. Gesund.“
 - **„Medizinische Versorgung gestalten wir vor Ort“** ————— 4
- ams-Grafik Von A(rzneimittel) bis Z(uschuss)
 - **Das gilt 2020** ————— 6
- Gesetzgebung Gesundheitspolitik I
 - **Was 2020 in Kraft tritt** ————— 7
- Gesetzgebung Gesundheitspolitik II
 - **Was 2019 auf der Tagesordnung steht** ————— 13



Finanzierung der Pflegekosten im Krankenhaus

„Der falschen Diagnose folgt die falsche Therapie“

17.12.19 (ams). Der Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2020 markiert den größten Umbruch seit der Einführung des modernen Abrechnungssystems im Jahr 2003: Erstmals enthält der Katalog die um den Vergütungsanteil für Pflege reduzierten Fallpauschalen – aDRGs (Fallpauschalen ohne Pflege) – in Kombination mit dem Katalog für Pflegeerlöse. Hintergrund ist die Einführung des sogenannten Pflegebudgets im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), mit dem die Pflege im Krankenhaus ab 2020 „auf eine neue, von den Fallpauschalen unabhängige, krankenhausesindividuelle Vergütung umgestellt“ werden soll.

Die klinikindividuelle Finanzierung der Pflege soll die Kliniken motivieren, künftig mehr Pflegepersonal auf ihren Stationen zu beschäftigen. Um das neue Vergütungssystem umzusetzen, wurden die Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen und in der Aufnahme aus den rund 1.300 Fallpauschalen ausgegliedert; die Kosten werden künftig vollständig von den Krankenkassen refinanziert. Auch die Kosten für Leiharbeit und Honorarkräfte werden im Rahmen des Pflegebudgets erstattet, allerdings – so hat es das MDK-Reformgesetz nachträglich festgelegt – nur bis zur Höhe des Tariflohns. In den DRGs enthalten bleiben Pflegedienstleitung, Transportdienste, der medizinisch-technische und der Funktionsdienst. Für den Personaleinsatz ist bisher weder eine Obergrenze noch eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit vorgesehen. Allerdings hat der Gesetzgeber die Mittel an den Zweck gebunden: Während die Krankenhäuser über ihre DRG-Erlöse frei verfügen können, wird das Pflegebudget nur für nachgewiesene Pflegekosten ausgezahlt. Doch der scheinbar plausiblen Therapie liege die falsche Diagnose zugrunde, meint Dr. David Scheller-Kreinsen, Referatsleiter Stationäre Versorgung, Rehabilitation beim AOK-Bundesverband: „Mehr Geld für Pflege hilft seit Jahren nicht, denn der gefühlte Mangel in der pflegerischen Versorgung und Rehabilitation hat seine Ursachen in den Strukturen der deutschen Krankenhauslandschaft und im Nachholbedarfen bei der Ambulantisierung stationärer Fälle.“

Der Katalog bleibt erhalten

Etwa 15 Milliarden Euro, also rund 20 Prozent der Klinikerlöse, werden 2020 mit dem Pflegebudget neu verteilt. Die Auszahlung erfolgt zunächst über eine Umlage auf die abgerechneten Fälle. Dafür hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aus jeder Fallpauschale den jeweiligen Anteil der pflegebudgetrelevanten Kosten herausgerechnet. Der fallspezifische Pflegeerlös wird im Fallpauschalen-Katalog 2020 erstmals als tagesbezogene Bewertungsrelation für Pflege gelistet. So können die Pflegepersonalkosten der Kliniken zunächst mit den abgerechneten Krankenhausfällen bezahlt werden. Die Summe wird anschließend mit dem individuellen Wirtschaftsprüfungsbericht der Klinik für das fragliche Jahr abgeglichen – die Krankenkassen begleichen die Differenz zu 100 Prozent. Fehlanreize lägen dabei auf der Hand, so Scheller-Kreinsen: „Die Regelung wird der Leiharbeit



im Krankenhaus noch weiteren Vorschub leisten, und einzelne Kliniken haben bereits angekündigt, Tätigkeiten von Hilfskräften wieder von Pflegekräften erledigen zu lassen.“

Systembruch mit ungewissen Folgen

Auch die Folgen für das System sind ungewiss: In ihrer Gesamtheit haben die Krankenhäuser nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (2016) bisher mehr Geld für Pflege erhalten als sie ausgaben. Die Zweckbindung der Mittel bewirkt, dass Kliniken, die bisher bereits mehr Pflegepersonal beschäftigt haben, als in den Fallpauschalen vorgesehen, künftig mehr Geld erhalten als bisher. Häuser, die bisher in der Pflege gespart haben, müssen nun Personal aufbauen, um ihre Einnahmen zu stabilisieren. Zudem ist der Vergütungsanteil für Pflege in den einzelnen DRGs sehr unterschiedlich – je nach individuellem Leistungsspektrum und Fallzahl wirkt sich der Systemwechsel in den Häusern deshalb unterschiedlich aus.

