



AOK-MEDIENSERVICE

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

09/21

POLITIK

 @AOK_Politik

Initiative „Pflege.Kräfte.Stärken“

- **AOK macht sich für Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege stark** 2

ams-Grafik: Arbeitsunfähigkeitsstatistik

- **Fehlzeiten in der Corona-Pandemie** 4

Krankenhausstrukturen und sektorenunabhängige Versorgung

- **Litsch: „Der Reformbedarf ist unstrittig“** 5

EU-Ticker

- **50 Milliarden-Programm zur Verhinderung von Gesundheitskrisen** 8

Zahl des Monats

- **75.000 Menschen ...** 11

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 12

- **Gesetzgebungskalender** 14

- **Kurzmeldungen** 41



Initiative „Pflege.Kräfte.Stärken“

AOK macht sich für Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege stark

20.09.21 (ams). Der AOK-Bundesverband verstärkt sein Engagement für die **Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)** in der Pflegebranche. Der **Fehlzeiten-Report 2021** des **Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)** zeige eindrucksvoll, dass **Pflegekräfte noch mehr als Beschäftigte anderen Berufszweigen von den Folgen der Corona-Pandemie betroffen gewesen seien**, sagte der **Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch**. Demnach waren die **knapp 660.000 AOK-versicherten Pflegekräfte 2021 im Schnitt 25,4 Tage krankgeschrieben und fehlten damit 6,1 Tage mehr als der Durchschnitt der AOK-Mitglieder**. „**Als größte Pflegekasse in Deutschland sehen wir uns in einer besonderen Verantwortung für die Menschen, die in der Pflege arbeiten**“, betonte Litsch. „**Dieses Engagement wollen wir in den nächsten Jahren mit unserer Initiative ‚Pflege.Kräfte.Stärken‘ noch ausbauen.**“

Litsch zufolge war die AOK trotz schwieriger Rahmenbedingungen in der Pandemie 2020 in mehr als 1.300 Einrichtungen der Pflegebranche mit BGF-Maßnahmen aktiv. „Damit nimmt die AOK eine Spitzenposition unter den gesetzlichen Krankenkassen ein“, unterstrich der AOK-Chef anlässlich der Veröffentlichung des aktuellen Fehlzeiten-Reports. „Die AOK stellt sich den Problemen, die durch die Pandemie noch einmal verschärft worden sind und engagiert sich ganz konkret dafür, die Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten und Krankenhäusern zu verbessern und die Resilienz der Pflegekräfte zu stärken.“

Bereits jetzt unterstützt die Gesundheitskasse im Rahmen von „Pflege.Kräfte.Stärken“ Pflegekräfte mit digitalen und hybriden Angeboten. So bietet sie mit der Pflege-Mediathek eine digitale Lernplattform rund um die Themen Pflege, Prävention und BGF an. „Die Pflege-mediathek wird inzwischen von mehr als 3.200 Pflegeeinrichtungen bundesweit genutzt“, erklärte Litsch. „Kein anderes Präventionsprogramm in der Pflege hat derzeit eine so hohe Verbreitung.“ Darüber hinaus wird im Forschungsprojekt „Care4Care“ die Kombinationen aus digitalen Trainings und Vor-Ort-Angeboten für Führungskräfte und Teams erprobt. „Dadurch, dass hier Angebote für Führungskräfte und Teammitglieder miteinander verbunden werden, kann das entstehen, was für die betriebliche Resilienz so wichtig ist: der Zusammenhalt im Betrieb und die Unterstützung der Führungskraft“, betonte Litsch. Zudem würden Workshops zum Neu-Einstieg in die BGF digital, hybrid oder als klassische Präsenzveranstaltung angeboten. Viele weitere Angebote wie etwa die Auszeichnung besonders innovativer und nachhaltiger Ansätze der BGF in der Pflege seien in Vorbereitung.

Fehlzeiten-Report: Präsentismus nimmt in der Pandemie zu

Ein weiteres Ergebnis des Fehlzeiten-Reports rückte Litsch in den Fokus: den durch die Pandemie zugenommenen Präsentismus bei Führungskräften in der Pflege. Jede dritte der 500 befragten Führungskräfte sei in den vergangenen zwölf Monaten krank zur Arbeit



gegangen, sagte Litsch. Damit liege der Anteil deutlich höher als im Durchschnitt der Beschäftigten. Laut Fehlzeiten-Report 2021 war es im Schnitt nur jeder siebte Beschäftigte, der krank zur Arbeit gegangen ist. „Die Forschung zeigt: Das beste Mittel gegen Präsentismus ist eine wertschätzende und gesunde Unternehmenskultur“, so Litsch. „Auch Fort- und Weiterbildungsangebote, die die persönliche Entwicklung der Beschäftigten stärken, wirken sich positiv aus und helfen das Problem zu lösen.“ Genau hier setze das AOK-Online-Seminar „Gesund führen“ an, das Verantwortliche in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern beim Aufbau einer gesunden Führungskultur unterstütze.

WIdO-Umfrage macht Mut

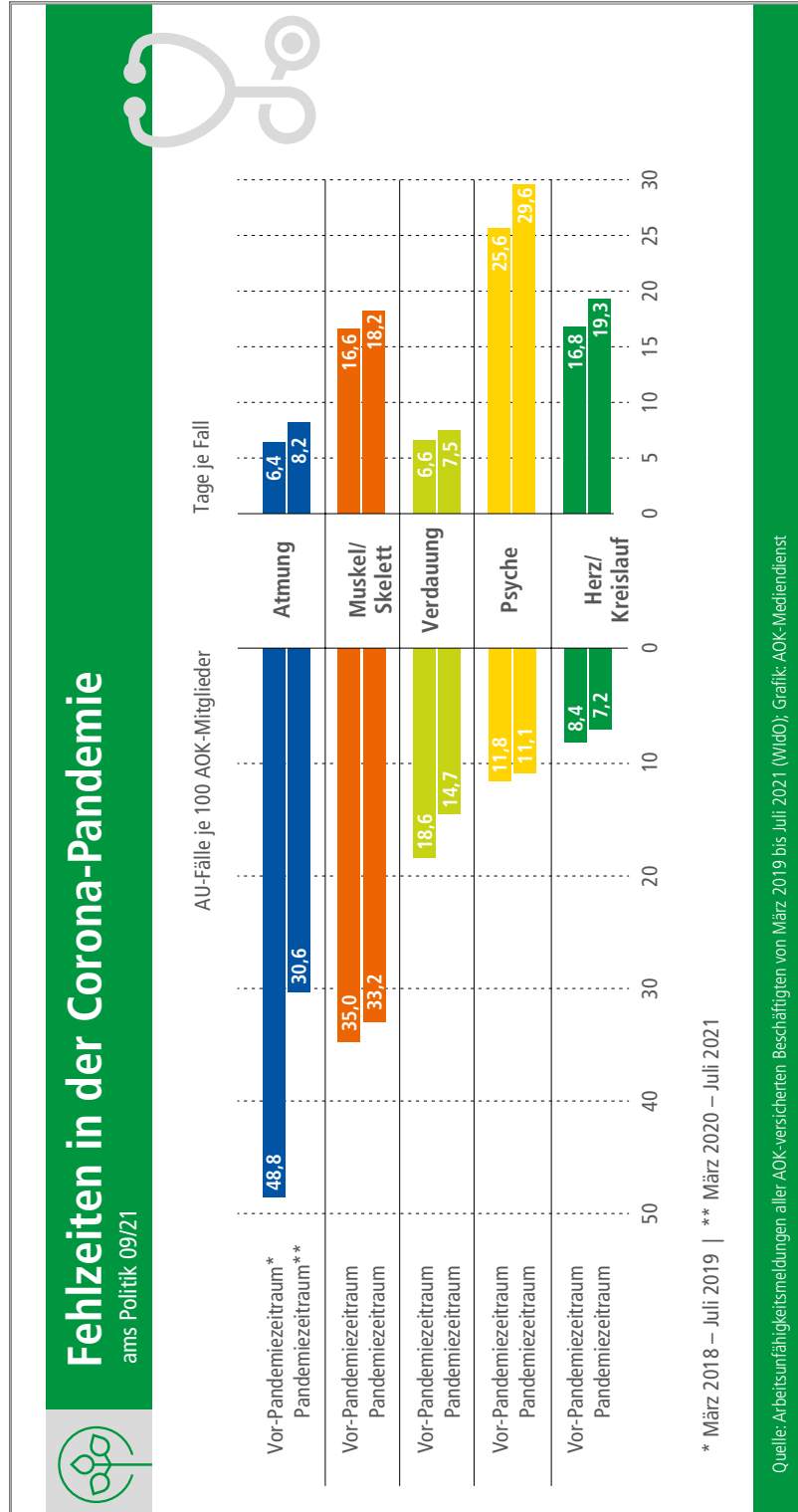
Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sind die Ergebnisse des Fehlzeiten-Reports dennoch sehr ermutigend. „Sie zeigen, dass Beschäftigte, die ihr Unternehmen in der Krise als besonders anpassungsfähig, die Führungskraft als Unterstützung und den Zusammenhalt im Betrieb als gut erleben, seltener von gesundheitlichen Beschwerden berichten“, resümierte Litsch. Die Befragung von mehr als 2.500 Beschäftigten zwischen 20 und 65 Jahren für den Fehlzeiten-Report 2021 hatte ergeben, dass die große Mehrheit der Befragten trotz fast zwölf Monaten des Arbeitens im Ausnahmezustand optimistisch und voller Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sind. „Offenbar hat die Erfahrung, dass das eigene Unternehmen die Krise bewältigt hat, das arbeitsbezogene Selbstvertrauen der Erwerbstätigen gestärkt“, sagte Helmut Schröder, stellvertretender WIdO-Geschäftsführer und Mitherausgeber des Fehlzeiten-Reports.

Darin hatte auch Dr. Kira Isabel Hower, wissenschaftliche Referentin beim Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) nochmals verdeutlicht, dass in der Pandemie die Herausforderungen für die ohnehin schon stark belastete Berufsgruppe der Beschäftigten in der Altenpflege weiter gestiegen sind. „Der Haupt-Belastungsfaktor war die Sorge um das psychische Wohlergehen der Pflegebedürftigen, besonders bei Menschen mit demenzieller Erkrankung“, so Hower. Ihr persönlicher Gesundheitszustand habe sich nach Einschätzung der Pflegekräfte im Zuge der Pandemie verschlechtert. „Die Ergebnisse zeigen, dass der Bedarf nach betrieblicher Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen und bei Pflegediensten durch die neuen Herausforderungen noch gewachsen ist.“

[WEITERE ERGEBNISSE DES FEHLZEITEN-REPORTS 2021](#)

www.aok-bv.de
> Presse > Pressemitteilung





Eine aktuelle Auswertung des WIdO zeigt: Im Vergleich zur Situation vor der Pandemie ist unter den 15,6 Millionen AOK-versicherten Erwerbstätigen insgesamt kein höherer Krankenstand festzustellen. Dies liegt in einem gegenläufigen Effekt begründet: Einerseits ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle im betrachteten „Pandemie-Zeitraum“ gegenüber dem Vergleichszeitraum vor der Krise gesunken. Andererseits waren in der Pandemie aber längere krankheitsbedingte Ausfallzeiten der Beschäftigten zu verzeichnen. Die größte Differenz ergab sich bei den Atemwegserkrankungen, die im Pandemie-Zeitraum mit 30,6 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 AOK-Mitgliedern im Durchschnitt 18,2 Fälle weniger verursachten als im Vergleichszeitraum.

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



Reformvorschläge zu Krankenhausstrukturen und sektorenunabhängiger Versorgung

Litsch: „Der Reformbedarf ist unstrittig“

20.09.21 (ams). Die AOK macht sich stark für eine umfassende Reform der stationären Versorgung nach der Bundestagswahl. In einem 32-seitigen Positionspapier präzisierte der AOK-Bundesverband jetzt seine Vorschläge aus dem „Neue Nähe“-Programm zur Bundestagswahl. Im Hinblick auf die anstehenden Reformen in der nächsten Legislaturperiode sucht die AOK zudem den Schulterchluss mit mehreren Klinikverbänden.

„Der Reformbedarf ist unstrittig und nicht mehr zu übersehen“, sagte der Vorstandsvorsitzende Martin Litsch anlässlich der Veröffentlichung der Krankenhaus-Positionen des AOK-Bundesverbandes. In den anderthalb Jahren der Pandemie seien viele grundlegende Struktur- und Finanzierungsprobleme im stationären Sektor überdeckt worden. Daher brauche es eine grundlegende Vergütungs- und Strukturreform. Die AOK-Vorschläge „zielen darauf ab, das Vergütungssystem zu modernisieren und zukunftsfähig zu machen“. Nötig sei zudem die Konzentration von Leistungen in spezialisierten Kliniken, die ihre Patientinnen und Patienten bestmöglich versorgen und gleichzeitig wirtschaftlich arbeiteten, erläuterte Litsch.

Die AOK will am Vergütungssystem auf Basis von diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) festhalten, es aber weiterentwickeln und Schwachstellen beheben. Die AOK setzt für eine konsequente Erfassung von Pflegeleistungen ein, um die Pflege im Sinne der Patienten und des Personals zu stärken. Dazu müsse die Pflege den ärztlichen Leistungen durch eine systematische Leistungserfassung methodisch gleichgestellt werden. Das komplizierte Pflegebudget mit seinen vielen Mitnahmeeffekten werde dann verzichtbar. Um medizinisches Personal und Pflegekräfte von bürokratischem Aufwand zu entlasten, müsse das Vergütungssystem insgesamt darüber hinaus vereinfacht werden, heißt es in dem Papier. Außerdem müsse ein ausgewogenes Kalkulationsverfahren sicherstellen, „dass Klinikleistungen fairer abgebildet würden. „Zuschläge sollte es nur noch in Ausnahmefällen geben – und wenn der Nachweis erbracht ist, dass sie sich positiv auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten auswirken“, betonte Litsch.

