



AOK-MEDIENSERVICE

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

01/20

POLITIK

Thema

 @AOK_Politik

Gesundheitspolitik 2021

ams-Interview mit Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes

- **Elektronische Patientenakte:
AOK erwartet einen Marathon** _____ 2

ams-Grafik: Von A(rzneimittel) bis Z(uschuss)

- **Das gilt 2021** _____ 5

Gesetzgebung Gesundheitspolitik I

- **Was 2021 in Kraft tritt** _____ 6

Gesetzgebung Gesundheitspolitik II

- **Was 2021 auf der Tagesordnung steht** _____ 11



ams-Interview mit Martin Litsch

Elektronische Patientenakte: AOK erwartet einen Marathon

07.12.20 (ams). Die AOK stellt sich bei der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) auf einen längeren Prozess ein. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, nennt die ePA im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams) „ein zukunftsweisendes Projekt“, warnt allerdings vor allzu großer Euphorie. Ein Grund seien unter anderem fehlende technische Voraussetzungen in den Arztpraxen. „Die Einführung der ePA wird im Laufe des Jahres 2021 und in den Jahren danach Schritt für Schritt erfolgen. Mit jeder Arztpraxis, die dazukommt, und jedem Versicherten, der die ePA aktiv nutzt, wird die Sache spannender“, betont Litsch.



Martin Litsch
ist Vorstandsvorsitzender des
AOK-Bundesverbandes

Herr Litsch, die Einführung der elektronischen Patientenakte rückt näher – welche Erwartungen haben Sie zum Start?

Litsch: Die elektronische Patientenakte ist ein zukunftsweisendes Projekt, davon bin ich überzeugt. Sie wird die Vernetzung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen unterstützen und einen echten Nutzen für unsere Versicherten haben, wenn sie erst einmal flächendeckend eingesetzt und von den Ärzten befüllt wird. Wir werden zum 1. Januar 2021 allerdings die Situation haben, dass wir als Kassen unseren Versicherten über unsere AOK-App zwar den Zugang zu ihrer persönlichen elektronischen Patientenakte anbieten. Aber in den ersten Wochen und Monaten werden nur sehr wenige Ärzte in bestimmten Testregionen Daten in die ePA der Versicherten einspielen können. Denn die dafür erforderlichen PTV4-Konnektoren zur technischen Anbindung der Arztpraxen stehen noch gar nicht flächendeckend zur Verfügung. Dazu kommen weitere Herausforderungen wie die Einbindung der ePA in die Verwaltungssysteme der Arztpraxen und Krankenhäuser. Man muss sich also davor hüten, mit der Einführung der ePA zum 1. Januar den großen Durchbruch für die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu erwarten.

Dann werden zum Start der ePA erst einmal nur wenige Versicherte wirklich davon profitieren können?

Litsch: So ist es. Die Einführung der ePA wird im Laufe des Jahres 2021 und in den Jahren danach Schritt für Schritt erfolgen. Mit jeder Arztpraxis, die dazukommt, und jedem Versicherten, der die ePA aktiv nutzt, wird die Sache spannender. Auch viele interessante Anwendungen werden erst im Laufe der Zeit starten. Das Ganze ist kein Sprint, sondern ein Marathon. Wir sind bereit für diesen langen Lauf – und ich persönlich bin sehr froh, dass es jetzt überhaupt losgeht mit der ePA.

Wo liegen aus Ihrer Sicht – abgesehen von den technischen Hürden – die größten Herausforderungen?

Litsch: Bei diesem Thema ist gerade bei den niedergelassenen Ärzten und in den Krankenhäusern noch viel Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit zu leisten. Auf deren Akzeptanz kommt es ganz entscheidend an, damit die ePA zum Fliegen kommt. Da haben insbeson-



dere die Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch die gematik noch viel zu tun. Wir werden unseren Versicherten zum 1. Januar die ePA-App der AOK anbieten, aber damit ist es natürlich nicht getan. Wir wollen die Information und Aufklärung der Versicherten über die ePA im Laufe des Jahres 2021 Schritt für Schritt intensivieren.

Wie bewerten Sie die Kritik des Bundesdatenschutzbeauftragten an der ePA?