Eventuelle Budgetverluste wurden zwar für die Jahre 2020 und 2021 per Gesetz begrenzt. Doch die Regelung wird nicht verhindern, dass der strukturelle Umbau des Kataloges die Finanzierung einzelner Versorgungsbereiche beeinflusst, etwa die Palliativmedizin oder die Geriatrie. Die Kalkulation der Vergütung von Patienten mit sehr kurzer und sehr langer Verweildauer ändert sich, und die sogenannte Extremkosten-Analyse, also die Untersuchung besonders teurer Krankenhaufälle wird erschwert. Darüber hinaus dürften sich die Krankenhausverhandlungen und das Kodierverhalten der Kliniken ändern. „Es ist ein komplizierter Eingriff mit vielen unbekanntem Risiken“, so Scheller-Kreinsen. „Wir werden frühestens in drei Jahren wissen, welche Auswirkungen das Pflegebudget insgesamt auf die Versorgung hat. Der direkte Nutzen für die Pflegepersonalthematik scheint jedoch vergleichsweise gering zu sein.“

(asc)

[WEITERE INFORMATIONEN ZUR STATIONÄREN VERSORGUNG IM DOSSIER:](#)

www.aok-bv.de

[> Hintergrund > Dossiers > Krankenhaus](#)





ams-Interview mit Martin Litsch: „Stadt. Land. Gesund.“

„Medizinische Versorgung gestalten wir vor Ort“

17.12.19 (ams). Das Jahr 2019 hat die AOK insbesondere der Versorgung der ländlichen Regionen Deutschlands gewidmet. Mit ihrer Initiative „Stadt. Land. Gesund.“ hat sie über 100 Projekte identifiziert, die dazu beitragen, dass notwendige medizinische Angebote vor Ort erhalten bleiben. Sie setzen unterschiedliche Schwerpunkte bei der sektorenübergreifenden Versorgung, den Versorgungsassistenzen, der Digitalisierung und bei Arztnetzen. Im Februar 2019 haben die elf AOKs zusammen mit dem AOK-Bundesverband die Initiative gestartet.



Martin Litsch
ist Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes

Martin Litsch, die AOK hat mit der Initiative „Stadt. Land. Gesund.“ durchaus für Aufsehen gesorgt. Wie fällt Ihre Bilanz nach einem Jahr aus?

Litsch: Einige Reaktionen waren in der Tat zunächst ziemlich schrill. Das ging bis zur Unterstellung, die Initiative sei eine hinterlistige Abwehrstrategie im Streit um den Morbi-RSA. Auch von unseren Wettbewerbern wurde die Initiative sehr schnell fälschlicherweise mit der Reform des GKV-Finanzausgleichs verknüpft. Wenige Tage später jedoch starteten sie selbst damit, ihre eigenen regionalen Versorgungsangebote zu präsentieren. Dabei hat die AOK nie einen Alleinvertretungsanspruch auf regionale Versorgung formuliert. Ich freue mich aber, dass es uns mit „Stadt. Land. Gesund.“ gelungen ist, dass inzwischen mehr über Fragen der Betreuung, Versorgung und Sicherstellung und nicht allein über Finanzierungsfragen geredet wird. Am Ende haben wir es geschafft, ein Thema zu setzen. Das hat vor allem funktioniert, weil die AOK regional besser als andere Kassen aufgestellt ist. Wir sind ein glaubwürdiger Gesprächspartner für die Politik und die Leistungserbringer.

Aber das Thema lag doch letztlich auf der Straße?

Litsch: Im Nachhinein vielleicht, aber am Anfang stand für uns auch die Frage, ob es dieses Gefühl des „Abgehängtseins“ bei den Menschen in ländlich geprägten Regionen wirklich so gibt, wie es in Medienberichten oft transportiert wird. Die von uns beauftragte Forsa-Umfrage hat dann gezeigt, 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 relevant die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung ist und wie aufgeschlossen die Menschen für innovative Versorgungsformen sind. Sie wollen auch, dass wir als Krankenkasse Verantwortung für eine funktionierende Versorgung übernehmen. Auf Basis dessen haben wir den Dialog mit vielen verschiedenen Akteuren gesucht. Das Feedback aus den AOKs war zum Teil überwältigend. Es haben sich viele Anknüpfungspunkte für Gespräche ergeben, auch mit unseren Mitgliedern und Versicherten.

Zum Beispiel?

Litsch: Ach, das ist immer ein bisschen unfair den Ungenannten gegenüber, drei oder vier Einzelbeispiele zu nennen. Jede AOK leistet hier Beispielhaftes. Beispielweise stand der AOK-Tag in Schleswig-Holstein mit Landesgesundheitsminister Heiner Garg unter dem



Motto „Herausforderungen und Perspektiven für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“. Und die AOK Baden-Württemberg hat Bürgerdialoge in den Gemeinden veranstaltet. Außerdem haben die AOKs die Forsa-Umfrage noch einmal vertieft. In Niedersachsen fließt die Kampagne in die Arbeit der Enquete-Kommission des Landtags „Sicherstellung Versorgung Ländlicher Raum“ ein. Dazu kommt die gesamte Klaviatur der Öffentlichkeitsarbeit mit Plakatkampagnen, Medienberichterstattung und -kooperationen, aber vor allem viele Gespräche mit Politikern, nicht nur mit Gesundheits- und Pflegepolitikern, sondern insbesondere mit Kommunalpolitikern. Und natürlich haben wir aus den Umfragen und Gesprächen gesundheitspolitische Forderungen zu den Landtagswahlen in Brandenburg, Sachsen und Thüringen formuliert und kommuniziert.

Wie war die Resonanz bei der Politik?

Litsch: Sehr gut! Die AOK-Gemeinschaft möchte als relevanter Ansprechpartner für Versorgungslösungen vor Ort wahrgenommen werden. Das haben wir erreicht, auch auf bundespolitischer Ebene. Unsere Expertise ist gefragt. Es gab viele Nachfragen und Gesprächswünsche von Bundestagsabgeordneten, deren Wissenschaftlichen Mitarbeitern sowie der Fachebene aus den Bundesministerien. Dabei spielt natürlich auch eine Rolle, dass jede gute Lösung für die Menschen vor Ort ein gutes Argument mehr gegen jene ist, die mit den Ängsten und Sorgen der Menschen, aber gegen deren eigentliche Interessen Politik machen.