Die Einführung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden solle über Innovationszentren erfolgen. Die AOK fordert, dass dafür analog zu den Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMPs) durch den G-BA entsprechende Qualitätsrichtlinien erlassen werden. Als „dauerhaftes Ärgernis“ bezeichnete Litsch die mangelhafte Finanzierung der Krankenhaus-Investitionskosten durch die Bundesländer. Die AOK fordert deshalb, dass die Bundesländer die Finanzierung der Investitionen erweitern und der Bund bei notwendigen Strukturveränderungen finanziell unterstützt.

Reformansätze für eine qualitätsorientierte Kliniklandschaft

Neben dem eigenen Reformpapier hat der AOK-Bundesverband auch gemeinsame Positionen mit Akteuren aus dem Krankenhausbereich formuliert. „Jenseits des Lagerdenkens“ heißt ein gemeinsames Positionspapier der Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG-Kliniken) und des AOK-Bundesverbandes, das Mitte September veröffentlicht worden ist. Darin



skizzieren die beiden Partner auf Basis der Erfahrungen aus der Corona-Pandemie gemeinsame Reformansätze für eine zukunftsfähige und qualitätsorientierte Krankenhauslandschaft. „Die Pandemie hat wie unter einem Brennglas deutlich gemacht, dass die Bündelung von Krankenhausleistungen sowohl in Krisen- als auch in Normalsituationen relevant ist“, betonte Dr. Matthias Bracht, Vorstandsvorsitzender der AKG-Kliniken bei der Vorstellung des Papiers. In der Krise habe sich gezeigt, dass die abgestimmte Konzentration von Covid-19-Patientinnen und -Patienten in Kliniken mit den nötigen strukturellen und fachlichen Voraussetzungen für die Behandlungsqualität von hoher Bedeutung sei. „Wir sind uns mit den kommunalen Großkrankenhäusern einig darüber, dass es eine klar definierte Rollenverteilung zwischen den Krankenhäusern geben sollte“, ergänzte Litsch. Nötig sei eine sinnvoll gestufte Versorgung auf Basis einheitlicher Strukturvoraussetzungen und Mindestqualitätsanforderungen.

AKG-Kliniken und AOK plädieren in ihrem Papier unter anderem für die Weiterentwicklung von geeigneten Strukturvorgaben und Mindestmengen. Ein transparenter Dialog über klar abgegrenzte Leistungsgruppen und Spezialisierungen sei unabdingbar, um die flächendeckende Versorgung nicht zu gefährden. Zur stärkeren Verzahnung der Sektoren sprechen sich die Partner unter anderem für ein intersektorales Vergütungssystem aus.

Klinikträger und AOK wollen Sektorengrenzen überwinden

Um die Überwindung der Sektorengrenzen geht es auch in einem weiteren Papier, das die AOK gemeinsam mit dem privaten Klinikbetreiber Helios, dem konfessionellen Krankenhausträger Diakoneo und den kommunalen Bezirkskliniken Mittelfranken vorgelegt hat. Unter dem Titel „Veränderung ermöglichen“ fordern die beteiligten Partner, die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung vollständig aufzulösen. Die gesamte Versorgung solle künftig auf Basis konkreter regionaler Versorgungsaufträge organisiert werden. Dazu sei es nötig, die Krankenhausplanung und die vertragsärztliche Bedarfsplanung abgestimmt zusammenzuführen. Die aktuelle, immer noch streng nach Versorgungssektoren getrennte Bedarfsplanung sei ineffizient und laufe an den Interessen der Patienten vorbei. „Die regionale Vergabe von Versorgungsaufträgen würde den Weg frei machen für passgenaue regionale Versorgungs- und Vergütungsvarianten“, so AOK und Klinikträger.

Gestaltungsmöglichkeiten wieder erweitern

Eine Option stellen in diesem Zusammenhang regionale Versorgungsnetzwerke dar, die gemeinsam Verantwortung für Kosten und Qualität der Versorgung der Bevölkerung tragen, um eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Angebote zu erreichen. „Mit gemeinsamer Verantwortung in der Region schaffen wir die Voraussetzung für eine Beendigung des strukturellen Stillstandes“, sagte AOK-Verbandschef Litsch anlässlich der Veröffentlichung. „Gleichzeitig muss jetzt Ernst gemacht werden mit der nachhaltigen Neuordnung und Verschlinkung der Krankenhauslandschaft“, forderte Francesco De Meo, Vorsitzender der Helios-Geschäftsführung. In den vergangenen Legislaturperioden seien nicht nur Reformen zur Überwindung der sektoralen Trennung ausgeblieben, sondern auch regionale Gestaltungsmöglichkeiten weiter beschnitten worden.

Organisatorisch sollen laut dem Papier der drei Klinikträger und der AOK „3+1-Gremien“ auf Landesebene den Abschied von den Sektorengrenzen möglich machen. In diesen Gre-



mien sollen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landeskrankenhausgesellschaften und der Krankenkassen die Modernisierung und Neuordnung der Versorgung gestalten – ergänzt um Vertreter des jeweiligen Bundeslandes als Unparteiische. Die Einführung dieser „3+1-Gremien“ hatte der AOK-Bundesverband bereits in seinem Positionspapier „Neue Nähe“ zur Bundestagswahl vorgeschlagen.

NEUE NÄHE FÜR EIN GESÜNDERES DEUTSCHLAND – AOK-POSITIONEN ZUR GESUNDHEITSPOLITIK NACH DER BUNDESTAGSWAHL 2021

www.aok-bv.de

> Positionen > Bundestagswahl 2021 > Neue Nähe in der Versorgung

AOK-POSITIONEN „FÜR EINE VERGÜTUNGS- UND STRUKTURREFORM IM KRANKENHAUSESEKTOR“

www.aok-bv.de

> Positionen

JENSEITS DES LAGERDENKENS

www.aok-bv.de

> Positionen

VERÄNDERUNG ERMÖGLICHEN – GESUNDHEITSVERSORGUNG REGIONAL UND PATIENTENORIENTIERT WEITERENTWICKELN

www.aok-bv.de

> Positionen





EU-Ticker

50 Milliarden-Programm zur Verhinderung von Gesundheitskrisen

20.09.21 (ams). Die EU-Kommission will bis 2027 insgesamt 50 Milliarden Euro investieren, um die Union widerstandsfähiger gegen Gesundheitsgefahren zu machen. Das kündigte Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen am 15. September bei ihrer zweiten Rede zur Lage der EU im Europaparlament an. Ein Baustein der Krisenprävention ist die geplante neue EU-Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (Health Emergency Preparedness and Response Authority – Hera). Sie soll die bereits vorhandenen Ressourcen bündeln und im Krisenfall zum Beispiel die Impfstoffproduktion und -verteilung beschleunigen. Den Gesetzgebungsvorschlag zur Hera-Einrichtung stellten Kommissionsvizepräsident Margaritis Schinas, Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides und Binnenmarktkommissar Thierry Breton am 16. September in Brüssel vor. Zudem soll das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) personell und finanziell gestärkt werden. In einem weiteren Verordnungsvorschlag zu besseren grenzüberschreitenden Abwehr von Gesundheitsgefahren ist vorgesehen, dass die Kommission im Fall einer Gesundheitskrise künftig den Notstand für die EU ausrufen kann. Das Europaparlament hat den Vorschlägen zum ECSC-Ausbau und zur grenzüberschreitenden Gefahrenabwehr am 14. September mit zahlreichen Ergänzungen zugestimmt. Die Stellungnahme des Rates der Regierungen zu diesen Vorschlägen steht noch aus.

VON DER LEYENS REDE VOR DEM EUROPAPARLAMENT

www.ec.europa.eu

> aktuelle Nachrichten > 15. September 2021

KOMMISSIONSVORSCHLAG ZUR HERA-EINRICHTUNG

www.ec.europa.eu

> aktuelle Nachrichten > 16. September 2021

EUROPÄISCHE GESUNDHEITSUNION: BESSERE PRÄVENTION UND ENGERE ZUSAMMENARBEIT

www.europarl.europa.eu

> Presseraum



Kommission toleriert Spahns Eintreten für deutsche Apotheken

20.09.21 (ams). Die EU-Kommission scheint im Disput um deutsche Preisvorgaben für ausländische Versandapotheken nicht länger an einem Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik interessiert zu sein. Das geht aus einem Schreiben der Binnenmarkt-Generaldirektion an betroffene Online-Apotheken hervor, über das die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSVE) berichtet. Danach bleibt die Kommission zwar bei ihrer Rechtsauffassung, wolle aber ihren Ermessensspielraum nutzen und den Europäischen



Gerichtshof (EuGH) nicht anrufen. Begründung: Deutschland brauche für den Aufbau der Infrastruktur für das elektronische Rezept bis 2022 einen stabilen Rechtsrahmen. Eine Auseinandersetzung über nationale Preispolitik sei diesem wichtigen Umstellungsprozess nicht zuträglich, zitiert die DSVE aus dem Brief an die Apotheken. Der EuGH hatte am 19. Oktober 2016 entschieden, dass die Einbeziehung ausländischer Versandapotheken in die deutsche Preisbindung und das Boni-Verbot für verschreibungspflichtige Medikamente gegen EU-Recht verstoßen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte daher die Preisvorgaben über das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOASG) aus dem Arzneimittelgesetz gestrichen und in das Sozialgesetzbuch V übernommen, um so die Binnenmarktregelungen zu umgehen. Parlamentarische Beratung und Inkrafttreten des VOASG hatten sich wegen der unklaren EU-Rechtsslage um mehr als ein Jahr verzögert. Das Gesetz trat zum 15. Dezember 2020 ohne grünes Licht aus Brüssel in Kraft.

WWW
www.dsv-europa.de

> News > 2021



Krebsforschung: Patienten sollen stärker eingebunden werden

20.09.21 (ams). Die Forschungsminister Deutschlands, Portugals und Sloweniens haben am 7. September Grundsätze für eine stärkere Beteiligung der Patienten in der Krebsforschung vorgestellt. Das Papier wurde von 130 Vertreterinnen und Vertretern von Patientenorganisationen, aus Forschung, Medizin und Pflege sowie Industrie aus 16 EU-Ländern formuliert. „Die neuen Prinzipien fordern eine systematische Einbindung der Betroffenen in die Krebsforschung“, sagte Bundesforschungsministerin Anja Karliczek. Dadurch rücke unter anderem das für Krebspatienten wichtige Thema der Lebensqualität stärker in den Blickpunkt. Die Vereinbarung sei über das Gebiet der Onkologie hinaus auf die ganze Gesundheitsforschung übertragbar, betonte die Ministerin. Patientenbeteiligung müsse in ganz Europa zum Standard werden. Das unter dem Dach der Trio-Präsidentschaft mit Portugal und Slowenien von Deutschland 2020 angestoßene Projekt ist Teil des EU-Programms zur Krebsbekämpfung. „Europas Plan gegen den Krebs“, den EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen im Februar vorstellte. Dieser soll die Maßnahmen der Mitgliedstaaten in den vier Handlungsfeldern Prävention, Früherkennung, Diagnose und Behandlung sowie Lebensqualität koordinieren und unterstützen. In Deutschland hat die Bundesregierung 2019 die „Nationale Dekade gegen den Krebs“ ausgerufen.

WWW
www.bmbf.de

> Presse > Pressemitteilung 181/2021

„EUROPAS PLAN GEGEN DEN KREBS“

WWW
www.ec.europa.eu
> aktuelle Nachrichten > 3. Februar 2021



WWW
www.gg-digital.de > G+G -Archiv > 03/21

> G+G -Archiv > 03/21



EU und Astra-Zeneca beenden Streit über Impfstoff-Lieferungen

20.09.21 (ams). Die EU und das Pharmaunternehmen Astra-Zeneca haben Anfang September ihren Rechtsstreit über die Belieferung der EU-Staaten mit Corona-Impfstoff beigelegt. Der Vergleich beinhaltet nach Angaben der EU-Kommission die Lieferung von noch ausstehenden 200 Millionen Covid-19-Impfstoffdosen aus der Liefervereinbarung vom 27. August 2020 über insgesamt 300 Millionen Dosen. Danach liefert das Unternehmen 60 Millionen Dosen bis Ende des dritten Quartals, 75 Millionen Dosen im vierten Quartal und die restlichen 65 Millionen Dosen bis Ende März 2022. Die Mitgliedstaaten erhalten laut Kommission jetzt regelmäßige Lieferpläne. Bei Lieferverzug wird ein Rabatt fällig.

Im EU-Schnitt seien inzwischen zwar 70 Prozent der erwachsenen Bevölkerung vollständig geimpft, sagte EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides, doch gebe „es erhebliche Unterschiede zwischen den Impfquoten in den einzelnen Mitgliedstaaten“. Die kontinuierliche Verfügbarkeit von Impfstoffen, einschließlich der von Astra-Zeneca, sei deshalb „weiterhin von entscheidender Bedeutung“.

[PRESSEINFO DER VERTRETUNG DER EU-KOMMISSION IN DEUTSCHLAND](#)

www.ec.europa.eu/germany
> Presse > 3. September 2021



Schärfere Höchstwerte für Blei und Cadmium in Lebensmitteln

20.09.21 (ams). Für Blei und Cadmium in vielen Lebensmitteln gelten seit Ende August schärfere EU-Höchstwerte. Betroffen sind vor allem Nahrungsmittel für Säuglinge und Kleinkinder sowie Waldpilze, Gewürze und Salz. Die Entscheidungen seien das Ergebnis jahrelanger Arbeit der Kommission, der Mitgliedstaaten und der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) im Austausch mit den betroffenen Interessengruppen, teilte die EU-Kommission mit. Nach Angaben von EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides sollen auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse Grenzwerte für weitere Schadstoffe in Nahrungsmitteln festgelegt werden. Dies sei Teil von „Europas Plan gegen den Krebs“. „Wir wissen, dass eine ungesunde Ernährung das Risiko einer Krebserkrankung erhöht“, so Kyriakides.