Litsch: Das Vorgehen des Bundesbeauftragten für den Datenschutz führt die Krankenkassen in ein Dilemma: Auf der einen Seite sind sie unter Androhung von Strafzahlungen gezwungen, die von der gematik spezifizierte ePA einzuführen. Auf der anderen Seite drohen die Datenschützer mit Sanktionen, zu denen neben den bereits verschickten Warnschreiben auch Verwarnungen und Anweisungen an die Krankenkassen gehören könnten. Leidtragende dieser Sanktionen wären in beiden Fällen die Beitragszahler – obwohl weder sie, noch die zur Umsetzung verpflichteten Krankenkassen etwas zu dieser rechtlich verfahrenen Situation beigetragen haben. Der Streit um die ePA sollte zwischen den Aufsichtsbehörden und den politischen Verantwortlichen ausgetragen werden. Beitragszahler und Akteure im Gesundheitswesen dürfen zu Recht eine Normenklarheit erwarten. Die jetzige Vorgehensweise ist weder wirtschaftlich, noch fördert sie Vertrauen in die gerade auch jetzt in der Pandemie unbedingt erforderliche Digitalisierung. Und dieses Vertrauen brauchen wir ganz dringend, wenn die ePA ein Erfolg werden soll.

In Medienberichten hieß es, die AOK könne in ihrer ePA die Forderung des Bundesdatenschützers nach einem differenzierten Zugriffsmanagement für ihre Versicherten erfüllen. Ist da was dran?

Litsch: Diese Botschaft ist auf der Pressekonferenz des Bundesdatenschutzbeauftragten und einiger seiner Länderkollegen im August in die Welt gekommen, aber es handelt sich um ein Missverständnis. Die AOK-Gemeinschaft hat, wie alle anderen gesetzlichen Krankenkassen auch, keinen Spielraum hinsichtlich der Umsetzung der ePA-Funktionen. Wie die ePA zu programmieren ist, wird von der gematik in ihren Spezifikationen festgelegt. Daran müssen wir uns halten. Abgesehen davon ist ein differenziertes Zugriffsmanagement aus unserer Sicht natürlich wichtig. Daher ist es gut, dass das in der zweiten Stufe der ePA ab Januar 2022 auch umgesetzt wird.

Inzwischen hat Minister Spahn ja schon das dritte Digitalisierungsgesetz vorgelegt. Unter anderem ist die Entwicklung eines „Zukunftskonnektors“ für die Anbindung der Leistungserbringer vorgesehen. Was halten Sie davon?

Litsch: Der Gesetzgeber folgt mit dem Konzept des „Zukunftskonnektors“ unserer langjährigen Forderung nach einem softwarebasierten Konnektor. Die Entwicklung eines solchen Konnektors ist aus unserer Sicht absolut sinnvoll und sollte so schnell wie möglich umgesetzt werden. Mit einer softwarebasierten Lösung können die hohen Kosten für den Hardware-Austausch in den Praxen und Kliniken vermieden und die Einsparungen für die Versorgung unserer Versicherten genutzt werden.



Wie stehen Sie von der Anbindung weiterer Leistungsbereiche an die Telematikinfrastruktur, die im Gesetzesentwurf vorgesehen ist?

Litsch: Die Anbindung weiterer Nutzer wie Pflegeeinrichtungen oder Physiotherapeuten an die Telematikinfrastruktur ist grundsätzlich sehr sinnvoll. Sie sollte aber erst erfolgen, wenn es einen zugelassenen Software-Konnektor gibt. Es sollte unbedingt vermieden werden, dass jetzt weitere Nutzergruppen auf Basis der bisherigen Hardware-Konnektoren angeschlossen werden und dann ein kurzfristiger Umstieg auf die Zukunftskonnektoren inklusive eines erneuten Austausches der Technik erfolgt. Denn die Kosten für die Ausstattung und den Betrieb der hardwarebasierten Konnektoren bei den bisher angeschlossenen Krankenhäusern, Ärzten und Zahnärzten belaufen sich in einem Austausch-Zyklus von fünf Jahren schon jetzt auf über 2 Milliarden Euro. Dieses Geld fließt nicht in die Versorgung der Versicherten, sondern wird weitestgehend an die Konnektor- und PVS-Hersteller weitergeleitet. Das ist nicht im Sinne der Beitragszahler.