Sie meinen die AfD?

Litsch: Ich meine all jene, die es sich bei der Lösung komplexer Probleme zu leicht machen. Ländliche Räume profitieren nicht allein davon, dass es einen Supermarkt oder eine Bank vor Ort gibt, sondern auch vor allem davon, dass die medizinische und pflegerische Versorgung stimmt. Ich darf an unsere Forsa-Umfrage erinnern. Die Verfügbarkeit von Hausärzten ist den Menschen noch wichtiger als gute Einkaufsmöglichkeiten oder der Zugang zum Internet. Diesen Fakt kann die Politik nicht ignorieren, auch die Regierungskommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ nicht. Und hier stehen die AOKs als regionale Partner mit ihrem täglichen Erfahrungsschatz parat.

Wie geht es 2020 weiter?

Litsch: Am Ball bleiben! Das heißt, die bestehenden Projekte zu vertiefen und zu bewerten, aber auch neue Projekte aufzubauen. Insgesamt wird die Frage höherer Qualität in der Versorgung – auch mithilfe der Digitalisierung – eine wichtige Rolle spielen. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das ja bereits in Kraft ist, und das Digitale-Versorgung-Gesetz, das demnächst in Kraft treten wird, bieten hier Chancen. Das elektronische Rezept und digitale Gesundheitsanwendungen auf Rezept sind künftig möglich. Die hochwertige medizinische, regional verankerte Versorgung bleibt ein grundsätzliches Ziel.

(Interview: rbr)

ALLE INFORMATIONEN ZUR AOK-INITIATIVE „STADT. LAND. GESUND.“:

www.stadtlandgesund.de



Von A(rzneimittel) bis Z(uschuss): Das gilt 2020

Stand: 04. Dezember 2020

Zuzahlung für Arzneimittel	10% vom Abgabepreis pro Medikament, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Heilmittel (z. B. Ergotherapie oder Logopädie)	10% der Kosten plus 10 Euro je Verordnung	
Zuzahlung für Hilfsmittel	10% vom Abgabepreis, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z. B. Windeln)	10% für jedes Mittel, max. 10 Euro pro Monat	
Zuzahlung für häusliche Krankenpflege	10% der Kosten plus 10 Euro je Verordnung für max. 28 Tage	
Zuzahlung zu genehmigten Fahrkosten	10% der Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Haushaltshilfe	10% der täglichen Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage	
Medizinische Reha- und Vorsorgemaßnahmen	10 Euro pro Tag	

Belastungsgrenze für Zuzahlungen / bei chronisch Kranken individuell: 2% / 1% des Haushaltseinkommens

Familienabschläge bei der Ermittlung der Belastungsgrenze:

für den ersten Angehörigen	5.733,00 Euro	jährlich
jeder weitere Angehörige	3.822,00 Euro	jährlich
je familienversichertes Kind	7.812,00 Euro	jährlich

Bundeseinheitliche Beitragssätze

allgemeiner Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung	14,6%
ermäßigter Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung	14,0%
durchschnittlicher Zusatzbeitrag	1,1%
Beitragssatz gesetzliche Pflegeversicherung /Kinderlose (23 Jahre–Geburtsjahr 1940)	3,05%/3,3%
Beitragssatz gesetzliche Rentenversicherung	18,6%
knappschaftliche Rentenversicherung	24,7%
Beitragssatz Arbeitslosenversicherung	2,4%

Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	4.687,50 Euro	monatlich
Versicherungspflichtgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	62.550,00 Euro	jährlich

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Sachleistung häusliche Pflege:

Pflegegrad 1	0,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	689,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	1.298,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	1.612,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	1.995,00 Euro	monatlich

Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige:

Pflegegrad 1	0,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	316,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	545,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	728,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	901,00 Euro	monatlich

Vollstationäre Pflege:

Pflegegrad 1	125,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	770,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	1.262,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	1.775,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	2.005,00 Euro	monatlich

Teilstationäre und Kurzzeitpflege:

Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 1 (Entlastungsbetrag)	bis zu 125 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 2	689,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 3	1.298,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 4	1.612,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 5	1.995,00 Euro	monatlich

Kurzzeitpflege: 1.612,00 Euro (jährlich, Leistungszeitraum 8 Wochen)

Zuschuss für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen	bis zu 16,00 Euro	pro Tag
Zuschuss zu amb. med. Vorsorgeleist. für chronisch kranke Kleinkinder	bis zu 25,00 Euro	pro Tag

Weitere Informationen zu den Rechengrößen und Belastungsgrenzen 2019: www.aok-bv.de > Hintergrund > Das gilt



Gesetzgebung Gesundheitspolitik I

Was 2020 in Kraft tritt

Gesetz über die Ausbildung Anästhesietechnischer Assistenten und Operationstechnischer Assistenten (ATA-OTA-G)

Der Bundestag hat am 7. November 2019 das „Gesetz über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten“ (ATA-OTA-G) beschlossen. Der Bundesrat hat dem Gesetz am 29. November 2019 zugestimmt. Die neuen Ausbildungsregeln treten zum 1. Januar 2021 in Kraft.

Das Gesetz schafft bundeseinheitliche Vorgaben für eine jeweils dreijährige Ausbildung, die von den Krankenkassen refinanziert wird. Bisher gab es lediglich verschiedene Länderregelungen und eine Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Das Gesetz beinhaltet auch die Zahlung einer Ausbildungsvergütung und das Verbot von Schulgeld.