[PRESSEINFO DER VERTRETUNG DER EU-KOMMISSION IN DEUTSCHLAND](#)

www.ec.europa.eu/germany
> Presse > 11. August 2021





Zahl des Monats

75.000 Menschen ...

... sterben in Deutschland jedes Jahr an den Folgen einer Sepsis. Darauf wies die Sepsis-Stiftung bei der Vorstellung ihrer Infokampagne „Sepsis ist vermeidbar. Unwissen über Sepsis ist tödlich“ hin, die im August gestartet ist. „Damit wollen wir einen Beitrag zur Verbesserung der Sepsis-Früherkennung und -prävention leisten“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Sepsis-Stiftung, Konrad Reinhart. Wie wenig die Menschen über die „versteckten Killer“ wissen, zeigt laut Reinhart eine repräsentative Umfrage. Demnach glauben nur 17 Prozent, dass man sich mit Impfungen schützen kann und 23 Prozent halten Sepsis für eine allergische Reaktion. Dabei komme sie häufiger vor als Brust-, Prostata- und Darmkrebs zusammen, so der Mediziner.

Vor allem auf dem Land tue Aufklärung Not, machte der Präsident der Medizinischen Hochschule Brandenburg, Edmund Neugebauer, deutlich: „80 Prozent der Sepsis-Fälle entstehen ambulant.“ Doch in ländlichen Regionen wie Brandenburg sei die ambulante Versorgung grenzwertig, „weil es eine Unterversorgung und daher auch eine Unterkommunikation gibt“. Daher sei es wichtig, viele Multiplikatoren zu erreichen und die Gesundheitskompetenz aller zu steigern. Über die Website des Projekts bieten die Kooperationspartner deshalb neben Fortbildungen und Informationsmaterial auch persönliche Beratung für Ärzte, Pflegende, Verbände und andere Multiplikatoren an.

Die Infokampagne ist Teil des Projekts „SepWiss“, das bei der Berliner Uniklinik Charité angesiedelt ist und drei Jahre lang mit insgesamt etwa 2,2 Millionen Euro durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird. Beteiligt sind die Medizinische Hochschule Brandenburg, das Universitätsklinikum Jena, das Robert-Koch-Institut und das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.

WEITERE INFORMATIONEN

www.sepsis-gesellschaft.de
www.sepsiswissen.de





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

GBA verlängert einige Corona-Sonderregeln ein weiteres Mal

Um Arztpraxen zu entlasten und direkte Arzt-Patienten-Kontakte so gering wie möglich zu halten, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) einen Teil der Corona-Sonderregeln bis zum 25. November erneut verlängert. Er reagiert damit auf das wieder ansteigende Infektionsgeschehen. Patienten, die in Disease-Management-Programme eingeschrieben sind, sind weiterhin nicht verpflichtet an Schulungen teilzunehmen. Bei den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U9 können die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten wie bisher überschritten werden.

Krankenhausärzte dürfen auch künftig bei Entlassungen eine Arbeitsunfähigkeit für eine Dauer von bis zu 14 Kalendertagen ausstellen sowie häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie und Hilfs- und Heilmittel für einen Zeitraum von zwei Wochen verordnen. Ebenso müssen Krankentransportfahrten von Covid-19-Infizierten oder Menschen unter Quarantäne zu dringend notwendigen ambulanten Behandlungen nicht von der Krankenkasse genehmigt werden.

Versicherteninformation für Bluttest auf Trisomien liegt vor

Eine neue Versicherteninformation für schwangere Frauen soll ab Frühjahr 2022 in begründeten Einzelfällen als Bestandteil der ärztlichen Aufklärung bei allen Frauenärztinnen und -ärzten zum Einsatz kommen. Ziel der Versicherteninformation ist, über einen vorgeburtlichen Bluttest auf die Trisomien 13, 18 und 21 aufzuklären und zu beraten. Die betroffenen Frauen können gut damit gut informiert gemeinsam mit ihrem Arzt entscheiden, ob sie in ihrer individuellen Situation diesen nicht invasiven Test – bei dem im Gegensatz zu anderen Verfahren die Fruchthöhle nicht verletzt wird – durchführen wollen. In der Versicherteninformation wird klar darauf hingewiesen, dass die Testdurchführung freiwillig ist. Zudem wird darüber informiert, wie zuverlässig der Test ist und welche Möglichkeiten schwangere Frauen haben, wenn ein auffälliges Testergebnis vorliegt und durch eine Abklärungsuntersuchung bestätigt wurde.

Zeitgleich mit der Versicherteninformation wird auch der bereits 2019 gefasste Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in Kraft treten, der den Bluttest künftig in begründeten Einzelfällen und nach ärztlicher Beratung als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung einstuft. „Uns ist bewusst, dass die Entscheidung nicht in allen gesellschaftlichen Gruppen auf ungeteilte Zustimmung stoßen wird. Zur Realität gehört aber auch, dass dieser Bluttest seit 2012 zugelassen ist, bisher auf eigene Kosten genutzt wurde und gegenüber den seit den 70er Jahren zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehörenden invasiven Untersuchungen keine Fehlgeburten auslösen kann“, sagte Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA. Das Blut einer schwangeren Frau enthält ab der 10. Woche ausreichend Erbgut des ungeborenen Kindes, um es genetisch zu untersuchen und so die Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie zu bestimmen.



Innovationsausschuss fördert Ideen zu medizinischen Leitlinien

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) fördert zum ersten Mal Projekte, die medizinische Leitlinien entwickeln oder weiterentwickeln wollen. Insgesamt hat der Innovationsausschuss 52 neue Projekte ausgewählt, 23 davon beschäftigen sich mit medizinischen Leitlinien. Der Innovationsausschuss hatte auf seine drei Förderbekanntmachungen vom Herbst vergangenen Jahres fast 270 Anträge erhalten, 31 davon bezogen sich auf medizinische Leitlinien. Bei der Bewertung berücksichtigte er die Empfehlungen aus dem Expertenpool und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Eine Projektübersicht veröffentlicht der Innovationsausschuss – nach Ablauf der verbindlichen Rückmeldefrist für die Antragsteller – voraussichtlich im September 2021 auf seiner Förderprojektseite.

[WEITERE INFORMATIONEN ZUM GBA UND SEINER ARBEIT](http://WWW.AOK-PRESSE.DE)

www.g.ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Rund zwei Dutzend Gesetze hat der Deutsche Bundestag in der auslaufenden Legislaturperiode jenseits der Gesetzgebung im Zusammenhang mit der Pandemie auf den Weg gebracht. Der AOK-Medienservice (ams) dokumentiert die wichtigsten Reformgesetze, die bereits im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurden (Stand: 15. Juli). Diese und weitere Reformgesetze der vergangenen 32 Jahre auch im Internet: www.aok-reformdatenbank.de

Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

Versicherte

- Versicherte erhalten das Recht, bei ablehnenden Leistungsbescheiden ihrer Krankenkasse, die auf einem Gutachten des Medizinischen Dienstes basieren, das Ergebnis des Gutachtens und dessen wesentliche Gründe in verständlicher Form mitgeteilt zu bekommen. Sie müssen außerdem auf die Möglichkeit hingewiesen werden, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson wenden zu können.
- Die Mindestbindungsfrist an eine vom Mitglied gewählte Krankenkasse wird auf zwölf Monate verkürzt (bisher: 18 Monate).
- Die organisatorische und inhaltliche Unterstützung von Patientenvertreterinnen und -vertretern in Gremien auf Landesebene werden an die Regelungen auf Bundesebene angeglichen, um eine kompetente Patientenvertretung sicherstellen zu können. Die Unterstützung richtet sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen.
- Ehrenamtliche Patientenvertreter im Qualitätsausschuss Pflege bekommen künftig Reisekosten und Verdienstaufwände ersetzt sowie eine Aufwandspauschale ausgezahlt (bisher: nur Erstattung von Reisekosten).
- Die bisherige Begrenzung des Rechts auf eine studentische Krankenversicherung bis zum 14. Fachsemester wird gestrichen. Die Begrenzung bis zum 30. Lebensjahr bleibt bestehen.
- Studenten, die bei Vollendung des 25. Lebensjahres das Anrecht auf ihre kostenlose Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung verlieren würden, können über dieses Datum hinaus in der Familienversicherung bleiben, sofern sie sich im Abschluss-Semester ihres Studiums befinden. In diesem Fall endet die Familienversicherung mit dem Abschluss des Semesters.
- Für Patienten wird der Wechsel ihrer gesetzlichen Krankenkasse vereinfacht, indem zwischen alter und neuer Kasse elektronische Meldeverfahren genutzt werden. Unter anderem entfällt die bislang obligatorische schriftliche Kündigungsbestätigung der alten Kasse als Voraussetzung für das Ausstellen der Mitgliedsbescheinigung der neuen Kasse.
- Auch für die studentische Krankenversicherung wird ein elektronisches Meldeverfahren zwischen Hochschulen und Krankenkassen eingeführt.



Ärzte/ambulante Pflege

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) als oberstes Entscheidungsgremium der Selbstverwaltung muss seine öffentlichen Sitzungen künftig live im Internet übertragen und in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung stellen.
- Im Rahmen der Förderung der Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung wird eine Förderung von mindestens 250 angehenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten vorgesehen.
- Die Kosten zur Erstellung einer Liste mit Ärzten, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, bekommt die Bundesärztekammer künftig erstattet. Hintergrund der Regelung ist die vorangegangene Reform des Strafgesetzbuches § 219a, die das Erstellen einer solchen Liste vorsah, ohne die Kostenerstattung zu regeln.

Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Die Praxis zur Überprüfung falscher Klinikabrechnungen wird neu geregelt. In der Übergangsphase im Jahr 2020 werden maximal 12,5 Prozent aller Krankenhausabrechnungen überprüft. Ab 2021 orientiert sich die Prüfquote an den Prüfergebnissen des vorvergangenen Quartals: Bei einer Fehlerquote von mehr als 60 Prozent dürfen künftig 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 (bislang: keine Begrenzung der Abrechnungs-Überprüfungen).
- Krankenhäuser müssen für fehlerhafte Abrechnungen erstmals eine Strafbüße zahlen. 2020 sind Aufschläge auf den Erstattungsbetrag auf alle zu hoch in Rechnung gestellten Beträge in Höhe von zehn Prozent der Differenz zwischen korrektem und falschem Rechnungsbetrag vorgesehen, mindestens aber 300 Euro. Für das Jahr 2021 sind Aufschläge von bis zu 50 Prozent des Differenzbetrages möglich, wobei die Höhe auf 10 Prozent des geminderten Betrages begrenzt ist (bislang: Kliniken mussten bei einer nachgewiesenen Falschabrechnung nur den zu viel berechneten Betrag zurückzahlen).
- Liegt der Anteil beanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses oberhalb von 80 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, ist die Krankenkasse bei diesem Krankenhaus auch nach Erreichen der Prüfquote zu weiteren Prüfungen befugt.
- Falls die Überprüfung einer Klinikabrechnung durch den Medizinischen Dienst keine Mängel ergibt, erhält das geprüfte Krankenhaus von der prüfenden Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro.
- Bestehen gegenüber einem Krankenhaus seitens der Krankenkasse Rückforderungsansprüche aufgrund beanstandeter Krankenhausabrechnungen, darf die Krankenkasse diese Forderung nicht mit Vergütungsansprüchen des Krankenhauses verrechnen es sei denn, das Krankenhaus erkennt die Forderungen der Kasse an.
- Eine Klinik kann künftig Komplexleistungen - wie etwa die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls nur dann erbringen und bei den Krankenkassen abrechnen, wenn der MD im Vorfeld im Rahmen einer Strukturprüfung geprüft und bescheinigt hat, dass sie grundsätzlich in der Lage ist, solche Komplexbehandlungen adäquat durchzuführen (bislang: aufwendige Einzelfallprüfung jeder abrechnenden Klinik).



- Die genauen Regelungen zu den Strukturprüfungen hat der MDS bis zum 30. April 2020 in einer Richtlinie festzulegen, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) anschließend genehmigen muss.
- Ergibt eine Prüfung der Krankenhausabrechnung, dass eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen hat, müssen die von der Klinik erbrachten Leistungen als vorstationäre Behandlung abgerechnet werden.
- Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie der GKV-Spitzenverband müssen auf Grundlage eines gemeinsam in Auftrag gegebenen Gutachtens bis zum 30. Juni 2021 den Katalog ambulanter Operationen und stationärsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) überarbeiten. Damit sollen Konfliktfälle minimiert werden, ob ein stationärer Eingriff auch ambulant behandelbar gewesen wäre.
- Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des AOP-Katalogs ambulant statt stationär durchführen, unterliegen künftig nicht der Prüfung durch den MD.
- Das im Jahr 2013 eingeführte Hygieneförderprogramm wird um weitere drei Jahre verlängert. Das Programm wird um den Förderschwerpunkt „Antibiotika-Therapieberatung“ erweitert.
- Die Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin wird ab dem Jahr 2020 mit 40.000 Euro gefördert (bisher: 30.000 Euro). Die Anzahl der Facharzt-Weiterbildungen einer Klinik wird auch dann gefördert, wenn sie den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses übersteigt.
- Der Umfang pflegeentlastender Maßnahmen, die neben den tatsächlichen Pflegepersonalkosten zusätzlich im Pflegebudget berücksichtigt werden können, wird von drei auf vier Prozent erhöht.
- Bezahlte eine Klinik für Leihpersonal in der Pflege übertarifliche Löhne, werden im Pflegebudget dieser Klinik künftig nur die Kosten bis zur Höhe der tarifvertraglichen Vergütung berücksichtigt. Die Kosten für Vermittlungsentgelte von Leihpersonal werden ebenfalls nicht im Pflegebudget berücksichtigt.
- Die Sachkostenkorrektur, mit der 1999 bei Einführung der Fallpauschalen eine systematische Übervergütung der Sachkosten vermieden werden sollte, erfolgt ab 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung. Die Vertragspartner sind aufgefordert, entsprechende Korrekturen der Bewertungsrelationen innerhalb des Fallpauschalensystems vorzunehmen.
- Das BMG berichtet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2023 über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung.