DER BUNDESDATENSCHUTZBEAUFTRAGTE
ZUM PATIENDATEN-SCHUTZGESETZ (PDSG:)

www.bfdi.bund.de



Von A(rzneimittel) bis Z(uschuss): Das gilt 2021

Stand: 07. 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% der Kosten, 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	5.922,00 Euro	jährlich
jeder weitere Angehörige	3.948,00 Euro	jährlich
je familienversichertes Kind	8.388,00 Euro	jährlich

Bundeseinheitliche Beitragssätze

allgemeiner Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung	14,6%
ermäßigter Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung	14,0%
durchschnittlicher Zusatzbeitrag	1,3%
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	4837,50 Euro	monatlich
Versicherungspflichtgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	64.350,00 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 2021: www.aok-bv.de > Hintergrund > Das gilt



Gesetzgebung Gesundheitspolitik I

Was 2021 in Kraft tritt

Drittes Bevölkerungsschutzgesetz und damit verbundene Rechtsverordnungen

Zahlreiche Regelungen des am 18. November 2020 von Bundestag und Bundesrat im Eilverfahren verabschiedeten und bereits am 19. November in Kraft getretenen „Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ entfalten erst 2021 ihre Wirkung. Dazu gehören Verordnungen, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) aufgrund dieses Gesetzes erlassen kann, darunter die Regelung des Anspruchs der Bürger auf bestimmte Schutzimpfungen, insbesondere gegen das Coronavirus Sars-CoV-2. Nach der heftigen Kritik von Opposition und Rechtsexperten an einer zu stark auf ministerielle Verordnungen fokussierten Pandemiepolitik haben Union und SPD kurz vor der Verabschiedung Änderungen zugestimmt, nach denen Rechtsverordnungen längstens für vier Wochen erlassen und ausführlich begründet werden müssen. Eine Verlängerung ist möglich, muss aber jeweils neu begründet werden.

Mit dem dritten Bevölkerungsschutzgesetz hat die Bundesregierung die bisherigen Corona-Schutzmaßnahmen gerichtsfest abgesichert. Im neuen Paragraphen 28a des Infektionsschutzgesetzes ist nun geregelt, welche Einschränkungen des öffentlichen Lebens Bund und Ländern gestattet sind. Zusätzlich wurden mit dem Gesetz Corona-Regelungen verlängert oder – wie im Fall von Finanzhilfen für Krankenhäuser – modifiziert erneut eingeführt. Das Gesetz beinhaltet zudem Regelungen zur Umsetzung von weiteren Maßnahmen aus dem „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“. Für eine bessere Kontrolle des Infektionsgeschehens sollen die Meldewege zwischen Laboren und Gesundheitsämtern zügig vereinheitlicht und digitalisiert werden. Nach der Zulassung neuer Corona-Impfstoffe sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen Versorgungsdaten nicht nur an das Robert-Koch-Institut (RKI), sondern auch an das für die Impfstoffsicherheit zuständige Paul-Ehrlich-Institut übermitteln, um Erfahrungswerte über Impfkomplicationen zu sammeln.

Mit der Coronavirus-Impfverordnung regelt das BMG den Impfanspruch sowie die Zuständigkeiten und Finanzverantwortung von Bund, Ländern und Krankenkassen beim Aufbau von Impfzentren in ganz Deutschland und bei der Organisation und Durchführung der vorgesehenen Massenimpfungen gegen Covid-19. Alle gesetzlich und privat Krankenversicherten haben Anspruch auf eine kostenlose Corona-Schutzimpfung. Da zunächst nur eine begrenzte Menge an Impfstoff zur Verfügung stehen wird, regelt die Verordnung die Impf-Prioritäten. Dabei orientiert sich das BMG an Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (Stiko) beim Robert-Koch-Institut und des Gemeinsamen Bundesausschusses der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Danach besteht ein Impfanspruch „insbesondere zunächst für Personen, die aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes ein signifikant erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben, sowie für Personen, die solche Personen behandeln, betreuen oder pflegen“. Anschließend werden Personen genannt, „die in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung besitzen“.



Nach der von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 9. Dezember vorgestellten Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung erhalten alle gesetzlich oder privat Krankenversicherten, die einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschriebenen Risikogruppe angehören, kostenlosen oder vergünstigten Anspruch auf 15 partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2-Masken). Die entstehenden Kosten werden vom Bund übernommen. Im ersten Schritt können sich über 60-Jährige sowie Menschen mit Vorerkrankungen wie Diabetes Typ 2 oder Risikoschwangerschaften bis zum 31. Dezember drei kostenlose Masken in der Apotheke abholen. Dazu genügt die Vorlage des Personalausweises oder die Eigenauskunft über die Zugehörigkeit zu einer der genannten Risikogruppen. Im neuen Jahr erhalten alle Berechtigten nach Angaben des BMG von ihren Krankenkassen zwei fälschungssichere Coupons für jeweils sechs Masken. Hierbei wird pro in der Apotheke eingelöstem Coupon ein Eigenanteil von zwei Euro fällig.

BESCHLUSSEMPFEHLUNG ZUM DRITTEN BEVÖLKERUNGSSCHUTZGESETZ

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/23944

INFOS DES BMG ZUR SCHUTZMASKEN-VERORDNUNG

www.bundesgesundheitsministerium.de

> Informationen zum Coronavirus



Elektronische Patientenakte / Elektronisches Rezept

Krankenversicherte haben ab dem 1. Januar 2021 einen gesetzlichen Anspruch auf eine elektronische Patientenakte (ePA). Zunächst befüllen und verwalten Ärztin oder Arzt die ePA ihrer Patienten. Sie erhalten dafür eine Vergütung. Verankert ist der ePA-Anspruch im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) von Ende 2019. Mit dem am 20. Oktober 2020 in Kraft getretenen Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (PDSG) hat die Bundesregierung offene datenschutzrechtliche Fragen beantwortet und zudem die Einführung weiterer digitaler Lösungen geregelt. „Patientensouveränität“ wird im PDSG als wichtigster Anspruch definiert. Das heißt im Einzelnen: Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Der Patient entscheidet, welche Daten dort gespeichert und wieder gelöscht werden. Er entscheidet auch in jedem einzelnen Fall, wer auf die ePA zugreifen darf. Zunächst soll die ePA mit Befunden, Arztberichten und Röntgenbildern befüllt werden. Ab 2022 lassen sich dort auch Impfausweis, Mutterpass, das „gelbe Heft“ für die Kinderuntersuchungen sowie das Bonusheft für den Zahnarzt hinterlegen. Bei einem Kassenwechsel können Versicherte ihre Daten aus der ePA übertragen lassen.

Ab 2022 sollen Versicherte die Möglichkeit bekommen, über ihr Smartphone oder Tablet für jedes in der ePA gespeicherte Dokument einzeln zu bestimmen, wer darauf zugreifen kann. Patienten könnten also zum Beispiel festlegen, dass ein Arzt zwar auf die ePA zugreifen darf, dass ihm aber bestimmte Befunde nicht angezeigt werden. Auch Versicherte, die kein mobiles Endgerät besitzen, sollen die ePA nutzen können. Dazu muss ihnen ihre Krankenkasse einen Zugang verschaffen. Ab 2023 können Versicherte ihre in der ePA abgelegten Daten freiwillig und anonym für Forschungszwecke „spenden.“



Im Laufe des Jahres 2021 sollen die Versicherten die Möglichkeit erhalten, verschreibungspflichtige Medikamente als eRezept über eine Smartphone-App in der Apotheke einzulösen. Die App soll in die sichere Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen integriert werden. Auch Überweisungen zum Facharzt sollen auf elektronischem Weg übermittelt werden können.

DIE BESCHLUSSEMPFEHLUNG ZUM PDSG:

dipbt.bundestag.de
> Dokumente > Drucksache 19/20708

DIE BESCHLUSSEMPFEHLUNG ZUM DVG:

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

INFOS DES BMG ZUR EPA

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Begriffe von A-Z > Elektronische Patientenakte



Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Das Gesetz soll die flächendeckende Arzneimittelversorgung durch ortsnahe Apotheken stärken. Um einen fairen Wettbewerb zwischen Online- und Präsenzapotheken zu gewährleisten, dürfen Versandapotheken aus EU-Ländern gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland keine Boni und Rabatte mehr für verschreibungspflichtige Medikamente einräumen. Verstöße werden mit bis zu 50.000 Euro bestraft. Präsenzapotheken erhalten zudem mehr Honorar für Nacht- und Notdienste. Zudem werden zur Kundenbindung zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen eingeführt, darunter zum Beispiel die intensive pharmazeutische Betreuung bei einer Krebstherapie oder die Arzneimittelversorgung von pflegebedürftigen Patienten in häuslicher Umgebung. Art und Vergütung der neuen Leistungen sollen der Krankenkassen-Spitzenverband und die Apothekerschaft aushandeln. Die Angebote sollen nach dem Willen des Gesetzgebers die Sicherheit und Wirksamkeit der Arzneimitteltherapie verbessern und sich vorrangig auf besondere Therapiesituationen, chronisch Kranke und Patienten mit Mehrfacherkrankungen beziehen. Auf die Krankenkassen kommen dadurch nach Angaben des BMG Zusatzkosten von rund 150 Millionen Euro netto pro Jahr zu. Die ebenfalls beschlossene höhere Vergütung der Betäubungsmittel-Abgabe durch Apotheker schlägt für die Kassen mit jährlich rund 15 Millionen Euro zusätzlich zu Buche.

Wenn Apotheken auf Kundenwunsch Medikamente per Botendienst ausliefern, müssen die Krankenkassen dies jetzt „je Lieferort und Tag“ mit 2,50 Euro vergüten. Damit hat die Bundesregierung die im März 2020 eingeführte Corona-Sonderleistung in die Regelversorgung überführt. Das Gesetz regelt zudem regionale Modellvorhaben, bei denen auch Apotheker nach einer Schulung durch Ärzte Erwachsene gegen Grippe impfen können. Darüber hinaus wird Ärzten erlaubt, chronisch kranken Patienten ein Mehrfachrezept auszustellen. Apotheken können die betreffenden Medikamente dann bis zu drei Mal abgeben.



Der Bundestag hat das Vor-Ort-Apothekengesetz am 29. Oktober 2020 mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen verabschiedet. Der Bundesrat hat das nicht zustimmungspflichtige Gesetz am 27. November 2020 passieren lassen und trotz einer ablehnenden Stellungnahme den Vermittlungsausschuss nicht angerufen. Das Gesetz soll noch im Dezember 2020 in Kraft treten.

BESCHLUSSEMPFEHLUNG ZUM VOR-ORT-APOTHEKEN-GESETZ

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/23775



Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG)

Das „Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege“ (GPVG) gehört zu den umstrittensten Vorhaben von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Neben den ursprünglich geplanten Inhalten sieht das vom Bundestag am 26. November verabschiedete Gesetz starke Eingriffe in die Finanzhoheit der gesetzlichen Krankenkassen vor. Die Kassen sollen 2021 anteilig rund acht Milliarden Euro aus ihren Beitragsreserven an den Gesundheitsfonds abführen. Die Obergrenze für die Finanzreserven wird von bisher einer Monatsausgabe auf 80 Prozent der monatlichen Ausgaben gesenkt. Allein die AOK-Gemeinschaft müsste nach Angaben des AOK-Bundesverbandes mehr als 4,2 Milliarden Euro an den Fonds abführen.

Zudem sieht das Gesetz für das neue Jahr einen einmaligen zusätzlichen Steuerzuschuss in Höhe von fünf Milliarden Euro vor, um die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu stabilisieren und pandemiebedingte Mehrausgaben auszugleichen. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme den Rückgriff auf die Kassenreserven abgelehnt. Die Länder fordern mehrheitlich einen einmaligen Steuerzuschuss im Umfang von elf Milliarden Euro. Die Länderkammer muss dem Gesetz nicht zustimmen, kann das Inkrafttreten aber durch ein Vermittlungsverfahren verzögern. Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates hat dem Plenum für die letzte Tagung dieses Jahres am 18. Dezember die Anrufung des Vermittlungsausschusses empfohlen.

Das Gesetz verschärft auch die Vorgaben zur Anhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags. Krankenkassen mit Rücklagen von mehr als 80 Prozent einer Monatsausgabe dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nur dann einmalig zum 1. Januar 2021 erhöhen, wenn dies zur Absicherung einer Finanzreserve in Höhe von insgesamt 0,4 Monatsausgaben für das Haushaltsjahr 2021 notwendig ist. Weitere Anhebungen im Jahresverlauf sind danach nicht mehr erlaubt. Für kleinere Kassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern sind Ausnahmen vorgesehen. Sie erhalten überdies einen Freibetrag von drei Millionen Euro bei der Abführung von Reserven, um ihre finanzielle Stabilität bei unerwarteten Hochkostenfällen zu sichern. Neben den umstrittenen GKV-Finanzregelungen beinhaltet das GPVG ein Hebammen-Förderprogramm über die nächsten drei Jahre, neue Regeln für Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Ärzten sowie mehr Geld für Krankenhäuser auf dem Land und für die stationäre Kinder- und Jugendmedizin. Außerdem will die Bundesregierung über einen Vergütungszuschlag bis zu 20.000 neue zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte in der Altenpflege schaffen. Die Pflegeversicherung würde dadurch 2021 und 2022 mit rund 995 Millionen Euro zusätzlich belastet.



Darüber hinaus werden mit dem Gesetz einzelne Corona-Sonderregelungen verlängert. In der Pflege gelten die zuletzt bis zum Jahresende befristeten Regelungen zur finanziellen Entlastung von Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen jetzt weiter bis zum 31. März 2021. Der Bund übernimmt noch bis Ende März 2021 die Behandlungskosten für Covid-19-Patienten aus anderen EU-Ländern in deutschen Kliniken. Geregelt wird auch die Abrechnung von Liquiditätshilfen, die Zahnärzten während der Pandemie gewährt wurden.

[DIE BESCHLUSSEMPFEHLUNG ZUM GPVG:](#)

dipbt.bundestag.de

[> Dokumente > Drucksache 19/24727](#)



Zukunftsprogramm Krankenhäuser

Das am 29. Oktober 2020 in Kraft getretene Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) sieht den Aufbau eines „Krankenhauszukunftsfonds“ vor, den Bund und Länder mit zusammen rund 4,3 Milliarden Euro füllen. Das Geld steht ab 1. Januar 2021 zur Verfügung. Der Bund steuert drei Milliarden zu. Die Umsetzung erfolgt über die Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds, der bereits vor einigen Jahren gesetzlich zur Investitionsförderung zur Verbesserung regionaler stationärer Versorgungsstrukturen gebildet wurde. Mit dem Geld soll vorrangig der Investitionsstau bei der Digitalisierung von Krankenhäusern aufgelöst und die Digitalisierung der Krankenhäuser nach bundesweiten Standards gestaltet werden. Gefördert werden soll zudem die Verbesserung der IT- und Cybersicherheit sowie die Anpassung von Notaufnahmen an den Stand der Technik.

Die Länder können bis zum 31. Dezember 2021 Förderanträge an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) stellen. Da ausschließlich Steuermittel verwendet werden sollen, haben die Krankenkassen bei der Verwendung der Mittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds keine Mitspracherechte. Die Verwendung der Mittel zur Digitalisierung der Krankenhäuser soll zum 30. Juni 2021 und zum 30. Juni 2023 evaluiert werden. Der bereits bestehende Krankenhausstrukturfonds wird mit dem Gesetz um zwei Jahre bis 2024 verlängert.

Das Krankenhauszukunftsgesetz enthält überdies weitere Corona-Finanzhilfen für Krankenhäuser. Erlösrückgänge, die Kliniken 2020 gegenüber 2019 wegen der Corona-Pandemie entstanden sind, werden auf Verlangen des Krankenhauses in Verhandlungen mit den Kostenträgern krankenhausesindividuell ermittelt und ausgeglichen. Für nicht anderweitig finanzierte Mehrkosten von Krankenhäusern aufgrund der Corona-Pandemie, zum Beispiel bei persönlichen Schutzausrüstungen, können bis Ende 2021 krankenhausesindividuelle Zuschläge vereinbart werden.

[DIE BESCHLUSSEMPFEHLUNG ZUM KHZG:](#)

dipbt.bundestag.de

[> Dokumente > Drucksache 19/22609](#)





Gesetzgebung Gesundheitspolitik II

Was 2021 auf der Tagesordnung steht

Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)

Mit dem „Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege“ will das Bundesgesundheitsministerium an das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und an das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) anknüpfen. Das DVPMG soll insbesondere die Grundlage für eine weitgehende Anbindung der Pflege an die Telematik-Infrastruktur (TI) legen, die Funktionen der elektronischen Patientenakte (ePA) und des elektronischen Rezeptes (eRezept) erweitern, die Fernbehandlung ausweiten und digitale Pflegeanwendungen auf Kosten der Sozialen Pflegeversicherung einführen. Die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen soll schneller und sicherer werden. Der Referentenentwurf für das DVPMG liegt seit dem 16. November vor.

Entsprechend den digitalen Gesundheitsanwendungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung (DiGA) sollen auch im Bereich der Pflege digitale Anwendungen (DiPA) eingeführt und durch die Pflegeversicherung finanziert werden. Die Verantwortung für Prüfung und Auflistung der DiPA soll ebenfalls beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte liegen. Der GKV-Spitzenverband soll mit den Herstellern die Erstattungspreise aushandeln. Pflegedienste können Versicherte beim Anwenden der Apps oder Software unterstützen. Dafür sollen bis zu 60 Euro monatlich zur Verfügung stehen. Im Bereich der Pflege sollen zudem „telepflegerische Beratungsleistungen“ eingeführt werden.

Um DiGA weiter in die Versorgung integrieren zu können, soll die Verknüpfung von Daten mit der neuen ePA ermöglicht werden. Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen im Zusammenhang mit DiGA sollen wie bei Ärzten vergütet werden. Prüfverfahren, Datenschutz und Informationssicherheit im Bereich der DiGA sollen verbessert werden.

Videosprechstunden, Telekonsilien und telemedizinische Leistungen sollen durch bessere Rahmenbedingungen und Vergütung gefördert werden. Auch telemedizinische Leistungen sollen durch den Terminservice der Kassenärztlichen Vereinigungen vermittelt werden. Auch Heilmittelerbringer und Hebammen sollen künftig Videosprechstunden anbieten können.

Neben dem eRezept für Arzneimittel sollen auch in den Bereichen häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege, Heil- und Hilfsmittel und Soziotherapie elektronische Verordnungen eingeführt werden. Dazu sollen nach Ärzten und Zahnärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Pflege auch Heil- und Hilfsmittelerbringer, Soziotherapeuten und zahnmedizinische Labore an die TI angebunden werden. Die Gesellschaft für Telematik erhält den Auftrag, einen sicheren und an die unterschiedlichen Bedürfnisse der Nutzer angepassten TI-Zugang zu entwickeln („Zukunftskonnektor“ oder „Zukunftskonnektordienst“).

Versicherte und Leistungserbringer erhalten ab 2023 „digitale Identitäten“. Die künftig auch kontaktlos einlesbare elektronische Gesundheitskarte soll nur noch als Versicherungsnachweis und nicht mehr als Datenspeicher dienen. Der elektronische Medikationsplan und die elektronischen Notfalldaten werden in die ePA integriert. Als Weiterentwicklung der Notfalldaten wird eine elektronische Patientenkurzakte vorbereitet. Versicherte, die keine ePA führen, sollen Organspende-Erklärungen über die Versicherten-Apps der Krankenkassen abgeben oder verändern können.



Die sichere Kommunikation im Medizinwesen (KIM) soll künftig neben der E-Mail-Funktion auch einen Videokommunikationsdienst und einen Messagingdienst beinhalten.

Um Ärzte und andere Leistungserbringer von der datenschutzrechtlichen Verantwortung für Verarbeitung personenbezogener Daten in der TI zu entlasten, sollen künftig bereits im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren Datenschutz-Folgenabschätzungen erfolgen.

Das „Nationalen Gesundheitsportal“ in Verantwortung des Bundesgesundheitsministeriums wird erweitert. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird beauftragt, Basisdaten und qualitätsbezogene Daten der vertragsärztlichen Versorgung für das Portal aufzubereiten. Die gematik GmbH soll die technischen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Versicherte über ihre ePA oder die eRezept-Anwendung Informationen aus dem Gesundheitsportal abrufen können.

Um die Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen zu verbessern, soll die bisher unzureichende Kodierung entsprechender Diagnosedaten in den Vergütungssystemen der stationären Versorgung verbessert werden.

Bis spätestens 2023 soll eine nationale eHealth-Kontaktstelle aufgebaut werden. Sie soll im Rahmen der EU-Zusammenarbeit dafür sorgen, dass Versicherte ihre Gesundheitsdaten auch grenzüberschreitend nutzen können.

REFERENTENENTWURF DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > DVPMG



Gesetz zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin (MTA-Reformgesetz)

Die Ausbildungen der Berufe in der medizinischen Technologie sind nach Ansicht des Bundesgesundheitsministeriums nicht mehr zeitgemäß und sollen entsprechend der medizinisch-technischen Weiterentwicklung modernisiert werden. Dazu hat das Bundeskabinett am 23. September 2020 den Entwurf für das Gesetz zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reformgesetz) auf den Weg gebracht.

Die bisherige Berufsbezeichnung „Medizinisch Technische/r Assistent/in“ soll durch die Bezeichnung „Medizinische Technologin/Medizinischer Technologe“ in den jeweiligen Fachrichtungen für Laboratoriumsdiagnostik, Radiologie, Funktionsdiagnostik und Veterinärmedizin ersetzt werden. Die Ausbildungsinhalte werden modernisiert, neu strukturiert und entsprechend der späteren Kompetenzen konkreter gefasst. Der Umfang der praktischen Ausbildung soll erweitert werden.

Ein Ausbildungsvertrag sowie eine angemessene Ausbildungsvergütung sollen künftig verbindlich sein. Das bisherige Schulgeld für die Ausbildung soll abgeschafft werden. Die Ausbildungskosten in Schulen, die von keinem Krankenhaus getragen oder mitgetragen werden, soll durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) getragen werden.

Der Gesetzentwurf beinhaltet außerdem eine Anpassung des Notfallsanitätergesetzes. Die Berufsgruppe soll mehr Rechtssicherheit bei eigenverantwortlichem Durchführen heilkundlicher Maßnahmen in besonderen Einsatzsituationen erhalten.

Das Gesetzgebungsverfahren soll in der ersten Jahreshälfte 2021 abgeschlossen werden und das Gesetz voraussichtlich am 1. Januar 2023 in Kraft treten. Der Bundestag hat am



25. November in 1. Lesung beraten. Das Gesetz ist im Bundesrat zustimmungspflichtig. Der 1. Durchgang in der Länderkammer hat am 6. November stattgefunden.

KABINETTSENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > MTA-Reformgesetz



Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will zahlreiche Vorhaben, die aufgrund der Corona-Krise bisher nicht geregelt werden konnten, über ein Sammelgesetz auf den Weg bringen. Sein Ministerium hat dazu am 28. Oktober den Entwurf für das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ (GVWG) vorgelegt. Der Entwurf beinhaltet Änderungen an insgesamt 15 Gesetzen und Verordnungen. Das Gesetz soll in weiten Teilen noch vor der Bundestagswahl (26. September) in Kraft treten.

- Laut Referentenentwurf sollen durch die Maßnahmen vor allem Qualität und Transparenz in der Versorgung verbessert werden. Dem Gesundheitswesen sollen „aktuell, dauerhaft und verlässlich“ die notwendigen Daten zu ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen zur Verfügung stehen.
- In der Krankenhausversorgung sollen für mehr Bereiche als bisher Mindestmengen festgelegt werden.
- Die Qualitätsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kliniken sollen verbindlicher geregelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll neue Anwendungsbereiche für Qualitätsverträge festlegen und genauere Vorgaben für deren spätere Auswertung vorgeben.
- Krankenhäuser sollen für jeden Standort das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand veröffentlichen.
- Für krankhaft Übergewichtige soll ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) eingeführt werden.
- Der GBA soll weitere planbare Eingriffe für das Zweitmeinungsverfahren benennen.
- Die Hospiz- und Palliativversorgung in Netzwerken und die ambulante Kinderhospizarbeit soll durch die GKV finanziell gefördert und verbessert werden.
- Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens für die zur Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten von freiwillig krankenversicherten Mitgliedern und Pflichtversicherten.
- Bei der Beitragsbemessung für freiwillig gesetzlich Versicherte soll künftig bei der Anrechnung des Ehegatteneinkommens ein Freibetrag für unterhaltsberechtigten nicht gemeinsamen Kindern berücksichtigt werden.
- Privat Krankenversicherte sollen durch eine Reform des Notlagentarifs vor Nachteilen geschützt werden.

REFERENTENENTWURF DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Gesetze und Verordnungen





Reform der Notfallversorgung

Die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vereinbarte Reform der Notfallversorgung steht weiter aus. Das geplante Gesetz ist bislang nicht über den am 8. Januar 2020 vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Referentenentwurf hinausgekommen. Ein Abschluss noch in der laufenden Legislaturperiode ist angesichts der Herausforderungen durch die Corona-Pandemie nicht zu erwarten.

Erklärtes Ziel der Reform ist es, die bisher weitgehend getrennt organisierten Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System weiter zu entwickeln. Dabei geht es im Sinne einer höheren Gesamtqualität um bessere Orientierung und kürzere Wartezeiten für Patienten und einen effizienteren Einsatz von Personal und Geld. Der Ministeriumsentwurf sieht drei wesentliche Maßnahmen vor: ein gemeinsames Notfallleitsystem (GNL), integrierte Notfallzentren (INZ) und die Etablierung des Rettungsdienstes als eigenständiger GKV-Leistungsbereich.

Das GNL soll die zentrale telefonische Lotsenfunktion für die integrierte medizinische Notfallversorgung erhalten. Es wäre in lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Situationen über die Rettungsnummer 112 und in allen anderen Fällen unter der Bereitschaftsdienstnummer der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) rund um die Uhr erreichbar. Die Lotsen sollen den Versorgungsbedarf einschätzen und die entsprechenden Leistungen (Notfallrettung, Krankentransport, ärztlicher Notdienst oder telemedizinische Versorgung) koordinieren.

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

Mit der Anerkennung der medizinischen Notfallversorgung der Rettungsdienste als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung kommt das Bundesgesundheitsministerium einer langjährigen Forderung der Länder nach.

REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Notfallversorgung





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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressänderung

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