Für die staatliche Anerkennung von Schulen, die zum/zur ATA/OTA ausbilden, legt das Gesetz Mindestanforderungen fest. Bereits ausbildende Schulen erhalten durch Übergangsregelungen Zeit, sich darauf einzustellen. Auszubildende, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Ausbildung nach den bisherigen Regelungen begonnen haben, können diese zu den bisherigen Bedingungen abschließen.

[DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG IN 1. LESUNG BERATENER FASSUNG:](#)

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/14872



Gesetz für bessere Löhne in der Pflege – Pflegerlohnerbesserungsgesetz

Abschließend hat der Bundesrat das Gesetz am 8. November beraten. Nur einen Tag zuvor hatte der Bundestag in zweiter und dritter Lesung seine Zustimmung gegeben. Das Bundeskabinett hatte den Regierungsentwurf für das Pflegerlohnerbesserungsgesetz am 19. Juni 2019 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 für Hilfskräfte und wie bisher nicht nur für Fachkräfte 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 der KAP 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. Das Gesetz beinhaltet auch die Rahmen-



bedingungen 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 Gesetz zum Gegenstand von Rechtsverordnungen gemacht werden.

DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:

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

DER TEXT IM BUNDESGESETZBLATT:

www.bgbl.de
> Bundesgesetzblatt > Teil I > Nr. 42 vom 28.11.19



Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Der Bundestag hat das „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz“ am 7. November 2019 verabschiedet. Der Bundesrat hat am 29. November 2019 zugestimmt. Das Gesetz tritt zum 1. Januar 2020 in Kraft.

Mit dem MDK-Reformgesetz werden die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung organisatorisch von den Krankenkassen getrennt. Damit setzt die Bundesregierung ein im Koalitionsvertrag vereinbartes Vorhaben um. Zudem will die Bundesregierung die Zahl der Prüfverfahren bei Krankenhausabrechnungen reduzieren.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) stellen künftig keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr dar, sondern werden als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (MD) geführt. Auch der bisherige „Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)“ wird vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst und erhält die Kompetenz zum Erlass der Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste.

Die Besetzung der MD-Verwaltungsräte wird neu geregelt. Künftig werden auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen, Verbraucherverbände sowie Ärzteschaft und Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein. Bisher sind sie durch Beiräte beteiligt. Die Umstellung soll innerhalb von eineinhalb Jahren erfolgen.

Um die Prüfverfahren von Klinikrechnungen zu verringern, gelten ab 2021 quartalsbezogene Prüfquoten je Krankenhaus. Dadurch wird nicht mehr jede möglicherweise falsche Krankenhausrechnung überprüft. Der Prüfumfang durch die von den Krankenkassen beauftragten Medizinischen Dienste richtet sich künftig danach, wie korrekt eine Klinik im vorvergangenen Quartal abgerechnet hat. Je höher der Anteil korrekter Rechnungen ist, desto niedriger fällt die Prüfquote im Folgezeitraum aus und umgekehrt. Bei einer Fehlerquote von mehr als 60 Prozent dürfen künftig nur noch 15 Prozent der Rechnungen geprüft werden, bei einer Fehlerquote zwischen 40 und 60 Prozent sind es zehn Prozent und bei weniger als 40 Prozent Fehlerquote höchstens fünf Prozent. Für das Jahr 2020 gilt zunächst generell eine Prüfquote von 12,5 Prozent.

Krankenhäuser müssen für fehlerhafte Abrechnungen erstmals eine Strafgeld zahlen: mindestens 300 Euro, maximal jedoch zehn Prozent des durch die Prüfung geminderten Abrechnungsbetrags. Bislang mussten Kliniken bei einer nachgewiesenen Falschabrechnung nur den zu viel berechneten Betrag zurückzahlen.



Das neue Verfahren mit seiner begrenzten und reduzierten Prüfquote führt nach Darstellung des AOK-Bundesverbandes zu Einnahmeausfällen der Krankenkassen von fast einer Milliarde Euro. Laut GKV-Spitzenverband war 2018 jede zweite geprüfte Krankenhausabrechnung fehlerhaft.

Im MDK-Reformgesetz ist zudem verankert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) seine öffentlichen Sitzungen künftig live im Internet übertragen und in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung stellen muss. So sollen Beschlüsse des obersten Entscheidungsgremiums der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen transparenter werden.

[DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN AUSSCHUSSFASSUNG:](#)

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/14871



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

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) will die Bundesregierung den Digitalisierungsprozess im deutschen Gesundheitswesen weiter vorantreiben. Der Bundestag hat das DVG am 7. November 2019 verabschiedet. Der Bundesrat hat dem Gesetz am 29. November 2019 zugestimmt. Es tritt zum 1. Januar 2020 in Kraft.

Das DVG beinhaltet drei Schwerpunkte: Patienten können sich künftig digitale Gesundheits-Apps wie Arzneimittel vom Arzt auf Kassenkosten verschreiben lassen. Sie sollen die Möglichkeit erhalten, ihre Gesundheitsdaten in einer elektronischen Patientenakte (ePA) speichern zu lassen und telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden leichter nutzen können.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die Patienten etwa dabei unterstützen, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen, werden nach einer ersten Prüfung der Sicherheit und von Qualitätskriterien (Datenschutz, Transparenz, Nutzerfreundlichkeit) zunächst für ein Jahr von den Krankenkassen erstattet. In dieser Zeitspanne müssen die Hersteller dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nachweisen, dass das Angebot einen medizinischen Nutzen besitzt und die Gesundheitsversorgung für die Patienten relevant verbessert. Den Preis ab dem zweiten Jahr, handelt der Hersteller dann mit dem GKV-Spitzenverband aus. Dieses Verfahren ähnelt der frühen Nutzenbewertung bei neuen Medikamenten.