Krankenkassen

- Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) werden schrittweise organisatorisch von den Krankenkassen getrennt. Sie erhalten bis spätestens zum 30. Juni 2021 den Status einer eigenständigen Körperschaft des öffentlichen Rechts (bisher: Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen in Vereinsform). Die bisherigen MDK erhalten die einheitliche Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (MD).



- Der Verwaltungsrat eines MD besteht künftig aus 23 Vertretern, die paritätisch aus Männern und Frauen zusammengesetzt sind. 16 der stimmberechtigten Vertreter sind ehrenamtliche Funktionsträger der Krankenkassen. Fünf stimmberechtigte Vertreter werden aus Patienten-, Betroffenen- und Verbraucherschutzorganisationen entsandt (bisher: als Beiräte beratend beteiligt). Zwei Vertreter ohne Stimmrecht entsenden die Landesärztekammern und die Landespflegekammern beziehungsweise die Verbände der Pflegeberufe.
- Die Amtszeit der Verwaltungsräte in den MD ist befristet auf die Dauer von maximal zwei Wahlperioden. Hauptamtlich Beschäftigte der Krankenkassen und deren Verbände dürfen nicht Mitglieder eines Verwaltungsrates der Medizinischen Dienste sein.
- Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes sowie die entsprechenden Krankenkassen und Krankenkassenverbände haben die Vertreter des jeweiligen MD-Verwaltungsrates bis zum 31. Dezember 2020 zu benennen.
- Die neuen Verwaltungsräte der MD müssen bis zum 31. März 2021 ihre Satzungen beschließen. Die zuständige oberste Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes hat bis zum 31. Juni 2021 über die Genehmigung der Satzung zu entscheiden.
- Auch der bisherige „Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)“ wird schrittweise vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste müssen bis 31. März 2021 den Verwaltungsrat des MD Bund wählen. Spätestens ab dem 31.12. 2021 nimmt der neue MD Bund als Körperschaft öffentlichen Rechts seine Arbeit auf.
- Die bisherigen Beratungs- und Begutachtungsaufgaben der Medizinischen Dienste bleiben bestehen. Auch der künftige MD Bund soll wie bisher den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegfachlichen Fragen beraten und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste koordinieren und fördern. Die Berichts- und Informationspflichten für die MD werden ausgeweitet.
- Um die Einheitlichkeit bei der Durchführung der Aufgaben zu stärken, erhält der neue MD Bund gegenüber den Medizinischen Diensten die Kompetenz zum Erlass von Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste (bisher erließ der GKV-Spitzenverband die Richtlinien). Darunter fallen etwa die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD, die Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und die Grundsätze der Fort- und Weiterbildung. Die vom MD Bund erlassenen Richtlinien sind für die MD verbindlich und müssen durch das BMG genehmigt werden.
- Der Medizinische Dienst Bund untersteht künftig der Aufsicht des BMG.
- Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht den Bericht zweijährlich zum 1. September.
- Für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See nimmt deren Sozialmedizinischer Dienst die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr. Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung wird mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet.
- Die Praxis zur Überprüfung falscher Klinikabrechnungen wird neu geregelt. Krankenkassen dürfen in der Übergangsphase die Medizinischen Dienste im Jahr 2020 maximal 12,5 Prozent aller Krankenhausabrechnungen überprüfen lassen. Ab 2021



orientiert sich die Prüfquote an den Prüfergebnissen des vorvergangenen Quartals: Bei einer Fehlerquote von mehr als 60 Prozent dürfen die Kassen künftig maximal 15 Prozent der Rechnungen prüfen lassen, bei einer Fehlerquote zwischen 40 und 60 Prozent sind es zehn Prozent und bei weniger als 40 Prozent Fehlerquote höchstens fünf Prozent (bislang: keine Begrenzung der Abrechnungs-Überprüfungen).

- Die Frist, innerhalb derer die Krankenkassen nach dem Eingang einer Klinikrechnung entscheiden können, ob sie den Medizinischen Dienst (MD) mit einer Prüfung der Rechnung beauftragen, wird von drei auf vier Monate verlängert.
- Krankenkassen erhalten von Kliniken bei Nachweis einer fehlerhaften Abrechnung erstmals eine Strafgebühr. 2020 sind Aufschläge auf den Erstattungsbetrag auf alle zu hoch in Rechnung gestellten Beträge in Höhe von zehn Prozent der Differenz zwischen korrektem und falschem Rechnungsbetrag vorgesehen, mindestens aber 300 Euro. Für das Jahr 2021 sind Aufschläge von bis zu 50 Prozent des Differenzbetrages möglich, wobei die Höhe auf zehn Prozent des geminderten Betrages begrenzt ist (bislang: Kliniken mussten bei einer nachgewiesenen Falschabrechnung nur den zu viel berechneten Betrag zurückzahlen).
- Hat die Krankenkasse bei einer Klinik den begründeten Verdacht auf systematischen Abrechnungsbetrug oder liegt der Anteil beanstandeter Abrechnungen dieses Krankenhauses oberhalb von 80 Prozent, ist die Krankenkasse auch nach Erreichen der Prüfquote zu weiteren Prüfungen befugt.
- Falls die Überprüfung einer Klinikabrechnung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.
- Krankenkassen können künftig nicht mehr Rückforderungen wegen beanstandeter Krankenhausabrechnungen mit Vergütungsansprüchen des Krankenhauses verrechnen es sei denn, das Krankenhaus erkennt die Forderungen der Kasse an.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) legen dem BMG bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor.
- Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam bilden mit der DKG einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung.
- Der neue Schlichtungsausschuss hat bei strittigen Fragen innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen.
- Der Abbau überschüssiger Finanzreserven von Krankenkassen innerhalb von drei Jahren (beschlossen mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz) startet trotz der verspäteten Risikostrukturausgleichs-Reform bereits ab dem Haushaltsjahr 2020. Der Abbau der Finanzreserven war ursprünglich an die Beendigung der Reform des Risikostrukturausgleichs bis zum 31. Dezember 2019 gekoppelt. Das GKV-FKG war jedoch erst im März 2020 in Kraft getreten.



- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) als oberstes Entscheidungsgremium der Selbstverwaltung muss seine öffentlichen Sitzungen künftig live im Internet übertragen und in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung stellen.
- Bei der Wahl ihrer Verwaltungsräte müssen Krankenkassen künftig bei der Listenaufstellung im Rahmen der Sozialwahlen eine Repräsentanz von mindestens 40 Prozent Frauen sicherstellen.
- Die bereits bestehende Vereinbarung des GKV-Spitzenverbands über die Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellenspender mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Blutstammzellenspendern maßgeblichen Organisationen bekommt nun eine explizite Rechtsgrundlage.
- Gesetzliche Krankenkassen werden verpflichtet, bei ablehnenden Leistungsbescheiden, die auf einem Gutachten des Medizinischen Dienstes basieren, den Versicherten das Ergebnis des Gutachtens und dessen wesentliche Gründe in verständlicher Form mitzuteilen und sie zudem auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson wenden zu können.
- Für das Wechselverfahren von einer zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse wird ein elektronisches Meldeverfahren eingeführt. Die bislang obligatorische schriftliche Kündigungsbestätigung der alten Kasse als Voraussetzung für das Ausstellen der Mitgliedsbescheinigung der neuen Kasse entfällt.

BUNDESGESETZBLATT

www.bgbl.de

> Teil I > 2019 > Nr. 51 vom 20.12.2019



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

Versicherte

- Versicherte erhalten Anspruch auf Kostenübernahme digitaler Gesundheitsanwendungen, die zur Erkennung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder Behinderungen geeignet sind - beispielsweise Onlinetagebücher für Diabetiker oder Apps für Menschen mit Bluthochdruck. Der Anspruch umfasst dabei nur vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassene und vom Arzt verschriebene digitale Gesundheitsanwendungen.
- Versicherte können künftig Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie häusliche Krankenpflege auf elektronischem Weg verordnet bekommen - bislang gab es nur die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und das mit der GSAV eingeführte elektronische Arzneimittel-Rezept.
- Freiwillig gesetzliche Versicherte können künftig der Krankenkasse ihrer Wahl online beitreten.
- Versicherte können Wahlleistungsvereinbarungen (etwa im Vorfeld geplanter Krankenhausaufenthalte) mit ihrer Kasse künftig auch elektronisch abschließen.



Ärzte/ambulante/Pflege

- Ärzte können künftig zugelassene digitale Anwendungen verschreiben. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) prüft vorab Sicherheit, Funktion, Qualität, Datenschutz und Datensicherheit der Produkte. Innerhalb eines Jahres muss der Hersteller nachweisen, dass die App die Versorgung verbessert.
- Ärztliche Leistungen, die zur weiteren Verwendung einer digitalen Gesundheitsanwendung nötig sind, soll der Bewertungsausschuss in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufnehmen.
- Bieten Ärzte eine Videosprechstunde an, dürfen sie künftig darüber auf ihrer Internetseite informieren. Die Aufklärung für eine Videosprechstunde kann jetzt auch online, also im Rahmen der Videosprechstunde erfolgen - nicht mehr wie bisher im Vorfeld.
- Ärzte, die noch nicht an die grundlegende Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, erhalten ab dem 1. März 2020 einen Honorarabzug von 2,5 Prozent (bisher: 1 Prozent). Damit Apotheken die Aktualisierung des neu eingeführten elektronischen Medikationsplans vornehmen können, werden auch sie verpflichtet, sich bis zum 30. September 2020 an die Telematikinfrastruktur anzuschließen.
- Niedergelassene Ärzte müssen bis zum 30. Juni 2021 gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie über die erforderlichen Komponenten verfügen, um auf die elektronische Patientenakte zugreifen zu können. Ist dies nicht geschehen, wird die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um ein Prozent gekürzt, bis der Nachweis erbracht wird.
- Die in (Zahn-)Arztpraxen und Krankenhäusern verwendete Soft- und Hardware wird standardisiert. Ab Januar 2021 dürfen Ärzte nur noch informationstechnische Systeme verwenden, die zuvor von der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung (KBV/KZBV) bestätigt wurden.
- KBV beziehungsweise KZBV müssen bis zum 30. Juni 2020 in einer Richtlinie die Anforderungen für IT-Sicherheitsstandards für niedergelassene (Zahn-)Ärzte verbindlich festlegen. Von der KBV/KZBV zertifizierte Dienstleister können die Praxen bei der Umsetzung unterstützen.
- Der elektronische Informationsaustausch zwischen (Zahn-)Ärzten im Rahmen sogenannter Telekonsile wird künftig extrabudgetär vergütet. Die Vergütungshöhe hat der jeweilige Bewertungsausschuss bis zum 30. September 2020 festzulegen.
- Die Kostenpauschalen für die Versendung von Arztbriefen werden neu geregelt. Ab dem 31. März 2020 ist die Pauschale für den Versand eines elektronischen Arztbriefes doppelt so hoch vergütet wie beim Faxversand. Ab dem 31. März 2021 steigt diese Vergütung gegenüber dem Faxversand auf das Vierfache.

Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Krankenhäuser werden sie verpflichtet, sich bis zum 1. Januar 2021 an die Telematikinfrastruktur anzuschließen. Kliniken, die dieser Pflicht nicht nachkommen, erhalten ab dem 1. Januar 2022 einen Abschlag von einem Prozent auf alle voll- und teilstationär erbrachten Leistungen. Andere Leistungserbringer wie Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeuten sowie Pflegeeinrichtungen können sich freiwillig anschließen, die Kosten hierfür tragen die Krankenkassen.



Krankenkassen

- Krankenkassen können freiwillig gesetzliche Versicherte künftig auch online als Mitglieder aufnehmen. Sie dürfen ihre Versicherten mit deren Zustimmung auch elektronisch über innovative Angebote informieren.
- Krankenkassen können im Rahmen der Selbsthilfeförderung künftig digitale Angebote der Selbsthilfe gleichberechtigt zu analogen Angeboten berücksichtigen. Förderfähige digitale Angebote wie etwa Chat-Foren oder Apps, die dem virtuellen Austausch beziehungsweise der Mitgliederinformation dienen, müssen dabei alle Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit gewährleisten.
- Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten Angebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz zu machen. Die Angebote sollen die Versicherten dazu befähigen, selbstbestimmte Entscheidungen über den Einsatz digitaler Innovationen im Rahmen der Krankenbehandlung zu treffen. Versicherte könnten beispielsweise im Umgang mit Gesundheits-Apps oder der elektronischen Patientenakte geschult werden.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird beauftragt, kassenübergreifende Festlegungen für die Leistungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu treffen. Zum 31. Dezember 2021 und anschließend alle zwei Jahre muss der Spitzenverband künftig dem Gesundheitsministerium Bericht erstatten, wie und in welchem Umfang die Kassen ihrer Pflicht nachkommen.
- Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses wird um fünf Jahre bis 2024 verlängert. Für neue Versorgungsformen und die Versorgungsforschung werden jährlich 200 Millionen Euro bereitgestellt. Die Kosten dafür trägt die gesetzliche Krankenversicherung (jeweils hälftig: am Risikostrukturausgleich teilnehmende Kassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds).
- Die Anzahl der zu fördernden Vorhaben aus dem Innovationsfonds wird von 15 auf 20 erhöht.
- Um im Innovationsfonds mehr wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstand einzubringen, wird ein ehrenamtlicher Expertenpool gebildet. Dieser ersetzt den bisherigen zehnköpfigen Expertenbeirat. Mitglieder im Pool werden für einen Zeitraum von zwei Jahren benannt.
- Die Sozialdaten der Krankenkassen sollen stärker für die Steuerung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung genutzt werden. Um eine breite wissenschaftliche Nutzung unter Wahrung des Sozialdatenschutzes zu ermöglichen, wird die bisherige Datenaufbereitungsstelle zu einem Forschungsdatenzentrum mit einem deutlich erweiterten und aktuelleren Datenangebot weiterentwickelt.
- Krankenkassen müssen künftig die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen tragen. Nach Abschluss der Sicherheitsprüfung durch das BfArM erstatten die Kassen zunächst für ein Jahr den vom Hersteller geforderten Preis - können die Hersteller nach Ablauf des Jahres einen medizinischen Nutzen nachweisen, verhandeln sie mit den Kassen den Erstattungspreis.



- Krankenkassen können künftig zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung die Entwicklung digitaler Innovationen fördern. Darunter fallen beispielsweise digitale Medizinprodukte wie beispielsweise Apps sowie telemedizinische oder IT-gestützte Verfahren. Die Kassen können die digitalen Innovationen in Zusammenarbeit mit Dritten entwickeln oder von diesen entwickeln lassen.
- Krankenkassen können Versorgungsinnovationen fördern, um die Versorgung der Versicherten weiterzuentwickeln. Bereits bestehende Möglichkeiten der Krankenkassen, Einzelverträge mit Leistungserbringern (§140a) abzuschließen, können so stärker am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet werden. Krankenkassen dürfen diejenigen Versicherten zielgerichtet über Versorgungsinnovationen informieren, die von den Innovationen – etwa in Form von Modellvorhaben - besonders profitieren könnten. Die ärztliche Therapiefreiheit und die Wahlrechte der Versicherten dürfen die Kassen dabei nicht einschränken.
- Der GKV-Spitzenverband erhält den Auftrag, erstmals bis zum 31.12.2021 dem Bundesgesundheitsministerium zu berichten, wie und in welchem Umfang die Kassen Versorgungsinnovationen fördern. Dabei soll künftig jährlich dargelegt werden, inwieweit die erweiterten Rechte der Krankenkassen zu innovativen Versorgungsansätzen geführt haben und in welchem Ausmaß diese Ansätze von Versicherten genutzt werden.

Finanzierung

- Für die Verpflichtung der Krankenhäuser, sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung einmalige Ausgaben in Höhe von 400 Millionen Euro für Ausstattungskosten und von jährlich 2 Millionen Euro für Betriebskosten.
- Aus der Fortführung des Innovationsfonds resultieren in den Jahren 2020 bis 2024 Ausgaben von 200 Millionen Euro pro Jahr, von denen 100 Millionen von den Krankenkassen und 100 Millionen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden.
- Für die Festlegungen der erforderlichen technischen Spezifikationen durch die Gesellschaft für Telematik entstehen Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rund 6 Millionen Euro.

BUNDESGESETZBLATT

www.bgbl.de

> Teil I > 2019 > Nr. 49 vom 18.12.2019





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

Versicherte

- Um die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln sicherzustellen und Lieferengpässe bei Medikamenten zu verhindern, hat das Gesetz verschiedene Neuregelungen eingeführt.
- Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird ein Beirat eingerichtet, der die Versorgungslage mit Arzneimitteln kontinuierlich beobachtet und bewertet. Dieser Beirat besteht unter anderem aus Vertretern der Ärzte- und Apothekerschaft, der pharmazeutischen Industrie, der Patienteninteressen und der Kassen. Der Beirat berät die Bundesoberbehörden beim Ergreifen geeigneter Maßnahmen.
- Pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen sind gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) meldepflichtig zu verfügbaren Lagerbeständen, zur Produktion und zur Absatzmenge von versorgungsrelevanten Arzneimitteln (bisher: Meldepflicht nur für Krankenhäuser).
- Das BfArM erstellt und veröffentlicht eine aktuelle Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe sowie die ihm gemeldeten Lieferengpässe.
- Bei Arzneimitteln mit versorgungskritischen Wirkstoffen kann die zuständige Bundesoberbehörde Arzneimittelgroßhandlungen und pharmazeutische Unternehmer zur Lagerhaltung verpflichten, wenn versorgungsrelevante Lieferengpässe drohen oder bereits eingetreten sind.
- In Ausnahmefällen dürfen künftig auch Arzneimittel verwendet werden, deren Kennzeichnung und Packungsbeilage nicht auf deutsch ist. Diese Ausnahmemöglichkeit gibt es allerdings nur für versorgungsrelevante Arzneimittel, die durch Ärzte oder Zahnärzte unmittelbar an Patienten angewendet werden.
- Ist ein rabattiertes Medikament bei Vorlage eines Rezepts in der Apotheke nicht lieferbar, erhalten Versicherte ein wirkstoffgleiches Arzneimittel. Ist das vergleichbare Arzneimittel teurer als der Festbetrag, trägt nicht der Versicherte die Mehrkosten (Aufzahlung), sondern die Krankenkasse. Details zu Ablauf und Abrechnung müssen der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband in ihrem Rahmenvertrag vereinbaren.
- Neue Antibiotika, die gegen multiresistente Keime wirken, können in der frühen Nutzenbewertung automatisch einen Zusatznutzen attestiert bekommen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss sie zuvor als Reserveantibiotika deklariert hat. Die Kriterien zur Bestimmung eines Reserveantibiotikums regelt das Robert Koch-Institut gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Ärzte/ambulante Pflege

- Eine Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten ist nur noch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erlaubt (bisher: durch Krankenkassen und KVEn).
- Die von ambulanten Vertragsärzten verwendete Praxisverwaltungssoftware muss durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert werden.
- Zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) sind nur Gegenstand einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. Der Gemeinsame



Bundesausschuss muss also nicht mehr bewerten, ob ein ATMP entweder einer Nutzenbewertung oder einer Methodenbewertung unterliegt.

- Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen sind auf maximal fünfzehn Jahre zu befristen (bisher: acht Jahre).

Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Krankenhäuser können für alle Patienten, die sie zwischen Mai und Dezember behandelt haben, einen Zuschlag von 0,42 Prozent auf den Rechnungsbetrag erheben. Dieser Zuschlag in Höhe von insgesamt rund 250 Millionen Euro dient einem pauschalen Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal in den Jahren 2018 und 2019.
- Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen sind auf maximal fünfzehn Jahre zu befristen (bisher: acht Jahre).

Krankenkassen

- Wird eine Krankenkasse zahlungsunfähig oder droht die Zahlungsunfähigkeit, hat der Kassenvorstand dies der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich zu melden.
- Eine Krankenkasse kann nach Anmeldung ihrer Insolvenz von der Aufsichtsbehörde geschlossen werden, wenn die Leistungsfähigkeit nicht auf Dauer gesichert ist.
- Hält der GKV-Spitzenverband Bund die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse für bedroht, so hat er die Krankenkasse darüber zu beraten, wie sich ihre dauerhafte Leistungsfähigkeit sichern ließe.
- Stellt eine Aufsichtsbehörde fest, dass bei einer Krankenkasse nur durch die Fusion mit einer anderen Kasse eine Insolvenz auf Dauer vermieden werden kann, soll der GKV-Spitzenverband Bund Vorschläge für eine solche Fusion mit einer anderen Krankenkasse vorlegen.
- Beschließt eine insolvenzgefährdete Krankenkasse nicht freiwillig eine Fusion innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist, kann die Aufsichtsbehörde die Fusion beschließen.
- Fusionen zwischen Krankenkassen sind auch kassenartenübergreifend möglich.
- Wird eine Krankenkasse aufgelöst oder wegen Insolvenz geschlossen und reichen die Betriebsmittel nicht aus, um alle Forderungen abzudecken, übernehmen alle Krankenkassen nach einem festgelegten Verteilungsschlüssel die Kosten (bisher: Haftung nur innerhalb einer Kassenart). Bei Betriebskrankenkassen hat der Betrieb die Forderungen zu übernehmen.
- Im GKV-Spitzenverband wird ein neuer Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) geschaffen, der mit zehn hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen besetzt wird. Der Ausschuss soll paritätisch mit Männern und Frauen besetzt werden und muss bei versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes miteinbezogen werden.
- Der Frauen- sowie der Männeranteil im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes werden auf jeweils mindestens 40 Prozent festgelegt.
- Der Wettbewerb unter den Krankenkassen und die damit verbundenen Maßnahmen werden klarer definiert. So sind etwa Maßnahmen der Krankenkassen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern, künftig nicht mehr erlaubt.
- Das Bundesgesundheitsministerium wird ermächtigt, in einer Rechtsverordnung unter



anderem festzulegen, welche Werbemaßnahmen für Krankenkassen künftig zulässig sind, wie viel die Kassen für Werbung ausgeben dürfen und inwieweit sie private Zusatzversicherungen vermitteln dürfen.

- Kassen, die sich durch einen Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, können künftig ihre Ansprüche auch ohne Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde vor einem Zivilgericht geltend machen. Dies gilt auch beim Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder beim Verdacht auf RSA-Manipulationen.
- Für einen pauschalen Ausgleich nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal in den Jahren 2018 und 2019 zahlen die Kassen den Krankenhäusern über einen einmaligen Rechnungsaufschlag rund 250 Millionen Euro.
- Die bisherige Begrenzung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten wird aufgehoben. Mit einem sogenannten Vollmodell (rund 300 Diagnosen) soll die Zielgenauigkeit der Zuweisungen aus dem RSA verbessert werden. Indem das gesamte Krankheitsspektrum abgedeckt wird, sollen Über- und Unterdeckungen besser abgebaut werden.
- Der Risikostrukturausgleich wird um eine Regionalkomponente erweitert. Hierfür werden statistisch signifikante regionale Variablen in den RSA einbezogen. Regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen sollen dadurch abgebaut werden. Die finanziellen Auswirkungen der Regionalkomponente werden im Jahr 2021 auf 75 Prozent begrenzt, ab 2022 werden sie vollständig angewandt.
- Bei der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen zwecks Berechnung der risikoadjustierten Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich wird künftig auch das Risikomerkmak aufgenommen, ob ein Versicherter Anspruch auf Krankengeld hat.
- Mit einer Manipulationsbremse soll das Gesetz Kodierbeeinflussungen unterbinden: Steigen bei bestimmten Krankheiten die Diagnosekodierungen und somit die entsprechenden hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) besonders auffällig, können die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen für die fünf Prozent der umsatzstärksten aller HMG komplett gestrichen werden.
- Krankenkassen erhalten künftig für jeden Versicherten eine Vorsorgepauschale, sobald eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen wurde.
- Ein neu errichteter Risikopool soll hohe Akutkosten einer Erkrankung ausgleichen. Gehen bei einem Patienten die Leistungsausgaben über 100.000 Euro pro Jahr hinaus, bekommt seine Kasse künftig aus dem Risikopool 80 Prozent der oberhalb dieses Schwellenwertes anfallenden Kosten erstattet. Der 2002 mit dem Gesetz zur RSA-Reform schon einmal eingeführte Risikopool hatte mit der Einführung des Morbi-RSA 2009 seine Bedeutung verloren.
- Für die Teilnahme der Versicherten an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) erhalten die Kassen weiterhin Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich. Das Gesetz konkretisiert die Anforderungen an die DMP für eine entsprechende Zuweisung, beispielsweise die schriftliche Aufklärung der Versicherten zu Mitwirkungspflichten, die regelmäßige Teilnahme der Versicherten und die Überprüfung dessen durch die Kassen.
- Der Wissenschaftliche Beirat des neuen Bundesamts für soziale Sicherung (BAS, früher: Bundesversicherungsamt) muss mindestens alle vier Jahre die Wirkungsweise des Risikostrukturausgleichs zwischen den Kassen und seine Manipulationsresistenz



auswerten. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit der Prüfung von Einzelfragen durch BMG und BAS beauftragt werden.

- Das BAS erhält ein eigenständiges, anlassbezogenes Prüfrecht für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße. Die Beweislast für rechtswidriges Verhalten wird umgekehrt. Das neue Prüfkonzept gilt rückwirkend ab dem Jahr 2013.
- Die Aufsichtsbehörden der Versicherungsträger treffen sich mindestens zweimal jährlich zu einem Erfahrungs- und Meinungsaustausch. Sie unterrichten sich dabei über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie über die von ihnen genehmigten leistungsbezogenen Satzungsregelungen der Krankenkassen.
- Das Kriterium Erwerbsminderung wird nicht mehr als Risikomerkmale in den RSA einbezogen.
- Rabatte, die Pharmaunternehmen den Krankenkassen im Rahmen von Arzneimittelrabattverträgen einräumen, werden künftig für jeden Versicherten im RSA individuell und nicht mehr pauschal je Krankenkasse angerechnet.
- Beim Bundesamt für soziale Sicherung (BAS, früher: Bundesversicherungsamt) wird eine neue Vertragstransparenzstelle eingerichtet, die Selektivverträge wie Hausarzt- und Versorgungsverträge vollständig zentral erfasst. Sie erstellt ein Register, um Transparenz über die Verträge der Kassen zu schaffen und Zusammenhänge mit statistischen Auffälligkeiten in den RSA-Datenmeldungen erkennen zu können. Das Verzeichnis soll bis zum 30. September 2021 fertig gestellt sein.
- Eine Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten ist nur noch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erlaubt (bisher: durch Krankenkassen und KVen).
- Als Mindestrücklage müssen Krankenkassen 20 Prozent einer Monatsausgabe in der Bilanz ausweisen (bisher: 25 Prozent).
- Zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) sind nur Gegenstand einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss also nicht mehr bewerten, ob ein ATMP entweder einer Nutzenbewertung oder einer Methodenbewertung unterliegt.
- Arbeitgeber können eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn die Leistungsfähigkeit der Kasse dauerhaft gesichert ist und mindestens 5.000 versicherungspflichtig Beschäftigte im Unternehmen arbeiten (bisher: 1.000 Beschäftigte).

Finanzierung

- Alle Krankenhäuser zusammen erhalten durch den Rechnungszuschlag rund 250 Millionen Euro von der GKV für einen pauschalen Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal in den Jahren 2018 und 2019.