Spätestens ab 1. Januar 2021 müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die Möglichkeit einer elektronischen Patientenakte (ePA) anbieten. Laut Gesetz haben Patienten dann auch einen Anspruch darauf, dass ihre Ärztin oder ihr Arzt Daten in die ePA einträgt. Das gilt dann auch nach einer Behandlung im Krankenhaus. Der Arzt erhält für das Anlegen und die Verwaltung der ePA eine Vergütung.

Das Gesetz forciert auch die Erweiterung der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen (TI). Apotheken und Krankenhäuser müssen sich an die TI anschließen lassen; Apotheken haben dazu bis zum 1. September 2020 Zeit, Krankenhäuser bis zum 1. Januar 2021. Arztpraxen, die bis März 2020 immer noch keine TI-Anbindung haben, droht eine Honorarkürzung um 2,5 Prozent. Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen können sich freiwillig an die TI anbinden lassen. Die Kosten werden erstattet.



Der Einsatz von Telemedizin wird gefördert. Ärztinnen und Ärzte dürfen künftig auf ihrer Internetseite über die Möglichkeit zur Videosprechstunde informieren. Ärztliche Aufklärung und Patienteneinwilligung zur Videosprechstunde können im Rahmen der Videosprechstunde erfolgen. Der digitale Austausch zwischen Medizinern über sogenannte Telekonsile wird außerhalb des Praxisbudgets vergütet.

Digitale Technik soll auch Verwaltungsprozesse weiter vereinfachen. Nach der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und dem elektronischem Rezept kommt jetzt auch die elektronische Heil- und Hilfsmittelverordnung. Konkrete Verfahren und Abläufe werden in Pilotprojekten getestet. Freiwillig gesetzliche Versicherte können künftig der Krankenkasse ihrer Wahl online beitreten. Krankenkassen dürfen ihre Versicherten mit deren Zustimmung elektronisch über innovative Angebote informieren.

Damit Patienten möglichst schnell von innovativen Versorgungsansätzen profitieren, bleibt der Innovationsfonds über 2019 hinaus bis 2024 bestehen. Krankenkassen dürfen sich ab 2020 mit bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven direkt an der Entwicklung digitaler Innovationen beteiligen.



DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/14867

GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (GKV-BRG)

Das Bundeskabinett hat am 18. November 2019 den Entwurf für das „Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge“ beschlossen – so der vollständige Titel. Das GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (GKV-BRG) setzt den am 10. November 2019 erzielten Kompromiss zwischen Union und SPD im seit Januar 2019 andauernden Streit um das Ende der sogenannten Doppelverbeitragung von Betriebsrenten um. Das Gesetz ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig. Es soll bereits zum 1. Januar 2020 in Kraft treten.

Um das Gesetz noch vor dem Jahreswechsel verabschieden zu können, wurde der Entwurf am 28. November ohne Debatte in den Bundestag eingebracht. Der Bundesrat hat am 29. November mit Fristverkürzung im 1. Durchgang beraten und keine Einwände erhoben. Die die 2./3. Lesung hat am 12. Dezember stattgefunden. Der Bundesrat entscheidet abschließend am 20. Dezember.

Danach gilt ab 1. Januar 2020 ein Freibetrag von 159,25 Euro. Das heißt: Erst höhere Betriebsrenten werden mit dem bei der jeweiligen Krankenkasse geltenden Beitragssatz verbeitragt. Da laut Bundesregierung rund 60 Prozent der Betriebsrenten unter 380 Euro im Monat liegen, müssen die Bezieher – verglichen mit heute – höchstens den halben Krankenkassenbeitrag bezahlen. Auch die Bezieher höherer Betriebsrenten werden entlastet, da es bisher nur eine Freigrenze in Höhe von 155,75 Euro gab. Wer über dieser Grenze liegt, muss bisher auf die komplette Summe vom ersten Euro an den jeweiligen Krankenkassenbeitrag zahlen. Berücksichtigt werden auch einmalige Kapitalauszahlungen. Für die Beiträge zur Pflegeversicherung gilt jedoch weiterhin die bisherige Freigrenze.

Von dem Freibetrag sollen auch Betriebsrentner profitieren, deren Rentenbezug vor 2020 begonnen hat oder deren Kapitalauszahlung weniger als zehn Jahre zurückliegt. Der Freibetrag ist an die sozialversicherungsrechtliche Bezugsgröße gekoppelt und verändert sich jährlich in etwa wie die durchschnittliche Lohnentwicklung.



Die gesetzliche Krankenversicherung verliert durch das Gesetz rund 1,2 Milliarden Euro an Beitragseinnahmen jährlich. 2020 wird der Ausfall in vollem Umfang aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Bis 2023 werden dann jährlich abnehmende Beträge aus der Liquiditätsreserve entnommen (2021: 900 Millionen, 2022: 600 Millionen, 2023: 300 Millionen Euro). Ab 2024 müssen die Krankenkassen die Beitragsausfälle in voller Höhe kompensieren.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben bei der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages am 9. Dezember 2019 gefordert, dass die Beitragsausfälle für eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dauerhaft aus Steuermitteln ausgeglichen werden müssten. Sie haben zudem darauf hingewiesen, dass die technisch-organisatorische Umsetzung des Gesetzes bis zum 1. Januar kaum möglich sei.

DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/15877



Gesetz zur Errichtung eines deutschen Implantateregisters (EIRD)

Der Bundestag hat am 26. September 2019 das „Gesetz zur Einrichtung eines Deutschen Implantateregisters“ verabschiedet. Der Bundesrat hat dem Vorhaben am 8. November 2019 zugestimmt. Es tritt zum 1. Januar 2020 in Kraft. Nach Darstellung des Bundesgesundheitsministeriums werden die Einrichtung des Registers, die Rahmengesetzgebung und der Aufbau einer Geschäftsstelle sowie einer Vertrauensstelle für die Datenabwicklung drei bis fünf Jahre dauern. Zum Start sollen alle neu eingesetzten Hüftprothesen und Brustimplantate erfasst werden. Bis spätestens 2025 sollen dann alle relevanten Produktkategorien folgen. Auch Daten der bereits bestehenden medizinischen Register werden einbezogen werden. Dazu zählt etwa 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.

DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/13589



Gesetz zur Reform der Hebammen-Ausbildung

Der Bundestag hat am 26. September 2019 das Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz) verabschiedet. Der Bundesrat hat am 8. November 2019 abschließend zugestimmt. Es tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Mit dem Hebammenreformgesetz wird die Ausbildung an die gewachsenen Anforderungen des komplexen Gesundheitssystems angepasst und weitgehend akademisiert. Dies soll auch die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen stärken. Zudem hat die Bundesregierung mit dem Gesetz die Vorgaben einer EU-Richtlinie umgesetzt.

Künftig werden alle Hebammen im Rahmen von Regelstudiengängen ausgebildet. Durch die Ausrichtung als duales Studium wird es weiter einen großen Praxisanteil geben. Das



Studium dauert mindestens sechs und höchstens acht Semester. Es orientiert sich an einem Bachelor-Studiengang.

Zu Beginn des Studiums schließen die Studierenden mit einem Krankenhaus einen Vertrag zur akademischen Hebammenausbildung. Das Krankenhaus trägt die Verantwortung für die Durchführung des berufspraktischen Teils des Studiums und zahlt der oder dem Studierenden für die gesamte Dauer des Studiums eine Vergütung. Praxiseinsätze finden im Krankenhaus sowie bei freiberuflich tätigen Hebammen oder in hebammengeleiteten Einrichtungen statt. Die Finanzierung erfolgt über das Krankenhausfinanzierungsgesetz durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:

dipbt.bundestag.de
> Dokumente > Drucksache 19/13588

DER TEXT IM BUNDESGESETZBLATT:

www.bgbl.de
> Bundesgesetzblatt > Teil I > Nr. 42 vom 28.11.19



Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Der Bundestag hat am 26. September das „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ verabschiedet. Der Bundesrat hat am 8. November 2019 zugestimmt. Das Gesetz ist am 15. November 2019 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden und tritt in wesentlichen Teilen zum 1. Januar und zum 1. September 2020 in Kraft.

Die Neuregelung löst das bisherige Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1998 ab. Künftig ist die Psychotherapie ein eigenständiges universitäres Studienfach. Das Studium gliedert sich in ein dreijähriges Bachelor- und ein zweijähriges Masterstudium, das mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung und Approbation abschließt. Es folgt eine nach Landesrecht zu organisierende Weiterbildung in stationären und ambulanten Einrichtungen. Nach der Weiterbildung sind die Psychotherapeuten berechtigt, sich ins Arztregister eintragen zu lassen und sich um eine Zulassung für die Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu bewerben.

DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:

dipbt.bundestag.de
> Dokumente > Drucksache 19/13585

DER TEXT IM BUNDESGESETZBLATT:

www.bgbl.de
> Bundesgesetzblatt > Teil I > Nr. 40 vom 22.11.19





Gesetzgebung Gesundheitspolitik II

Was 2020 auf der Tagesordnung steht

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

Der Bundestag hat am 14. November 2019 das Masernschutzgesetz verabschiedet. Das Gesetz soll zum 1. März 2020 in Kraft treten. Es ist zustimmungspflichtig im Bundesrat. Die Länder beraten abschließend am 20. Dezember 2019. Der Kulturausschuss des Bundesrates hat sich in seiner Beschlussempfehlung dafür ausgesprochen, das Inkrafttreten um ein Jahr auf den 1. März 2021 zu verschieben, da man für die Umsetzung der im Gesetz enthaltenen behördlichen Maßnahmen mehr Zeit brauche.

Kernanliegen des Gesetzes ist es, eine Durchimpfungsrate gegen Masern von mindestens 95 Prozent zu erreichen. Dazu soll eine Impfpflicht für bestimmte Personengruppen eingeführt werden. Zum Schutz der individuellen und der öffentlichen Gesundheit sieht das Gesetz vor, „dass Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen (insbesondere Schulen und Kindertagesstätten) betreut werden oder in bestimmten Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind oder in solchen Einrichtungen oder in medizinischen Einrichtungen tätig sind, entweder einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder aber eine Immunität gegen Masern aufweisen müssen“. Auch bei der Betreuung durch eine Tagesmutter muss ein Nachweis über die Masernimpfung erfolgen. Entsprechende Nachweise über Masernimpfschutz oder -immunität müssen in der Regel gegenüber der Leitung der jeweiligen Einrichtung erbracht werden. Die Missachtung der Masernimpfpflicht für Kita- und Schulkinder kann mit Geldstrafen und Ausschluss vom Kita-Besuch geahndet werden. Eltern, die ihre in Gemeinschaftseinrichtungen betreuten Kinder nicht impfen lassen, begehen damit laut Gesetz eine Ordnungswidrigkeit und müssen mit Bußgeldern in Höhe von bis zu 2.500 Euro rechnen.

Zudem enthält das Gesetz weitere Maßnahmen für mehr Infektionsschutz und zur Impfprävention:

- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll die Bevölkerung zielgruppenspezifisch informieren.
- Für das Impfen soll es keine ärztlichen Fachbereichsgrenzen mehr geben. Grundsätzlich soll jeder Arztbesuch dafür genutzt werden können, den Impfstatus zu überprüfen und fehlende Schutzimpfungen nachzuholen.
- Den Krankenkassen soll es ermöglicht werden, ihre Versicherten in geeigneter Form individuell über fällige Schutzimpfungen zu informieren.
- Das Gesetz regelt auch die Einführung eines digitalen Impfausweises. Durch entsprechende Funktionalitäten kann dadurch automatisiert an Termine für Folge- und Auffrischimpfungen erinnert werden.

[DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:](https://www.dipbt.bundestag.de)

[dipbt.bundestag.de](https://www.dipbt.bundestag.de)
> Dokumente > Drucksache 19/15164





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

Der Bundestag hat am 12. Dezember 2019 in 1. Lesung das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV“ (GKV-FKG) beraten. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages findet am 18. Dezember statt. Die 2./3. Lesung im Bundestag ist für Mitte Januar 2020 geplant. Das Gesetz soll im Frühjahr 2020 in Kraft treten. Der Bundesrat hat bei seiner ersten Beratung am 29. November zahlreiche Änderungen gefordert. Das Gesetz ist allerdings nicht zustimmungspflichtig.

Mit dem Kabinettsentwurf vom 9. Oktober hat der von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bereits am 25. März vorgelegte Entwurf für das „Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“ einen neuen Namen bekommen. Die Änderung wurde notwendig, weil Spahn nach einhelligem Widerstand durch die Bundesländer sein Vorhaben aufgeben musste, alle Krankenkassen generell bundesweit zu öffnen und die Kassenaufsicht beim Bundesversicherungsamt (BVA) in Bonn zu zentralisieren.

Mit dem GKV-FKG verfolgt die Bundesregierung im Wesentlichen zwei Ziele: die Weiterentwicklung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen (morbidityorientierter Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA) und eine Reform der Organisationsstrukturen.

- Die bisherige Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten soll aufgehoben werden. Stattdessen ist ein sogenanntes Vollmodell vorgesehen, das das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt. Der Morbi-RSA wird zudem um eine regionale Komponente erweitert. Das Bundesgesundheitsministerium erhofft sich dadurch den Abbau von Wettbewerbsverzerrungen. Zudem soll Marktkonzentrationsprozessen vorgebeugt werden, die sich nach einem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BVA in einigen Bundesländern abzeichneten. Angebotsorientierte Faktoren wie Arztdichte und Krankenhausbettenzahl sollen allerdings nicht in den Ausgleich einbezogen werden.
- Ein Risikopool soll künftig finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen aufgrund von Hochkostenfällen mindern. Der Gesetzgeber hat hier insbesondere sehr teure Arzneimitteltherapien im Blick, 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. Begleitend werden die für den Pool verwendeten Leistungsdaten geprüft.
- Neu geregelt werden soll an einigen Stellen die Praxis der Morbi-RSA-Zuweisungen. Bisher erhalten Krankenkassen für junge Versicherte mit hoher Morbidität tendenziell zu niedrige und ältere, multimorbide Versicherte tendenziell zu hohe Zuweisungen. Bei unterschiedlichen Versichertenstrukturen führt dies zu Wettbewerbsverzerrungen.
- Das Kriterium Erwerbsminderung wird nicht mehr als Risikomerkmale in den RSA einbezogen. Rabatte, die Pharmaunternehmen Krankenkassen einräumen, werden künftig Versicherten-individuell und nicht mehr pauschal je Krankenkasse angerechnet.
- Differenzierte Diagnosen im Rahmen innovativer Haus- und Facharztverträge sollen verboten werden. Das Gesundheitsministerium will so mögliche Manipulationen bei der Kodierung von Diagnosen unterbinden. Sogenannte hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsrate überschreiten, sollen pauschal von der Berechnung der Risikozuschläge im Jahresausgleich ausgenommen werden. Geplant ist zudem die Einführung einer HMG speziell für den Hausarztbereich. 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 sollen künftig berücksichtigt und Zuschläge in Abhängigkeit davon gezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde.

- Präventionsbemühungen der Krankenkassen sollen im Morbi-RSA stärker berücksichtigt werden. Krankenkassen erhalten künftig für jeden Versicherten eine Vorsorgepauschale, sobald eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder eine Schutzimpfung 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.
- Transparenz, Abstimmung und Kooperation zwischen den Krankenkassen-Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene sollen besser werden. Aus Sicht des Ministeriums hat unterschiedliches Handeln in der Vergangenheit zu Wettbewerbsverzerrungen im GKV-Markt geführt.
- Verhaltensregeln für den Wettbewerb und insbesondere für Werbemaßnahmen der Krankenkassen werden genauer gefasst und die Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander neu geordnet. 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 entsprechende UWG-Klagen steht künftig Rechtsweg über Zivilgerichte offen.
- Die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes werden neu geordnet. Dem Verwaltungsrat wird ein neuer Lenkungs- und Koordinierungsausschuss mit zehn hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen zur Seite gestellt. Der Ausschuss soll eine engere Anbindung des Spitzenverbandes an das operative Geschäft der Krankenkassen gewährleisten. Der Verwaltungsrat selbst wird von derzeit 52 auf 40 Mitglieder verkleinert. Der Frauenanteil soll künftig bei mindestens 40 Prozent liegen.
- Die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen innerhalb einer Kassenart wird abgeschafft. Stattdessen steht der GKV-Spitzenverband künftig für zahlungsunfähige Kassen ein. Die Insolvenzkosten müssten dann alle Kassen auf Basis eines Verteilungsschlüssels tragen.
- Fachfremd sieht das GKV-FKG eine Zahlung der GKV von 250 Millionen Euro an die Krankenhäuser vor. Mit dieser zusätzlichen einmaligen Zuweisung sollen bisher nicht refinanzierte Gehaltstarifsteigerungen im Pflegebereich aus den Jahren 2018 und 2019 ausgeglichen werden. Dazu erhalten die Kliniken für jede voll- oder teilstationäre Behandlung einen Zuschlag von 0,3 Prozent auf den Rechnungsbetrag. Die Mehrausgaben der Kassen werden über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kompensiert.

Bereits vor der 1. Lesung im Bundestag haben die Regierungsfractionen zahlreiche Änderungsanträge eingebracht, mit denen vor allem „fachfremde“ Anliegen umgesetzt werden sollen. Sie betreffen vor allem Maßnahmen gegen Lieferengpässe bei Arzneimitteln.

DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG IN 1. LESUNG BERATENEN FASSUNG:

dipbt.bundestag.de > Dokumente > Drucksache 19/15662





Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

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

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

Da der Gesetzentwurf auch eine Preisbindung für den Arzneimittelversandhandel durch ausländische Apotheken beinhaltet, ist eine Abstimmung mit der EU-Kommission notwendig. Durch die erst zum 1. Dezember erfolgte Amtsübernahme der neuen EU-Kommission hat sich dies verzögert. Bis zu einer Entscheidung ruht das Gesetzgebungsverfahren.

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

GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Vor-Ort-Apotheken-Gesetz



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

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat nach den deutlichen Protesten und kritischen Stellungnahmen zum Referentenentwurf das geplante Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPREG) überarbeitet. Der Kabinettsbeschluss wird im Januar 2020 erwartet; das Gesetzgebungsverfahren soll bis zum Sommer nächsten Jahres abgeschlossen werden.

Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege wird laut Gesetzentwurf ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Im neuen Referentenentwurf vom 9. Dezember 2019 wurde der in der Erstfassung vorgesehene Vorrang der stationären Intensivpflege gestrichen. Wünsche der Versicherten zum Leistungsort sollen berücksichtigt werden, wenn sie angemessen sind und die medizinisch-pflegerische Versorgung gewährleistet ist. Intensivpflege-Patienten, die am sozialen Leben teilhaben, sollen auch künftig zu Hause betreut werden können. Es gilt laut Entwurf ein unbefristeter Bestandsschutz für alle, die bei Inkrafttreten bereits Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten.

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



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

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

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

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

REFERENTENTWURF DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS:

www.bundesgesundheitsministerium.de

> Service > Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz



Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnG)

Das Bundeskabinett hat am 6. November 2019 den Entwurf für das Gesetz zur Anpassung des Medizinprodukterechts an EU-Recht in den Bundestag eingebracht. Die 1. Lesung im Bundestag findet im Januar 2020 statt. Das MPEUAnG soll zum 26. Mai 2020 in Kraft treten und das deutsche Medizinproduktegesetz an die dann gültigen EU-Vorgaben anpassen.

Es geht dabei um die am 25. Mai 2017 nach vierjährigen Verhandlungen in Kraft getretenen Verordnungen für Medizinprodukte (EU 2017/745) und In-Vitro-Diagnostika (EU 2017/746). Die Verordnungen lösen nach einer Übergangsfrist von drei Jahren (Medizinprodukte) beziehungsweise fünf Jahren (In-vitro-Diagnostika) zwei EU-Richtlinien aus den 1990er-Jahren ab. Bei einigen Sachverhalten ergeben sich nationale Gestaltungsspielräume, die die Bundesregierung auch nutzen will. Vorbereitend werden bereits Regelungen für die In-vitro-Diagnostika getroffen. Zusätzlich werden mit dem Anpassungsgesetz 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 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 zuständigen Institutionen anderer EU-Länder oder bei fehlerhaften oder betrügerischen Anträgen bekommt diese Zentralstelle eine bedeutende Rolle. Die Kompetenz der zuständigen Bundesoberbehörde in Deutschland, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), wird dadurch 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, selbst entsprechend der Risikobewertung notwendige Maßnahmen festzulegen, umzusetzen und diese zu überwachen.

GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Bundesratsdrucksache 595/19



Sexuelle-Orientierung-und-geschlechtliche-Identität-Schutz-Gesetz

Mit dem „Gesetz zum Schutz vor Behandlungen zur Veränderung oder Unterdrückung der sexuellen Orientierung oder der selbstempfundenen geschlechtlichen Identität“ sollen sogenannte Konversionstherapien verboten werden. Das Verbot soll auch jegliches Bewerben, Anbieten und Vermitteln solcher Behandlungen bei Personen unter 18 Jahren einschließen. Bei Personen ab 18 Jahren sollen die öffentliche Werbung, das öffentliche Anbieten sowie Vermitteln verboten werden. Verstöße sollen mit einer Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder einem hohen Bußgeld geahndet werden. Den Referentenentwurf hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 5. November 2019 vorgelegt.

DER REFERENTENENTWURF DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS:

www.bundesgesundheitsministerium.de

> Service > Konversionstherapieverbot





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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Ratgeber 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 Rateber **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:

Weitere Informationen zu Ihren Datenschutzrechten: www.aok-bv.de/datenschutzrechte