BUNDESGESETZBLATT

www.bgbl.de

> Teil I > 2020 > Nr. 15 vom 31.03.2020





Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)

Versicherte

- Mit dem Gesetz soll vor allem die Arzneimittelsicherheit für Patienten verbessert werden. Dafür wird etwa die Häufigkeit von Inspektionen bei Arzneimittelherstellern erhöht. Die zuständigen Bundesbehörden erhalten erweiterte Rückrufkompetenzen bei festgestellten Mängeln von Medikamenten. Zudem wird die Zusammenarbeit von Bundes- und Landesbehörden verbessert und eine Informationspflicht über Rückrufe eingeführt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie das Paul-Ehrlich Instituts (PEI) erhalten neue Kompetenzen: Sie sollen Rückrufe auf Landesebene koordinieren und dadurch Versorgungsengpässe verhindern. Zudem wird die Herstellung verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch Heilpraktiker erlaubnispflichtig, die Herstellung und Anwendung gesundheitsgefährdender Medikamente (z. B. „Frischzellen“) werden verboten.
- Für Patienten entfällt die erneute Zuzahlung bei einer notwendigen Neuverordnung in Folge eines Arzneimittelrückrufs wegen Qualitätsmängeln.
- Patienten können künftig in Apotheken per elektronischem Rezept auch dann verschreibungspflichtige Arzneimittel erhalten, wenn sie im Rahmen einer ausschließlichen Fernbehandlung verschrieben wurden.
- Patienten, die mit medizinischem Cannabis versorgt werden, benötigen nach erfolgter Genehmigung der Therapie keine erneute Genehmigung der Kasse, wenn Dosis oder Cannabissorte angepasst werden.
- Patienten, die eine stationär begonnene Cannabistherapie ambulant fortführen sollen, haben das Recht auf eine Genehmigungsfrist der Krankenkasse von drei Tagen. Die übrigen Fristen bleiben unverändert: Bei Cannabisverordnungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung beträgt die Genehmigungsfrist drei Tage und in allen anderen Fällen drei Wochen. Ist eine gutachterliche Stellungnahme erforderlich verlängert sich die Frist auf fünf Wochen.
- Um die Versorgung von Patienten zu verbessern, wird die Definition erstattungsfähiger Verbandmittel erweitert. Der GBA hat bis zum 31. August 2020 in der Arzneimittel-Richtlinie festzulegen, welche zusätzlichen Produkte zur Wundbehandlung (etwa zum Feuchthalten einer Wunde) erstattungsfähig sind.

Ärzte/ambulante Pflege

- Ärzte können künftig statt papiergebundenen Rezepten auch elektronische Rezepte (das sogenannte e-Rezept) ausstellen, beispielsweise im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung.
- Bei Ärzten, die ihren Patienten aufgrund eines Arzneimittelrückrufs erneut Arzneimittel verordnet haben, werden diese Verordnungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit berücksichtigt.
- Ärzte dürfen zur Versorgung von Patienten mit der Bluterkrankheit (Hämophilie) von Arzneimittelherstellern nicht mehr direkt beliefert werden. Die 2009 mit dem Arzneimittelgesetz eingeführte Ausnahme vom Apothekenvertriebsweg wird zum 15. August 2020 zurückgenommen, der Direktvertrieb also untersagt.



- Ärzte, die nicht zulassungs- oder genehmigungspflichtige Arzneimittel für neuartige Therapien bei einem Patienten anwenden, haben dies der zuständigen Bundesoberbehörde unverzüglich nach Beginn der Anwendung anzuzeigen.
- Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) wird es ermöglicht, im Rahmen der frühen Nutzenbewertung beim Einsatz von Medikamenten gegen seltene Erkrankungen (Orphan drugs) eine anwendungsbegleitende Datenerhebung durch Ärzte anzuordnen, die das betreffende Medikament einsetzen. Ärzte, die an den Studien nicht teilnehmen können oder wollen, kann der GBA von der Verordnung dieser Arzneimittel ausschließen.
- Die Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln wird erweitert. Der GBA hat bis zum 31. August 2020 in der Arzneimittel-Richtlinie festzulegen, welche bislang nicht erstattungsfähigen zusätzlichen Produkte zur Wundbehandlung (etwa zum Feuchthalten einer Wunde) künftig erstattungsfähig sind.

Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Die Vergütungen von Auszubildenden in der Pflege, die ab 2020 nach dem neuen Pflegeberufegesetz ausgebildet werden, werden im ersten Ausbildungsjahr vollständig über bereits bestehende länderspezifische Ausbildungsfonds refinanziert (bisher: nur Teilfinanzierung). Damit einhergehend gilt künftig, dass Berufsanfänger im ersten Ausbildungsjahr die voll ausgebildeten Pflegefachkräfte in einem geringeren Umfang entlasten müssen als Auszubildende im zweiten oder letzten Jahr der Ausbildung.
- Der Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) kann beim Einsatz von Medikamenten gegen seltene Erkrankungen (Orphan Drugs) eine anwendungsbegleitende Datenerhebung durch Krankenhäuser anordnen (Details zur Regelung finden Sie auch unter ÄRZTE).
- Krankenhäuser dürfen zur Versorgung von Patienten mit der Bluterkrankheit (Hämophilie) von Arzneimittelherstellern nicht mehr direkt beliefert werden (Details zur Regelung finden Sie auch unter ÄRZTE).

Krankenkassen

- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen müssen gemeinsam notwendige Regelungen für die Verwendung des elektronischen Rezeptes treffen. Bis zum 31. März 2020 müssen die Regelungen in die Bundesmantelverträge aufgenommen werden. Somit können Arznei- und Verbandsmittel künftig papierlos per digitalem e-Rezept verschrieben werden, etwa im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung.
- Krankenkassen müssen beim Abschluss von Rabattverträgen mit Arzneimittelherstellern künftig auch berücksichtigen, dass sich eine unterbrechungsfreie und bedarfsgerechte Lieferfähigkeit sicherstellen lässt.
- Krankenkassen erhalten einen gesetzlichen Anspruch auf Regress bei Produktmängeln mit Folge eines Rückrufes von Arzneimitteln.
- Um die hohen Erstattungskosten für biologische Referenzarzneimittel (Biologicals) zu senken, sollen der Verordnungsanteil von im Wesentlichen gleichen, biotechnologisch hergestellten Medikamenten (Biosimilars) erhöht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Auftrag, bis zum 16. August 2022 festzulegen, welche Biologicals für den Austausch in der Apotheke geeignet sind.



- Um die gesetzliche Krankenversicherung im Bereich der Arzneimittelkosten zu entlasten, werden die Vorgaben für Apotheken zur Abgabe von preisgünstigen Import-Arzneimitteln differenziert.
- Für die Herstellung von Krebsmedikamenten in der Apotheke wird ein einheitlicher Arbeitspreis von 110 Euro festgesetzt. Zur Refinanzierung der zusätzlichen Kosten werden die Landesverbände der Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich Rabatte mit den Pharmaunternehmen für die Arzneimittel-Grundstoffe abzuschließen (bisher: Kann-Regelung).

Finanzierung

- Für die Herstellung von Krebsmedikamenten in der Apotheke (parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln) wird ein einheitlicher Arbeitspreis von 110 Euro festgesetzt. Die Zusatzkosten für die Krankenkassen liegen bei rund 120 Millionen Euro pro Jahr.
- Durch die erhöhte Kostenübernahme im Rahmen der Pflegeausbildung entstehen den Ländern jährliche Mehrkosten in Höhe von rund 24,5 Millionen Euro, der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund 157 Millionen Euro und der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von rund neun Millionen Euro. Die private Pflege-Pflichtversicherung übernimmt rund eine Million Euro der Kosten.
- Durch die Erweiterung des Deutschen Hämophilieregisters entsteht dem Paul-Ehrlich-Institut ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 1 Million Euro.

BUNDESGESETZBLATT

www.bgbl.de

> Teil I > 2019 > Nr. 30 vom 18.08.2019



Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz, PDSG)

Versicherte

- Ab dem 1. Januar 2022 gibt es das Arzneimittel-Rezept nur noch in elektronischer Form. Patienten können die Rezepte per Smartphone mit einer App in der Apotheke einlösen. Alternativ können Patienten ohne Smartphone in der Praxis einen Barcode auf Papier bekommen. Das Rezept wird aber auch in diesem Fall von der Praxis digital an die Apotheke übermittelt.
- Mit dem TSVG wurde bereits 2019 beschlossen, dass Krankenkassen ihren Versicherten ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten müssen. Die elektronische Patientenakte ist eine versichertengeführte elektronische Akte, deren Nutzung für die Patienten freiwillig ist. Mit dem PDSG erhalten Patienten zum 1. Januar 2021 den Anspruch darauf, dass ihr Arzt die ePA mit medizinischen Daten wie Befunden, Diagnosen, Arztberichten oder digitalen Röntgenbildern befüllt. Der Zugang zur Patientenakte ist barrierefrei gestaltet und somit auch für Behinderte uneingeschränkt möglich.
- Ab dem 1. Januar 2022 lassen sich auf der ePA auch Angaben aus dem Impfausweis, dem Mutterpass, dem gelben Heft für Kindervorsorge-Untersuchungen oder dem Zahnarzt-Bonusheft speichern.



- Ab dem 1. Januar 2023 haben Patienten auch den Anspruch, über die ePA auf Daten der pflegerischen Versorgung oder der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zuzugreifen.
- Patienten haben einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass Ärzte bzw. Kliniken sie sowohl bei der erstmaligen Einrichtung als auch bei der weiteren Führung der elektronischen Patientenakte unterstützen.
- Ab dem 1. Januar 2022 bekommen Patienten die Möglichkeit, über ihr Smartphone oder Tablet für jedes in der ePA gespeicherte Dokument einzeln zu bestimmen, welcher Arzt oder andere Leistungserbringer darauf zugreifen kann. Patienten können also zum Beispiel festlegen, dass ein Arzt zwar auf die ePA zugreifen darf, dass ihm aber bestimmte Befunde nicht angezeigt werden.
- Versicherte können ab dem 1. Januar 2021 den Zeitraum einer Zugriffsberechtigung für einen Leistungserbringer auf einen Zeitraum von einem Tag bis zu maximal 18 Monaten festlegen. Ab dem 1. Januar 2022 lässt die Zugriffsberechtigung auch vollständig entfristen.
- Versicherte können ab dem 1. Januar 2022 bei einem Krankenkassenwechsel ihre Daten aus der ePA übertragen lassen.
- Ab dem 1. Januar 2023 haben Versicherte die Möglichkeit, die in der ePA abgelegten Daten im Rahmen einer Datenspende freiwillig der Forschung zur Verfügung zu stellen.
- Damit auch diejenigen Versicherten Zugriff auf ihre Patientenakte erhalten, die keine mobilen Endgeräte besitzen oder nutzen wollen, müssen die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2022 in ihren Geschäftsstellen dafür geeignete Geräte bereitstellen.
- Für Patienten, die weder über mobile Endgeräte noch über die Terminals in den Krankenkassen ihre Patientenakte verwalten können oder wollen, wird ab dem 1. Januar 2022 ein Berechtigungsmanagement zur Nutzung der Akte in Arztpraxen, Krankenhäusern oder Apotheken eingerichtet.
- Versicherte haben gegenüber ihrer Krankenkasse das Recht auf Berichtigung von falschen Diagnosen in der ePA, sofern sie einen ärztlichen Nachweis über die Unrichtigkeit der Diagnose vorlegen können.
- Versicherte haben gegenüber ihrer Krankenkasse jederzeit das Recht, die ePA vollständig zu löschen.
- Versicherte haben gegenüber Vertragsärzten bzw. zugelassenen Krankenhäusern den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung von elektronischen Notfalldaten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden.
- Versicherte können bei ihrer Krankenkasse eine elektronische Gesundheitskarte beantragen, die medizinische Notfalldaten sowie einen elektronischen Medikationsplan speichern kann. Sie haben zudem das Recht, diese Daten jederzeit wieder von der Karte löschen zu lassen.

Ärzte/ambulante Pflege

- Für die Vernetzung von Leistungserbringern, Kostenträgern, Versicherten und anderen Akteuren wurde bereits die datensichere Telematikinfrastruktur (TI) geschaffen. Diese besteht aus der dezentralen Infrastruktur, die mit ihren Komponenten (elektronische



Gesundheitskarte, Authentifizierungsausweise der Leistungserbringer) den registrierten Nutzern den sicheren Zugang zum geschlossenen Netz, der zentralen Infrastruktur (elektronische Patientenakte), ermöglicht. Die Gesellschaft für Telematik koordiniert und überwacht alle dafür notwendigen Prozesse.

- Das elektronische Rezept von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wird als Teil der sicheren Telematikinfrastruktur verpflichtend ab dem 1. Januar 2022 vorgegeben.
- Die Gesellschaft für Telematik soll bis zum 30. Juni 2020 eine barrierefreie App für das elektronische Rezept entwickeln. Die App wird Teil der sicheren Telematikinfrastruktur. Patienten können das E-Rezept dann mittels Smartphone in einer Apotheke einlösen – die freie Apothekenwahl bleibt dabei ausdrücklich garantiert. Patienten ohne Smartphone erhalten alternativ in der Praxis einen Barcode auf Papier. Das Rezept wird aber auch in diesem Fall von der Praxis digital an die Apotheke übermittelt.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband erhalten den Auftrag, bis zum 31. Juli 2021 für die ärztliche Empfehlung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente (grünes Rezept) ebenfalls ein elektronisches Übermittlungsverfahren zu entwickeln.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband erhalten den Auftrag, bis zum 31. Juli 2021 Regelungen für die elektronische Übermittlung von Überweisungsscheinen zum Facharzt zu vereinbaren.
- Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen können zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung die Entwicklung digitaler Innovationen fördern. Darunter fallen beispielsweise digitale Medizinprodukte wie etwa Apps sowie telemedizinische oder IT-gestützte Verfahren. Sie können die digitalen Innovationen in Zusammenarbeit mit Dritten entwickeln oder von diesen entwickeln lassen (bislang hatten mit dem DVG nur die Krankenkassen dieses Recht erhalten).
- Vertrags(zahn)ärzte werden verpflichtet, Patienten bei der Einrichtung und bei der fortlaufenden Befüllung der elektronischen Patientenakte mit medizinischen Daten unterstützen. Die Unterstützungsleistung beschränkt sich dabei ausschließlich auf medizinische Daten aus der aktuellen Behandlungssituation.
- Für die Verarbeitung von Daten in der elektronischen Patientenakte durch einen Arzt hat der Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab für (zahn)ärztliche Leistungen bis zum 1. Januar 2021 eine entsprechende Vergütung zu beschließen.
- Für die Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung und Nutzung der elektronischen Patientenakte erhalten Ärzte ab dem 1. Januar 2021 einmalig zehn Euro.
- Die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Röntgenbild-Befundung, zur Videosprechstunde und – bis zum 31.12.2020 – zur Authentifizierung der Versicherten in der Videosprechstunde zu vereinbaren.
- Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft müssen bis zum 31. März 2020 mit dem GKV-Spitzenverband die Anforderungen an ein telemedizinisches Konsil vereinbaren.



- Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege müssen spätestens ab dem 1. Januar 2023 bei der Abrechnung ihrer Leistungen jeweils die Beschäftigtennummer der Pflegekraft, die die Leistung erbracht hat, sowie die Zeit der Leistungserbringung angeben.
- Für Pflegeeinrichtungen, Hebammen sowie Physiotherapeuten, die an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden wollen, muss die Gesellschaft für Telematik bis spätestens zum 30. Juni 2021 die erforderlichen Voraussetzungen schaffen.
- Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege, die an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, bekommen einen Anspruch gegenüber den Krankenkassen, dass diese für die gesamte Kommunikation das elektronische Verfahren nutzen.

Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Kliniken werden verpflichtet, mit branchenspezifischen Sicherheitsstandards organisatorische und technische Vorkehrungen zu treffen, die die Funktionsfähigkeit des jeweiligen Krankenhauses und die Sicherheit der verarbeiteten Patientendaten sicherstellen. Sie müssen ihre IT-Systeme zudem spätestens alle zwei Jahre an den gültigen Stand der Technik anpassen.
- Ein Krankenhaus hat künftig für jeden voll- und teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten in der elektronischen Patientenakte speichert, Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von fünf Euro.
- Ausschließlich im Jahr 2021 hat ein Krankenhaus Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von zehn Euro für jeden voll- oder teilstationären Fall, für den es eine Unterstützung des Versicherten leistet bei der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte.
- Rehabilitationseinrichtungen sollen sich an die Telematikinfrastruktur anschließen können und erhalten einen Ausgleich der Ausstattungs- und Betriebskosten. Die an der Gesundheitsversorgung der Bundeswehr beteiligten Einrichtungen erhalten die Möglichkeit, sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen.

Krankenkassen

- Die Beratungsbefugnis der Krankenkassen wird ausgeweitet. Neben der mit dem DVG eingeführten Erlaubnis, Patienten über digitale Versorgungsinnovationen zu informieren, dürfen die Kassen nun Versicherte auch auf weitere individuell geeignete Versorgungsleistungen der Krankenkassen aus der Regelversorgung hinweisen.
- Krankenkassen haben ihre Versicherten, bevor sie ihnen die elektronische Patientenakte (ePA) anbieten, umfassend über die Möglichkeiten der ePA zu informieren.
- Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ab 2022 geeignete Geräte zur Verfügung zu stellen und somit den Zugang zur ePA zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband kann zudem Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesvereinigung der Apothekerverbände schließen, wonach solche Computerterminals auch in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken aufgestellt werden können.



- Ab dem 1. Januar 2022 muss jede Krankenkasse eine Ombudsstelle einrichten, an die sich Versicherte mit ihren Fragen und Anliegen im Zusammenhang mit der ePA wenden können.
- Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die ePA dem jeweilig aktuellen Stand der Technik und den Vorgaben der Gesellschaft für Telematik entspricht. Der GKV-Spitzenverband überprüft jährlich, ob die Kassen dieser Pflicht nachgekommen sind und teilt dies dem Bundesversicherungsamt mit. Bei Nichterfüllung der Pflicht werden im Jahr 2020 die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich für diese Kasse zunächst um 2,5 Prozent gemindert. Besteht das Problem weiterhin, wird die Kürzung im Jahr 2021 auf 7,5 Prozent erhöht.
- Krankenkassen soll der Nachweis von Fehlverhalten bzw. Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege erleichtert werden. Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege müssen spätestens ab dem 1. Januar 2023 bei der Abrechnung ihrer Leistungen jeweils die Beschäftigtennummer der Pflegekraft, die die Leistung erbracht hat, sowie die Zeit der Leistungserbringung angeben.
- Krankenkassen müssen elektronische Gesundheitskarten konzipieren, die prinzipiell geeignet sind, medizinische Notfalldaten sowie einen elektronischen Medikationsplan zu speichern. Sie haben ihre Versicherten über diese Möglichkeit und die Freiwilligkeit der Nutzung zu informieren.

Finanzierung

- Zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zahlt der GKV-Spitzenverband an die Gesellschaft für Telematik jährlich für jedes Mitglied in der GKV einen Betrag von einem Euro.
- Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte durch Ärzte sind vom Nutzerverhalten der Versicherten abhängig. Nutzen beispielsweise 50 Prozent der Versicherten im Jahr 2021 erstmalig ihre elektronische Patientenakte, entstehen dadurch zusätzliche Kosten in Höhe von rund 350 Millionen Euro.
- Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die weitere Nutzung der elektronischen Patientenakte durch Ärzte sind vom Nutzerverhalten der Versicherten abhängig. Nutzen beispielsweise künftig 50 Prozent der Versicherten ihre elektronische Patientenakte regelmäßig, entstehen dadurch zusätzliche Kosten in Höhe von rund 225 Millionen Euro.
- Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die erstmalige Erstellung der Notfalldaten durch Ärzte auf der elektronischen Gesundheitskarte sind vom Nutzerverhalten der Versicherten abhängig. Nutzen beispielsweise 50 Prozent der Versicherten ihre Notfalldaten, entstehen dadurch zusätzliche Kosten in Höhe von rund 300 Millionen Euro.
- Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Speicherung von Behandlungsdaten auf der elektronischen Patientenakte durch Kliniken sind vom Nutzerverhalten der Versicherten abhängig. Bei rund 20 Millionen voll- und teilstationären Krankenhausfällen entstehen ab dem Jahr 2021 Kosten in Höhe von bis zu 100 Millionen Euro.



- Für die verpflichtende Anbindung der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst fallen für die benötigte Infrastruktur im Jahr 2021 einmalige Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von ca. 1,1 Millionen Euro an. Dazu kommen jährliche Betriebskosten in Höhe von ca. 500.000 Euro.

BUNDESGESETZBLATT

www.bgbl.de

> Teil I > 2020 > Nr. 46 vom 19.10.2020



Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)

Versicherte

- Versicherte erhalten einen Anspruch auf die Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (Dipa), sofern sie das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen hat. Sie erhalten zudem einen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen zur Nutzung der Dipa. Für beide Leistungen zusammen übernehmen die Pflegekassen insgesamt bis zu 50 Euro im Monat. Versicherte können künftig die Daten von digitalen Gesundheitsanwendungen (Diga), beispielsweise Blutzuckerwerte aus einer Diabetes-App, selbst in ihre elektronische Patientenakte einstellen.
- Hilfsmittel und Implantate, die elektronisch Daten übermitteln und dem Hersteller zur Verfügung stehen, müssen ab dem 1. Juli 2024 für die Versicherten zugänglich gemacht werden. Entsprechende Hilfsmittel und Implantate benötigen dafür eine Schnittstelle für verschreibbare digitale Gesundheitsanwendungen (Diga), damit sie bei Bedarf für die Versorgung des Patienten genutzt werden können.
- Versicherte können die in ihrer Digitalen Gesundheitsanwendung, beispielsweise einer Diabetes-App, gesammelten Daten über eine Schnittstelle auch einer Apotheke zugänglich machen, damit die dort gesammelten Werte in die Apotheken-Beratung einbezogen werden können.
- Versicherte können nun auch Heilmittel wie beispielsweise Ergotherapie als Videobehandlung in Anspruch nehmen.
- Versicherte erhalten auf Wunsch von Ihrer Krankenkasse als Alternative zur bisherigen Identifizierung mit der elektronischen Gesundheitskarte eine sichere digitale Identität.
- Ab dem 1. Januar 2024 können sich Versicherte mit einem digitalen Identitätsnachweis beispielsweise für Videosprechstunden oder digitale Gesundheitsanwendungen authentifizieren.
- Versicherte sollen auf der Suche nach Angeboten zu Videosprechstunden besser unterstützt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird beauftragt, ein bundesweit nutzbares zentrales Vermittlungsportal bereitzustellen, über das Versicherte barrierefrei Termine der Videosprechstunde buchen können.
- Bis zum 1. Juli 2024 sollen schrittweise Notfalldaten, die bislang auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgelegt waren, auf einer elektronischen Patienten-Kurzakte gespeichert werden. Die eGK dient künftig nur noch als Versicherungs-



nachweis und soll beim Arzt auch kontaktlos eingesehen werden können.

- Der Anspruch der Versicherten auf die Erstellung eines Medikationsplans in Papierform wird um den Anspruch auf die Erstellung eines elektronischen Medikationsplans ergänzt. Versicherte sollen künftig auf den elektronischen Medikationsplan über ihre persönliche Patienten-Kurzakte zugreifen können bzw. mindestens bis zum 1. Juli 2024 über ihre elektronische Gesundheitskarte.
- Erklärungen der Versicherten zur Organ- und Gewebespende können ab dem 1. Juli 2022 im dafür bestimmten Organspenderegister abgegeben, geändert und widerrufen werden. Änderungen an der Organspende-Erklärung sollen auch über die Versicherten-Apps der Krankenkassen möglich sein. Die bisherige Möglichkeit einer Organspendeerklärung auf der eGK entfällt ab diesem Zeitpunkt.
- Versicherte sollen ab dem 1. Januar 2022 nicht nur über mobile Endgeräte, sondern auch über ihre stationären Geräte (Desktop-PC) auf ihre ePatientenakte zugreifen können.
- Versicherte sollen spätestens ab dem 1. Januar 2022 bei einer elektronischen Verordnung von Arzneimitteln über die entsprechende E-Verordnungs-App auch direkt auf Informationen im Nationalen Gesundheitsportal zugreifen können, um sich qualitätsgesichert über den Wirkstoff informieren zu können. Ein Zugriff auf das Nationale Gesundheitsportal wird ebenfalls über die ePA möglich.
- Versicherte können Rezept- und Dispensierinformationen aus der E-Verordnungs-App (wo sie nach 100 Tagen gelöscht werden) in ihre elektronischen Patientenakte (ePA) übertragen, um dort einen Überblick über die Arzneimittelhistorie zu haben.
- Schwangere Versicherte können ihre Hebamme berechtigen, wichtige Daten zur Schwangerschaft und Mutterschaft, die über die Daten des elektronischen Mutterpasses hinausgehen, in der elektronischen Patientenakte zu dokumentieren.

Ärzte/ambulante Pflege

- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung errichtet ein nutzerfreundliches Portal, das die Versicherten künftig beim Auffinden von telemedizinischen Versorgungsangeboten unterstützt.
- Ärzte, die Videosprechstunden anbieten, können ab sofort den Terminservicestellen dafür freiwillig freie Termine melden.
- Videosprechstunden von Vertragsärzten werden auf das wöchentliche Mindestsprechstundenangebot angerechnet.
- Psychotherapeutische Akutbehandlungen sollen künftig auch im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden können. Bis zum 30. September 2021 muss der Bewertungsausschuss die entsprechenden Voraussetzungen festlegen.
- Videosprechstunden dürfen bei Vertragsärzten/Psychotherapeuten die Obergrenze von 30 Prozent aller Leistungen im Quartal nicht überschreiten.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, auch im Rahmen des ärztlichen Notdienstes telemedizinische Leistungsangebote ergänzend zu ihrem Präsenzangebot zur Verfügung zu stellen.
- Ärztliche Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen können mit Krankenhäusern auch kooperieren, um die technische Ausstattung der Krankenhäuser zur



Erbringung telemedizinischer Leistungen durch Notdienstpraxen zu nutzen oder die Krankenhäuser selbst diese Leistung erbringen zu lassen.

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen bis zum 31. Dezember 2021 die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich informieren über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung.
- Mit Einführung der elektronischen Patientenkurzakte sollen ab dem 1. Januar 2023 auch zahnärztliche Leistungen zur Aktualisierung von Datensätzen der elektronischen Patientenkurzakte vergütet werden.
- Ärzte sollen künftig in geeigneten Fällen auch im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung Arbeitsunfähigkeit ohne vorherige Präsenzbehandlung für bis zu drei Tage einmalig feststellen dürfen. Der GBA ist aufgefordert, bis Ende 2021 die geeigneten Fälle zu spezifizieren.
- Kassenärztliche Vereinigungen können Strukturfondsmittel künftig auch zur Umsetzung telemedizinischer Konzepte einsetzen. Hierbei sollen insbesondere digitale Netzwerke zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern mit Leistungserbringern der Pflege sowie Heilmittelerbringern gefördert werden.
- Neben Ärzten können nun auch Heilmittelerbringer und Hebammen telemedizinische Leistungen abrechnen. Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen, die im Zusammenhang mit DiGAs erbracht werden, werden ebenfalls künftig vergütet.
- Sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ermächtigte Ärzte nicht an die Telematikinfrastruktur angebunden, drohen Sanktionen. Die Frist, ab der Sanktionen drohen, wurde von Ende 2020 auf den 31. Dezember 2021 verlängert.
- Für die sichere Kommunikation zwischen Ärzten und Versicherten werden künftig auch ein Videokommunikationsdienst und ein Messengerdienst errichtet. Die Ärzte können dabei festlegen, ob nur sie den Beginn einer Kommunikation starten können.
- Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten werden verpflichtet, ab 1. Januar 2023 Verordnungen digitaler Gesundheitsanwendungen als E-Rezept über die Telematikinfrastruktur zu übermitteln.
- Ärzte und Psychotherapeuten müssen häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (jeweils ab 1. Juli 2024), Soziotherapie (ab 1. Juli 2025) sowie Heil- und Hilfsmittel inklusive digitale Gesundheitsanwendungen und verschreibungspflichtige Arzneimittel (jeweils 1. Januar 2023) künftig elektronisch verordnen. Ab dem 1. Juli 2026 gilt diese Verpflichtung auch zur Verordnung von Verbandsmitteln, Blut- und Harnteststreifen, Diäten zur enteralen Ernährung sowie verordnungsfähigen Medizinprodukten (ab 1. Juli 2026).
- Um entsprechende ärztliche elektronische Verordnungen verarbeiten zu können, müssen auch Pflegedienste und andere Leistungserbringer sukzessive an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält den Auftrag, bisherige browserbasierte Angebote zu Videosprechstunden am Computer um eine Variante für mobile Endgeräte zu erweitern.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält den Auftrag, das Nationale Gesundheitsportal um weitere Infos zur vertragsärztlichen Versorgung zu ergänzen.



- Die wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird bis 2024 verlängert. Ambulante Pflegeeinrichtungen erhalten einen einmaligen Zuschuss für den Ausbau der digitalen Infrastruktur. Dafür stehen in den Jahren 2022 bis 2024 insgesamt zehn Millionen Euro zur Verfügung. Pro Pflegeeinrichtung werden bis zu 40 Prozent der Kosten (maximal 12.000 Euro) für die digitale oder technische Ausrüstung und damit verbundene Schulungen übernommen.

Krankenhäuser/stationäre Pflege

- Bislang waren Krankenhäuser verpflichtet, sich bis Ende 2020 an die Telematikinfrastruktur anzubinden. Mit Ablauf dieser Frist drohten Sanktionen. Diese Frist wird nun bis zum 31. Dezember 2021 verlängert.
- Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten bis 2024 einen einmaligen Zuschuss für den Ausbau der digitalen Infrastruktur. Pro Pflegeeinrichtung werden bis zu 40 Prozent der Kosten (maximal 12.000 Euro) für die digitale oder technische Ausrüstung und damit verbundene Schulungen übernommen.

Krankenkassen

- Krankenkassen müssen spätestens ab dem 1. Januar 2023 auf Wunsch ihrer Versicherten diesen als Alternative zur Identifizierung mit der elektronischen Gesundheitskarte eine sichere digitale Identität für das Gesundheitswesen barrierefrei zur Verfügung stellen.
- Um die Entwicklung des neuen Leistungsbereiches der digitalen Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuschätzen, erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) erstmals zum 31. Dezember 2021 und in Folge jährlich einen Bericht über die Erbringung solcher Leistungen.
- Pflegekassen werden verpflichtet, neben Präsenzkursen künftig auch digitale Pflegekurse anzubieten.
- Der Zeitraum zur Verhandlung des Erstattungspreises digitaler Gesundheitsanwendungen zwischen Kassen und Herstellern wird auf neun Monate verkürzt.
- Die Vergütung digitaler Gesundheitsanwendungen auf Grundlage des Herstellerpreises umfasst einen Zeitraum von maximal zwölf Monaten nach Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen. Die Regelung gilt unabhängig davon, ob die Aufnahme zunächst zur Erprobung oder dauerhaft erfolgt.
- Der GKV-Spitzenverband baut bis zum 1. Juli 2023 die nationale eHealth-Kontaktstelle auf und betreibt diese, so dass Versicherte ihre Gesundheitsdaten auch Ärzten im EU-Ausland sicher und übersetzt zur Verfügung stellen können.
- Krankenkassen können nun bei Personen, die eine gesetzliche Rente beziehen, auch nachträglich feststellen, dass sie der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen. Dies kann zur Erstattung oder Nacherhebung von Beiträgen führen.
- Damit Krankenkassen medienbruchfrei Zugang zu elektronischen Verordnungen bekommen, die von den Kassen bewilligt werden müssen, erhält die gematik den Auftrag, hierfür die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen.



- Der jährliche Beitrag des GKV-Spitzenverbands zur Finanzierung der gematik wird je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung von einem Euro auf 1,50 Euro angehoben.
- Gesetzliche Krankenkassen werden verpflichtet, ihre Versicherten über die Möglichkeiten von Digitalen Gesundheitsanwendungen zu informieren und wie die Patienten die damit erhobenen Daten in ihrer elektronischen Patientenakte ihrem Arzt zugänglich machen können.
- Mit der Einführung des Organspenderegisters ab dem 1. Juli 2022 müssen Krankenkassen ihren Versicherten nicht mehr alle zwei Jahre einen Organspendeausweis und Informationsmaterialien zur Organspende zuschicken.

Finanzierung

- Der Betrieb und die Weiterentwicklung des Nationalen Gesundheitsportals werden im Jahr 2021 mit 4,5 Millionen Euro und im Jahr 2022 mit 5 Millionen Euro veranschlagt.
- Die Beitragserhöhung zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik führt beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu Mehrkosten in Höhe von jährlich 27 Millionen Euro, die durch Umlage von den gesetzlichen Krankenkassen refinanziert werden.
- Durch die Erweiterung der Kommunikation im Medizinwesen bei den Leistungserbringern, die Einführung digitaler Identitäten, die Realisierung des Zugriffs auf das Register zur Organ- und Gewebespende und die Erstattung der Betriebskosten im Rahmen der Anbindung der Heil- und Hilfsmittelerbringer, der zahntechnischen.
- Labore sowie der Erbringer Soziotherapeutischer Leistungen an die Telematikinfrastruktur entstehen den Krankenkassen einmalige Kosten von rund 111 Millionen Euro sowie anschließende jährliche Kosten von rund 75 Millionen Euro.
- Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus der Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen mittelfristig jährliche Mehrausgaben. Im Jahr 2022 sind dies schätzungsweise rund 30 Millionen Euro, im Jahr 2023 rund 65 Millionen Euro, im Jahr 2024 rund 100 Millionen Euro und im Jahr 2025 rund 130 Millionen Euro.
- Der Gesellschaft für Telematik entstehen zur Erfüllung ihrer neuen Aufgaben einmalig Kosten in Höhe von insgesamt rund 2,6 Millionen Euro.

BUNDESGESETZBLATT

www.bgbl.de

> Teil I > 2021 > Nr. 28 vom 08.06.2021



GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

Versicherte

- Ab dem 1. Januar 2019 wird auch der von den Krankenkassen festzusetzende Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie Rentnern und Rentenversicherung getragen (bisher: Arbeitnehmer und Rentner tragen den Zusatzbeitrag allein).
- Freiwillig versicherte Selbstständige werden bei den Mindestbeiträgen den übrigen freiwillig Versicherten gleichgestellt. Die Mindestbemessungsgrundlage liegt damit künftig für freiwillig Versicherte und Selbstständige bei 1.038,33 Euro (bisher für



Selbstständige: 2.283,75 Euro). Damit sinkt der Mindestbeitrag für Selbstständige mit rund 160 Euro auf weniger als die Hälfte.

- Für die Beitragsbemessung bei Selbstständigen ist eine Unterscheidung, ob sie haupt- oder nebenberuflich selbstständig sind, aufgrund der einheitlichen Mindestbemessungsgrundlage nicht mehr erforderlich.
- Selbstständige bekommen künftig Krankengeld und Mutterschaftsgeld beitragsfrei ausgezahlt (bisher: Beitragsfreiheit erstreckte sich nur auf das Arbeitseinkommen, nicht auf andere erzielte Einnahmearten, zum Beispiel Miet- und Pachteinnahmen).
- Ehemalige Zeitsoldaten erhalten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst drei Monate lang ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung. Die Mitgliedschaft beginnt rückwirkend mit dem Tag des Ausscheidens. Nach Ende ihrer Dienstzeit erhalten sie zudem einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen, der anstelle der bisherigen Beihilfe geleistet wird.
- Eine freiwillige Mitgliedschaft zur gesetzlichen Krankenversicherung endet künftig auch ohne Austrittserklärung nach sechs Monaten, wenn das Kassenmitglied unbekannt verzogen ist und keine Beiträge mehr zahlt (bisher: Weiterversicherung zum Höchstbetrag mit entsprechender Anhäufung von Beitragsschulden).
- Freiwillig Versicherte, die ihr Einkommen trotz Aufforderung nicht nachgewiesen haben, wurden bislang von ihrer Kasse automatisch zum Höchstbeitrag versichert. Künftig haben sie nach Festsetzung des Höchstbeitrages bis zu zwölf Monate Zeit, geeignete Einkommensnachweise nachzureichen. Die Kassen müssen dann rückwirkend den Beitrag neu berechnen.
- Wechselt ein Mitglied aus der privaten in die soziale Pflegeversicherung, wird die Vorversicherungszeit anerkannt. Dadurch erhalten mitversicherte Familienangehörige einen lückenlosen Versicherungsschutz (bisher: Familienangehörige konnten zwei Jahre lang die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht in Anspruch nehmen).

Krankenkassen

- Die Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen dürfen den Umfang einer Monatsausgabe künftig nicht mehr überschreiten.
- Kassen, die über höhere Finanzreserven verfügen, dürfen ihren Zusatzbeitrag ab 2019 nicht mehr anheben. Überschüssige Beitragseinnahmen müssen ab 2020 über einen Zeitraum von drei Jahren durch Senken des Zusatzbeitrages abgebaut werden. Diese Frist kann um maximal zwei Jahre verlängert werden. Voraussetzung ist eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) bis zum 31. Dezember 2019.
- Bestehen bei einer Kasse trotz Senkung des Zusatzbeitrages nach fünf Jahren immer noch Finanzreserven, müssen diese an den Gesundheitsfonds abgeführt werden.
- Kassen werden verpflichtet, Versicherte mit Anspruch auf Leistungen der Künstler-sozialkasse bei zweimonatigem Beitragsrückstand zu informieren, dass sie im Fall einer Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge beim Sozialleistungsträger beantragen können.



- Kassen werden verpflichtet, die freiwillige Mitgliedschaft von Versicherten zu beenden, wenn diese unbekannt verzogen und nicht mehr erreichbar sind, seit sechs Monaten keine Beiträge mehr zahlen und keine Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch genommen haben, ohne sich abgemeldet zu haben (bisher: Weiterversicherungszwang zum Höchstbetrag). Diese Regelung gilt rückwirkend bis ins Jahr 2013.
- Der Aktienanteil an Anlagen, mit denen die gesetzlichen Krankenkassen ihre betrieb-sinternen Altersrückstellungen absichern, wird von zehn auf 20 Prozent erhöht.
- Krankenkassen werden verpflichtet, für freiwillige Mitglieder, die keine Einkommens-belege geliefert haben und für die deshalb der Höchstbeitrag angesetzt wurde, die Beiträge auf Antrag rückwirkend neu zu berechnen. Die freiwillig Versicherten haben nach Ansetzen des Höchstbeitrages bis zu zwölf Monate Zeit, geeignete Einkommens-nachweise nachzureichen

[BUNDESGESETZBLATT](#)

www.bgbl.de

> Teil I > 2019 > Nr. 18 vom 10.05.2019





Kurzmeldungen

Aufsichtsrat fordert: Spahn muss Wort halten

02.09.21 (ams). Mit scharfer Kritik hat der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes auf die Vertagung der Entscheidung über einen höheren Steuerzuschuss für die gesetzliche Krankenversicherung reagiert. Gesundheitsminister Jens Spahn entziehe sich der Entscheidung, obwohl er zuvor eine anderslautende Zusage gemacht habe. Spahn verspreche zwar, mit der Sozialgarantie die Beiträge stabil zu halten, schiebe die Verantwortung aber an den dann gerade neu gewählten Bundestag ab, monierten die Aufsichtsratsvorsitzenden, Dr. Volker Hansen und Knut Lambertin und bezeichneten das Vorgehen des Ministers als „organisierte Verantwortungslosigkeit“, weil für die Haushaltsplanung der Kassen Ende Oktober die notwendigen Entscheidungsgrundlagen fehlten.

WEITERE INFORMATIONEN

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Drei Säulen für bessere Pflege in Kliniken

26.08.21 (ams). Für eine bessere Pflege im Krankenhaus setzt der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) auf ein Modell mit verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG), moderner Pflegepersonalbedarfsermittlung und bedarfsgerechten Krankenhausstrukturen. „Im Durchschnitt der 1.300 Krankenhäuser, für die Pflegepersonaluntergrenzen gelten, sind zwölf Prozent aller Schichten unterbesetzt“, kritisierte Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-SV. Für Patienten und Pflegepersonal sei dies eine „gesundheitsgefährdende Zumutung“. Laut dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) soll in der kommenden Legislaturperiode ein zuverlässiges Instrument zur Personalbedarfsermittlung erarbeitet werden.

WEITERE INFORMATIONEN

www.gkv-spitzenverband.de > Über uns > Presse > Pressekonferenzen



AOK drängt auf Reform der Patientenrechte

19.08.21 (ams). Die AOK sieht dringenden Handlungsbedarf bei den Patientenrechten. Die nächste Bundesregierung müsse dieses Thema endlich anpacken und das Patientenrechtegesetz von 2013 weiterentwickeln, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, anlässlich der Veröffentlichung eines Positionspapiers der AOK-Gemeinschaft. Darin spricht sich die AOK dafür aus, die Beweisführung bei vermuteten Behandlungs- und Pflegefehlern zu erleichtern und die Verfahren zu verkürzen. Bei Schäden durch fehlerhafte Medizinprodukte sollen die Versicherten einen gesetzlichen Anspruch auf Unterstützung durch die Krankenkassen erhalten.

DAS POSITIONSPAPIER „STÄRKUNG DER PATIENTENRECHTE“

www.aok-bv.de > Positionen





**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:
