



AOK-MEDIENSERVICE

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

09/20

POLITIK

 @AOK_Politik

ams-Interview: Dr. Antje Schwinger, Leiterin des Forschungsbereichs Pflege im WIdO

- **Pflege-Report 2020:
Die ambulante Pflege im Blick behalten** 2

Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

- **Wildwuchs bei neuen Dienstleistungen** 5

Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG)

- **Neuer Schwung für Selektivverträge und
vertane Chancen in der Pflege** 7

ams-nachgefragt:

- **Ist der Pflegebonus im Krankenhaus
eine gute Idee, Herr Scheller-Kreinsen?** 9

EU-Ticker

- **Rückschlag für Impfstoff-Studie** 10

Zahl des Monats

- **15.500 ausländische Berufsabschlüsse ...** 12

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 13

- **Gesetzgebungskalender** 14

- **Kurzmeldungen** 21



ams-Interview: Dr. Antje Schwinger, Leiterin des Forschungsbereichs Pflege im WIdO

Pflege-Report 2020: Die ambulante Pflege im Blick behalten

03.09.20 (ams). Die hohen und teilweise stark gestiegenen Eigenanteile von Pflegebedürftigen in vollstationäre Pflegeeinrichtungen spielen eine zentrale Rolle in der Debatte zur künftigen Pflegefinanzierung. Dabei wird oft vergessen, dass drei von vier Pflegebedürftigen zu Hause versorgt werden. „Es greift deshalb zu kurz, bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nur über eine Begrenzung dieser Eigenanteile zu sprechen“, sagt Dr. Antje Schwinger, Leiterin des Forschungsbereichs Pflege im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams). Bestätigt sieht sich die Mitherausgeberin des Pflege-Reports 2020 durch eine Online-Befragung des WIdO unter rund 1.000 Personen, die einen pflegebedürftigen Menschen allein oder hauptsächlich betreuen.



Dr. Antje Schwinger
leitet den Forschungsbereich
Pflege im Wissenschaftlichen
Institut der AOK (WIdO)

Frau Schwinger, wie hoch ist die finanzielle Belastung pflegebedürftiger Menschen beziehungsweise pflegender Angehöriger, die zum Beispiel Vater oder Mutter zu Hause pflegen?

Schwinger: Unsere Umfrage hat gezeigt, dass überhaupt nur jeder vierte Pflegebedürftige selbst finanzielle Eigenaufwendungen für Pflege und Betreuung trägt. Die liegen dann im Schnitt bei 250 Euro pro Monat. Im Vergleich dazu sind die finanziellen Belastungen in der vollstationären Pflege mit im Schnitt 775 Euro mehr als dreimal so hoch. 60 Prozent der Befragten nutzen demnach Sachleistungen der Pflegeversicherung wie einen Pflegedienst, Tagespflege sowie Kurzzeit- oder Verhinderungspflege. Von denen muss die Mehrzahl keine Zuzahlungen leisten. Lediglich rund 40 Prozent tragen einen Eigenanteil von rund 200 Euro pro Monat. Nur fünf Prozent aller Befragten gaben an, zusätzlich weitere private Hilfen zu finanzieren.

Welche Rolle spielt der persönliche Geldbeutel bei der Nutzung von selbst finanzierten Pflegeleistungen?

Schwinger: Wir konnten in unserer Studie keine statistisch belegbaren Tendenzen sehen, dass Personengruppen mit hohem Einkommen mehr Pflegehilfe einkaufen. Es gibt eine Sondergruppe, die wir herausgerechnet haben. Das sind Personen, die ein 24-Stunden-Pflege-Arrangement nutzen. Die 24-Stunden-Pflege wird zumeist dadurch ermöglicht, dass Arbeitskräfte, oftmals aus osteuropäischen EU-Ländern, als sogenannte Live-ins für einige Wochen oder Monate in dem Pflegehaushalt wohnen. Als Kosten werden rund 2.300 Euro als monatlicher Rechnungsbetrag angegeben. Der Anteil Haushalte, die ein 24-Stunden-Pflege-Arrangement nutzen, liegt unter den Umfrageteilnehmern bei etwas mehr als acht Prozent.

Wer sind denn dann die übrigen mehr als 90 Prozent?

Schwinger: In der Untersuchung haben wir Personen in Deutschland ab 18 Jahren berücksichtigt, die nach eigenen Angaben Hauptpflegeperson einer pflegebedürftigen Person mit



anerkanntem Pflegegrad sind und diese Person zu Hause pflegen. Die Ergebnisse der Studie sind so gewichtet, dass sie nach Pflegeschwere, Alters- und Geschlechtsverteilung bundesweit repräsentativ sind. Bei der Interpretation der Ergebnisse haben wir auch berücksichtigt, dass aufgrund des Online-Zugangs die Zahl der Teilnehmer mit einem höheren Bildungsniveau sowie der Erwerbstätigen unter den Hauptpflegepersonen höher ist. Haushalte, in denen Pflegebedürftige und Hauptpflegeperson zusammenleben, sind außerdem weniger vertreten.

Sie haben ja bei den befragten Hauptpflegepersonen erhebliche Belastungen festgestellt. Sind pflegende Angehörige also die idealistischeren Menschen?

Schwinger: Das kann man sicherlich nicht so sagen, und es würde auch den vielen professionellen Pflegekräften nicht gerecht, die außergewöhnliche Arbeit unter nicht immer leichten Bedingungen leisten. Was man aber sagen kann ist, dass pflegende Angehörige erhebliche Eigenleistungen in Form von Pflege und Betreuung einbringen. Im Mittel liegt der Pflege- und Betreuungsbedarf in den befragten Haushalten bei täglich rund achteinhalb Stunden. Etwa sechs Stunden und damit fast drei Viertel davon übernimmt die Haupt-Pflegeperson. Freunde und andere nicht bezahlte Personen decken weitere anderthalb Stunden ab. Eine knappe dreiviertel Stunde täglich übernehmen Pflegedienste oder werden in Form anderer Sachleistungen der Pflegeversicherung erbracht.

Sie sagen, sechs der knapp neun Stunden Betreuungszeit liegen bei einem pflegenden Angehörigen. Wie verteilen sich diese sechs Stunden?

Schwinger: Jeweils gut zwei Stunden pro Tag entfallen auf Pflege beziehungsweise weitere Betreuung. Hinzu kommt im Schnitt noch etwas mehr als eine halbe Stunde in der Nacht. Hilfe bei der Haushaltsführung macht rund anderthalb Stunden aus. Allerdings zeigen die Ergebnisse auch unterschiedliche Belastungshöhen – sowohl zeitlich als auch subjektiv. Bis zu 50 Prozent der pflegenden Angehörigen sind rund vier Stunden im Einsatz. Jeder vierte Haushalt kommt auf mindestens siebeneinhalb Stunden.

Auch die subjektiv wahrgenommene Belastung ist erheblich – wie haben Sie die gemessen?

Schwinger: Mit Hilfe der sogenannten „Häuslichen-Pflege-Skala“ – kurz HPS. Die HPS beinhaltet unter anderem Fragen zur körperlichen Erschöpfung, zur Lebenszufriedenheit und zur psychischen Belastung. Knapp 26 Prozent aller befragten Pflegepersonen sind danach hoch belastet. Dabei verschärft sich die subjektive Belastungssituation für Haushalte, in denen ein demenziell erkrankter Mensch oder mit einem Pflegegrad von drei bis fünf lebt. Hier kommen mitunter zehn und mehr Stunden pro Tag zusammen. Jeder zehnte Haushalt gibt sogar an, fast rund um die Uhr im Einsatz zu sein.

Nun hat der Gesetzgeber die Leistungsangebote der Pflegeversicherung in den vergangenen Jahren deutlich ausgeweitet. Zur Entlastung der Betroffenen hat das aber offensichtlich kaum beigetragen. Was sagt das über die Reformbemühungen?

Schwinger: Bemerkenswert ist zumindest, dass frühere Befragungen wesentlich geringere Anteile von Angehörigen mit hoher Belastung ausgewiesen haben. Insgesamt ist das Bild sehr heterogen. Mit Blick auf die anstehende Weiterentwicklung der Pflegeversicherung



lässt sich wohl sagen, dass eine isolierte Diskussion um die Begrenzung finanzieller Eigenanteile in der vollstationären Pflege zu kurz greift, denn auch ambulant bestehen erhebliche Belastungen – und die sind eben nicht primär finanzieller Art. Anstatt die Leistungen in erster Linie davon abhängig zu machen, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden, sollte vielmehr die Bedarfssituation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gezielt in den Fokus genommen werden. Die Leistungen und Hilfen der Pflegeversicherung müssen noch stärker differenziert und gezielt den Haushalten gewährt werden, die einen besonders hohen Bedarf haben oder sich sogar in einer Krisensituation befinden.

Was sind denn laut Ihrer Befragung die Wünsche der Betroffenen selbst?

Schwinger: Die Hälfte der Befragten wünscht sich mehr Unterstützung – bezahlt oder unbezahlt – für die Bereiche „Körperpflege, Ernährung und Mobilität“, „Betreuung und Beschäftigung im Alltag“ sowie „Hilfe bei der Führung des Haushaltes“. Bei den Haupt-Pflegepersonen mit einer hohen subjektiven Belastung sind es sogar 75 Prozent.

DER PFEGE-REPORT 2020 DES WIDO
ZUM KOSTENLOSEN DOWNLOAD:

www.wido

> Aktuelles > Pflege-Report 2020





Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Wildwuchs bei neuen Dienstleistungen

11.09.20 (ams) Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheke“ sollen in erster Linie ortsnahe Apotheken in der Fläche gefördert werden. Das Ziel ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes richtig, der Weg dorthin aber in Teilen fragwürdig. So sei völlig unklar und intransparent, was sich konkret hinter den „pharmazeutischen Dienstleistungen“ verberge, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und deutsche Apothekerschaft künftig aushandeln sollen. Es werde nicht einmal im Nachgang für GKV ersichtlich, welcher Versicherte tatsächlich welche Leistung erhalten habe, warnt die AOK. Der Kassenverband spricht seiner Stellungnahme zur Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages von Wildwuchs.

„Neue Angebote sollten sich am konkreten Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten orientieren und einen echten Mehrwert mit sich bringen“, heißt es in dem Papier. Mit dem Gesetz will die Bundesregierung „die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch ortsnahe Apotheken stärken“ und für einen „fairen Wettbewerb“ zwischen ausländischen Versandapotheken und heimischen Präsenzapotheken sorgen. Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, dass die Krankenkassen den als Corona-Sonderregelung eingeführten Botendienst der Präsenzapotheken dauerhaft finanzieren. Wegen ungeklärter europarechtlicher Fragen lag ein früherer Gesetzentwurf der Bundesregierung seit Mitte 2019 auf Eis. „Aus Sicht der EU-Kommission verstoßen die Pläne gegen EU-Wettbewerbsrecht. Eine Klärung hat sich durch den Amtswechsel bei der EU-Kommission und durch die Corona-Pandemie verzögert“, erläuterte der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente.

1. Lesung im Bundestag

Der Bundestag hat jetzt am 11. September 2020 in erster Lesung über das Gesetz debattiert. Dabei gehe es insbesondere darum, Boni- oder Rabattangebote europäischer Versandapotheken für rezeptpflichtige Medikamente zu unterbinden, sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in seiner Rede zur Einbringung des Gesetzes. „Wir wollen kein Wild-West mehr beim Bonus“, erklärte der CDU-Politiker. Die Präsenzapotheken hätten während der Corona-Pandemie unter Beweis gestellt, wie wichtig Beratung und Service vor Ort seien. Nach Angaben der FDP-Gesundheitsexpertin Christine Aschenberg-Dugnus gab es bis einschließlich Juli dieses Jahres zwar neun Gespräche zwischen Berlin und Brüssel, aber noch keine Einigung. „Das Gesetz ist deshalb weiter europarechtswidrig“, entgegnete sie dem Minister. Aschenberg-Dugnus warf der Bundesregierung vor, das Rabatt-Thema hochzuspielen. Versandapotheken hätten in Deutschland einen Marktanteil von nur einem Prozent bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. „Der Erhalt der Vor-Ort-Apotheken wird nicht durch Boni gefährdet“, stellte Aschenberg-Dugnus klar.

Der Gesetzentwurf beinhaltet außerdem mehr Geld für den Notdienst. Als Beispiel für die „neuen Dienstleistungen“ der Apotheken nannte Spahn „eine intensive pharmazeutische Betreuung bei einer Krebstherapie oder die Arzneimittelversorgung von pflegebedürftigen



Patienten in häuslicher Umgebung“. Neue Leistungen soll die gesetzliche Krankenversicherung künftig mit jährlich 150 Millionen Euro zusätzlich vergüten. Inklusive Mehrwertsteuer seien dies etwa 178,5 Millionen Euro, rechnet der AOK Bundesverband in seiner Stellungnahme vor. Am 16. September ist der Gesetzentwurf Gegenstand einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages.

**DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES
ZUM GESETZENTWURF:**

www.aok-bv.de
> Positionen > Stellungnahmen





Versorgungsverbesserungsgesetz

Neuer Schwung für Selektivverträge und vertane Chancen in der Pflege

28.08.20 (ams). Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) soll die gesundheitliche und pflegerische Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftige verbessert werden. Das GPVG regelt ein ganzes Bündel unterschiedlicher Sachverhalte. Um regionalen Versorgungsbedürfnissen besser Rechnung zu tragen, sollen zum einen die Möglichkeiten von Selektivverträgen erweitert werden. Zum anderen soll sich durch die Förderung zusätzlicher Hebammenstellen die Versorgung Schwangerer verbessern.

Der Referentenentwurf sieht drittens vor, die Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung ländlicher Krankenhäuser mit Sicherungszuschlägen einzubeziehen. Schließlich soll die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen besser werden. Darüberhinaus geht es um pandemiebedingte Sonderregelungen im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) und im Pflegezeitgesetz sowie um die Abrechnung gewährter Liquiditätshilfen für Zahnärzte während der Pandemie. Weil die entsprechende Verordnung spätestens zum 30. März 2021 ausläuft, bedarf es einer Rechtsgrundlag, um Rückzahlungen zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen zu vereinbaren.

Versorgung im Sinne der Patienten und regional gestalten

Der AOK-Bundesverband begrüßt in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf das grundsätzliche Ziel der Bundesregierung, „mit dezentralen und flexiblen Lösungen den Wettbewerb in der Versorgung zu stärken und die personelle Situation in der stationären Langzeitpflege zu verbessern. Sie können helfen, die Versorgungsbedarfe im Sinne der Patienten und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörige je nach regionalen Rahmenbedingungen zu gestalten“, heißt es in der Stellungnahme.

Dazu zählt der AOK-Bundesverband die Möglichkeit, dass Krankenkassen künftig Selektivverträge auch gemeinsam abschließen oder bestehenden Verträgen beitreten können. Als ebenfalls positiv bewertet die AOK, dass „auch nichtärztliche Leistungserbringer und deren Gemeinschaften als Vertragspartner in Frage kommen“. Regionalen und innovativen Versorgungsformen könne somit stärker Rechnung getragen werden. Gleiches gelte für die Option, künftig nicht nur mit der Pflegeversicherung, sondern auch mit anderen Sozialversicherungsträgern Versorgungsverträge schließen zu können. Die vorgesehene Einbindung privater Kranken- und Pflegeversicherungen hält der AOK-Bundesverband für „nicht sachgerecht“. Ein gemeinsamer Vertragsschluss beschädige den „Wettbewerb der Systeme“ zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die verpflichtende Umwandlung sogenannter Altverträge lehnt die AOK insbesondere wegen des bürokratischen Aufwands „ohne nennenswerten Mehrwert“ ab.



Das geplante Hebammenförderprogramm ist für die AOK grundsätzlich „nicht das geeignete Mittel, um Engpässe in der Geburtshilfe dauerhaft zu beheben“. Zielführender sei eine fünfjährige Pflicht zur Weiterbildung wie bei Fachärzten. Um die Qualität der Versorgung zu stärken und eine leitlinienkonforme Behandlung zu gewährleisten, hält die AOK-Gemeinschaft auch die Förderung von einer Vollzeitstelle bei mindestens 800 Geburten für ein geeignetes Mittel. „Wichtig ist, dass bei der Evaluation über die Effekte dieser Fördermaßnahme nicht nur über die neu geschaffenen Stellen zu berichten ist“, schreibt die AOK in der Stellungnahme. Vielmehr müsse die qualitative Verbesserung der Versorgung, nachgewiesen werden. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) begründet das Förderprogramm mit einem eigenen Gutachten. Das habe aufgezeigt, dass zwar kein genereller Hebammenmangel vorliege, jedoch die Betreuungsrelationen von Hebammen und Entbindungspflegern zu Schwangeren regional sehr unterschiedlich ausfalle und gerade auf großen Geburtsstationen insbesondere in Großstädten immer wieder die Gefahr von Belastungsspitzen und Personalengpässen bestünde.

Sicherstellungszuschläge werden dem Problem nicht gerecht

Damit Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, die künftig in die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen einbezogen werden, bereits im Jahr 2021 von der pauschalen Förderung von 400.000 Euro jährlich profitieren, soll die bereits vereinbarte Krankenhäuserliste einmalig bis zum 31. Dezember 2020 erweitert werden. Nach geltender Rechtslage erstellen die Vertragsparteien auf Bundesebene diese Liste bis zum 30. Juni. Das wird der originären Problemstellung aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht gerecht. Wie auch in anderen Bereichen der stationären Versorgung seien Zentralisierung und Spezialisierung von Leistungen auch in der Pädiatrie aus Qualitätsgründen unerlässlich. Ambulante und stationäre Versorgungsanteile in der Fläche müssten demnach in integrierten Strukturen zusammengefasst werden. Kinder und Jugendliche würden dann überwiegend ambulant versorgt und gegebenenfalls für ein bis drei Tage auch stationär behandelt. Damit diese Versorgungsformen auch realisiert werden könnten, sei eine ausreichende Finanzierung durch die Länder sicherzustellen.

Der Plan, mit der Förderung von 20.000 zusätzlichen Assistenz- und Hilfskraftstellen der Arbeitsverdichtung in vollstationären Pflegeeinrichtungen entgegenzuwirken, wird begrüßt, greift nach Meinung der AOK zu kurz. Der Gesetzgeber berücksichtige wie schon im Krankenhaus nicht die tatsächliche Situation in den Pflegeeinrichtungen. „Wie bereits beim Förderprogramm zur Finanzierung der 13.000 Stellen, vergibt er daher ein weiteres Mal die Chance für ein gezieltes Förderverfahren.“

DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES ZUM REFERENTENENTWURF:

www.aok-bv.de
> Positionen > Stellungnahmen

WEITERE HINWEISE ZUM THEMA „WETTBEWERB“:

www.aok-bv.de > AOK-Medienservice
ams-Politik 03/17
ams-Politik 12/17





ams-nachgefragt: David Scheller-Kreinsen, AOK-Bundesverband

Ist der Pflegebonus im Krankenhaus eine gute Idee, Herr Scheller-Kreinsen?

09.09.20 (ams). „Die zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung geeinten Positionen zum Pflegebonus gehen in die richtige Richtung. Wesentlich ist, dass man sich auf eine differenzierte Perspektive einigen konnte. Es wird damit anerkannt, dass eben nicht alle Krankenhäuser in gleicher Weise an der Pandemiebekämpfung beteiligt waren: Vor allem die gut ausgerüsteten Maximalversorger und Unikliniken haben zur Bewältigung der Krise beigetragen. 70 Prozent der Covid-Patienten wurden von zirka 25 Prozent der Krankenhäuser versorgt. Es muss jetzt sichergestellt werden, dass das Geld dort ankommt, wo wir Belastungsspitzen gesehen haben: Bei den Pflegenden in den Kliniken, die sich an der Covid-Versorgung beteiligt haben.“



David Scheller-Kreinsen
leitet das Referat
Stationäre Versorgung
im AOK-Bundesverband

DIE GEMEINSAME ERKLÄRUNG DES GKV-SPITZENVERBANDES UND DER DEUTSCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT:

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

www.dkgev.de
> Presse > Pressemitteilung





EU-Ticker

Rückschlag für Impfstoff-Studie von EU-Vertragspartner AstraZeneca

14.09.20 (ams). Nach der Erkrankung einer Testperson hat der britisch-schwedische Pharmakonzern AstraZeneca die klinische Testphase für seinen möglichen Covid-19-Impfstoff vorsorglich unterbrochen. Vorstandschef Pascal Soriot zeigte sich zuversichtlich, dass die Studie fortgesetzt werden könne. Dann sei noch vor Jahresende klar, ob der Impfstoff vor dem Virus schütze. „Die Unterbrechung zeigt, dass die Behörden in Europa und die Unternehmen vorsichtig vorgehen und keine unnötigen Risiken bei der Entwicklung des Impfstoffs eingehen“, sagte der Europaparlamentarier und Arzt Peter Liese (CDU) dem AOK-Magazin „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G). AstraZeneca ist das erste Unternehmen, mit dem die EU-Kommission einen festen Impfstoff-Liefervertrag abgeschlossen hat. Nach Angaben von EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides sind außerdem die Verträge mit den Pharmaunternehmen Sanofi, Johnson & Johnson, CureVac und Moderna unterschriftsreif. Nach Mitteilung der EU-Kommission wurden am 9. September auch die Vorgespräche mit dem deutschen Pharmaunternehmen BioNTech und dessen US-Partner Pfizer erfolgreich abgeschlossen. Nach der ebenfalls am 9. September bekanntgegebenen Genehmigung durch das Paul-Ehrlich-Institut dürfen die beiden Unternehmen mit der klinischen Phase-II-III-Prüfung eines Covid-19-Impfstoffs in Deutschland beginnen.

INFORMATIONEN ZU WEITEREN VERTRÄGEN:

www.ec.europa.eu
> [Alle Nachrichten](#)



Budget für Impfstoff-Vorsorge wird aufgestockt

14.09.20 (ams). Die EU-Gesundheitsminister haben in einer Videokonferenz über das weitere gemeinsame Vorgehen bei der Impfstoff-Vorsorge und einheitliche Vorgaben für Corona-Tests und Quarantänezeiten beim Reiseverkehr innerhalb der Union beraten. Nach Angaben des amtierenden Ratsvorsitzenden, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, haben sich die Ressortchefs auf eine generelle Quarantäne von mindestens zehn Tagen bei der Einreise aus einem Risikogebiet verständigt. Der Rat beschloss zudem die Aufstockung des EU-Budgets zur Impfstoff-Versorgung um 750 Millionen Euro. Bisher seien für Verträge mit Impfstoff-Herstellern 2,15 Milliarden Euro im EU-Haushalt reserviert, sagte Spahn nach der Konferenz. Es gehe darum, verschiedene Anbieter, Technologien und Zeitpläne im Portfolio zu haben. „Fest steht: Wir wollen für alle 27 Länder einen gleichberechtigten Zugang zum selben Zeitpunkt und auch fair verteilt. Dafür garantieren wir schon heute den Firmen einen Preis und eine Vorabfinanzierung für Produktion und Entwicklung“, unterstrich der deutsche Gesundheitsminister. Als Vorlage für den Ministerrat stellte die EU-Kommission ein Konzept für ein koordiniertes Vorgehen bei Corona-Tests und Entscheidungen über Reisebeschränkungen vor. Danach sollen die Mitgliedstaaten ihre Test-Daten wöchentlich an das



„Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten“ (ECDC) weiterleiten. Das ECDC soll dann wöchentlich eine aktuelle Karte mit farblich gekennzeichneten Risikostufen veröffentlichen.

DIE PRESSEKONFERENZ IM VIDEO:

www.youtube.de

> Pressekonferenz: Rat der EU-Gesundheitsminister



INFORMATIONEN ZUM KONZEPT FÜR EIN KOORDINIERTES VORGEHEN:

www.ec.europa.eu

> Alle Nachrichten

Pharmakonzerne verpflichten sich zu Corona-Forschungsstandards

14.09.20 (ams). Neun führende westliche Pharmakonzerne haben sich in einer gemeinsamen Erklärung dazu verpflichtet, bei der Entwicklung von Corona-Impfstoffen und bei klinischen Studien hohe ethische und wissenschaftliche Standards einzuhalten. Der Sicherheit und dem Wohlbefinden von geimpften Personen müsse oberste Priorität eingeräumt werden, heißt es in dem Papier. „Eine Zulassung oder Notfallgenehmigung für einen Impfstoff wollen die beteiligten Firmen erst dann beantragen, wenn Sicherheit und Wirksamkeit durch eine klinische Phase-3-Studie gemäß den Vorgaben der US-amerikanischen ‚Food and Drug Administration‘ (FDA) nachgewiesen sind“, erläutert der AOK-Europaexperte Evert Jan van Lente. Nach seiner Einschätzung geht es den Unternehmen nicht zuletzt darum, „sich in einer angespannten Wettbewerbssituation gemeinsam gegen politischen Druck bei der Impfstoff-Entwicklung abzusichern“. Dem Bündnis gehören die Firmen AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Merck & Co., Moderna, Novavax, Sanofi sowie die Mainzer Firma BioNTech und ihr US-Partner Pfizer an.

GEMEINSAME ERKLÄRUNG VOM 08.09.20

<http://www.news.sanofi.us>

< Media



Bürger-Vorschläge sollen in EU-Forschungsprogramm einfließen

14.09.20 (ams). Die Europäische Kommission hat alle Bürgerinnen und Bürger aufgerufen, ihre Ideen für die künftigen Schwerpunkte der Forschungsförderung einzubringen. „Konkret geht es dabei um Ideen für neue EU-Initiativen, um den Klimawandel zu bewältigen, den Krebs zu bekämpfen, grüne Städte zu bauen und Ozeane und Böden gesünder zu machen“, heißt es in dem Aufruf der EU-Kommissarin für Innovation und Forschung, Mariya Gabriel. Die Ideen sollen in neue Förderformen innerhalb des Forschungsprogramms „Horizon Europe“ einfließen.

MEHR INFORMATIONEN ZUM AUFRUF VON MARIYA GABRIEL

<https://ec.europa.eu/germany>





Zahl des Monats

15.500 ausländische Berufsabschlüsse ...

11.09.20 (ams) ... in der Gesundheits- und Krankenpflege sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2019 von den zuständigen Stellen in Deutschland anerkannt worden. Das ist ein Plus von fast 50 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Seit 2016 hat sich die Zahl der Anerkennungen in diesem Berufsfeld demnach annähernd verdreifacht. Die Philippinen, Bosnien und Herzegowina sowie Albanien waren dabei die häufigsten Ausbildungsstaaten außerhalb der Europäischen Union. 7.400 Personen erhielten eine Anerkennung als Arzt oder Ärztin. Im Jahr 2019 sind insgesamt 57.000 Anerkennungsanträge für ausländische Berufsabschlüsse gestellt worden. 42.500 davon wurden als vollständig oder eingeschränkt gleichwertig zu einer in Deutschland erworbenen Qualifikation anerkannt, die meisten davon aus Syrien.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.desatis.de > Presse





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Überarbeitete Heilmittel-Richtlinie kommt drei Monate später

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat beschlossen, das Inkrafttreten der umfassend überarbeiteten Heilmittel-Richtlinie um ein Quartal zu verschieben. Neuer Stichtag ist damit der 1. Januar 2021. Der Beschluss ist eine Reaktion auf einen Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Demnach hätten bisher nur wenige Anbieter das notwendige Zertifizierungsverfahren für die entsprechend angepasste Praxissoftware durchlaufen. Die KBV befürchtet nach Angaben des GBA, dass die aktualisierte Software am 1. Oktober 2020 nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Fehlerhafte Heilmittelverordnungen wiederum führten zu einem erhöhten Prüfaufwand bei den Heilmittelerbringern. Um die Neuerungen in der Heilmittelversorgung trotz der Verzögerung in der vertragsärztlichen Versorgung einheitlich zu etablieren, hat der GBA im Hinblick auf die überarbeitete Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte einen Folgebeschluss gefasst: Auch diese wird erst am 1. Januar 2021 in Kraft treten. Nach Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Mai 2019 hatte der GBA die Heilmittel-Richtlinie sowie die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte an die gesetzlichen Änderungen angepasst. Zu den wichtigsten Neuerungen gehört, dass die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge an Behandlungseinheiten bei Verordnungen nur noch als Orientierung gilt. Sofern medizinisch erforderlich, können weitere Einheiten auch ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse verordnet werden. Neben gesetzlich notwendigen Anpassungen verlängerte der G-BA zudem die Gültigkeit von Heilmittelverordnungen von 14 auf 28 Tage.

WEITERE INFORMATIONEN ZU BESCHLÜSSEN
UND ZUR ARBEIT DES GBA

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Der Deutsche Bundestag ist aus der politischen Sommerpause zurück. Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und dem „Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege“ (GPVG) liegen zwei neue Entwürfe aus der Spahn'schen Gesetzesschmiede auf dem Tisch. Die sogenannte „Formulierungshilfe für die Fraktionen für einen Gesetzentwurf aus der Mitte des Deutschen Bundestages“ zum KHZG hat bereits das Bundeskabinett, die erste Lesung im Deutschen Bundestag sowie die anschließende Anhörung im Gesundheitsausschuss im Schnellverfahren durchlaufen. Das GPVG steht Ende September auf der Tagesordnung des Kabinetts. Außerdem kommt Bewegung ins „Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken“. Diese und ältere Gesetze (Stand: 15. September 2020) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)

Der Koalitionsausschuss hat sich Anfang Juni 2020 auf ein „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ geeinigt. Dafür will die Bundesregierung drei Milliarden Euro aus dem Bundeshaushalt über einen Krankenhauszukunftsfonds für eine modernere Ausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung stellen. Dazu zählen laut Entwurf sowohl moderne Notfallkapazitäten als auch eine bessere interne und auch sektorenbergreifende Versorgung, Ablauforganisation, Kommunikation, Telemedizin, Robotik, Hightechmedizin und Dokumentation. Darüber hinaus soll Geld in die IT- und Cybersicherheit sowie in die gezielte Entwicklung und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen fließen, sowohl für den Normalbetrieb genauso wie für Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abgestimmt. Im Wege der Ko-Finanzierung durch die Länder und die Krankenträger sollen weitere 1,3 Milliarden Euro hinzukommen.

Die Umsetzung erfolgt dem Gesetzentwurf zufolge über die Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds, der bereits vor einigen Jahren zur Investitionsförderung zur Verbesserung regionaler stationärer Versorgungsstrukturen gebildet wurde. Die Verteilung der zusätzlichen Mittel soll schließlich analog zu den geltenden Regelungen des bestehenden Strukturfonds erfolgen. Zur Vermeidung von Überschneidungen zwischen dem Krankenhauszukunftsfonds und dem geltenden Krankenhausstrukturfonds sieht der Gesetzentwurf vor, die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds um zwei Jahre zu verlängern.

Daneben enthält der Entwurf noch Regelungen für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Mindestvorgaben im Bereich der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Hier wird der Bettenbezug als ausschließlicher Maßstab gestrichen, um die notwendige Flexibilität zu ermöglichen.

Außerdem wird die bisher in der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung geregelte Vergütung für den Botendienst der Apotheken verstetigt und von fünf Euro auf 2,50 Euro je Botendienst gesenkt. Schließlich sollen die für das Jahr 2020 unterjährig übermittelten Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser in anonymisierter und zusammengefasster



Form veröffentlicht werden, um diese insbesondere der Selbstverwaltung und der Wissenschaft zur Untersuchung der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zugänglich zu machen.

Mit dem KHZG sollen auch weitere Vorschläge des Expertenbeirats des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Überprüfung der Maßnahmen des Krankenhaus-Rettungsschirms umgesetzt werden. Dabei geht es insbesondere um einen gezielteren Ausgleich von Erlösausfällen durch die Corona-Krise. Der Beirat geht davon aus, dass die Folgen für die Krankenhäuser regional und krankenhausespezifisch unterschiedlich ausfallen. Die Experten haben deshalb empfohlen, die jeweiligen Vertragsparteien vor Ort über den krankenhausespezifischen Ausgleich von Erlösrückgängen verhandeln zu lassen.

Außerdem geht es um die Finanzierung von Schutzausrüstung und anderen Corona-Mehrkosten, die den Krankenhäusern bei voll- oder teilstationären Behandlungen entstehen. Soweit solche Mehrkosten nicht anderweitig finanziert werden, sollen die Kliniken laut BMG zeitlich befristet Zuschläge mit den Krankenkassen vereinbaren können. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband sollen dazu bundeseinheitliche Rahmenbedingungen festlegen.

Um das Gesetzgebungsverfahren zu beschleunigen, hat die Bundesregierung den Weg des Gesetzentwurfs „aus der Mitte des Bundestages“ gewählt. Somit entfällt die Verbändeanhörung im Bundesgesundheitsministerium und erst nach der zweiten und dritten Lesung erfolgt die Beteiligung des Bundesrates, der bei Gesetzesinitiativen der Bundesregierung noch vor der ersten Lesung den Gesetzentwurf erstmals berät. Die erste Lesung hat bereits am 10. September stattgefunden, und nur vier Tage später die Anhörung im Gesundheitsausschuss. Bereits für 17. September ist die zweite und dritte Lesung im Bundestag angesetzt. Abschließend steht das Gesetz am 9. Oktober auf der Tagesordnung des Bundesrates.

[GESETZENTWURF VON CDU/CSU UND SPD:](#)

dipbt.bundestag.de

> [Dokumente](#) > [Drucksache 19/22126](#)



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

Der Deutsche Bundestag hat das PDSG am 3. Juli in zweiter und dritter Lesung im Bundestag verabschiedet. Am 18. September wird das nicht zustimmungspflichtige Gesetz abschließend im Bundesrat beraten. Das Gesetz verfolgt zwei grundsätzliche Ziele: digitale Lösungen schnell an den Patienten zu bringen und dabei sensible Gesundheitsdaten zu schützen. Das PDSG konkretisiert die datenschutzrechtlichen Anforderungen, die sich aus dem Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) ergeben. Die jetzt vorgelegten Regelungen sollen schrittweise erweitert und stetig dem technologischen Fortschritt angepasst werden. Mit dem Gesetz stellt die Bundesregierung klar, dass die elektronische Patientenakte (ePA) als eine versicherungsführte elektronische Akte vorgesehen ist, deren Nutzung für die Versicherten freiwillig ist. Krankenkassen müssen ihren Versicherten ab 1. Januar 2021 eine ePA anbieten.

Das DVG hatte bereits festgelegt, dass Krankenkassen ihren Versicherten ab 2021 eine ePA zur Verfügung stellen müssen. Auch die technischen Rahmenbedingungen zur Nutzung des mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) eingeführten elektronischen Rezepts (E-Rezept) werden geregelt. Schließlich sollen Facharzt-Überweisun-



gen künftig auch digital übermittelt werden können. All diese Vorgänge werden über die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen (TI) abgewickelt. Der Gesetzentwurf nennt „Patientensouveränität“ als wichtigsten Anspruch.

Das heißt im Einzelnen:

Der Patient allein entscheidet, welche Daten dort gespeichert und wieder gelöscht werden. Er entscheidet auch in jedem einzelnen Fall, wer auf die ePA zugreifen darf. Ab 2022 sollen Versicherte die Möglichkeit haben, über ihr Smartphone oder Tablet für jedes einzelne gespeicherte Dokument festzulegen, wer darauf Zugriff hat. So können Patienten künftig entscheiden, dass etwa ein Zahnarzt seinen Befund hochladen und bearbeiten darf, das vom Orthopäden hinterlegte Röntgenbild aber nicht sieht und umgekehrt.

Patienten, die kein Smartphone oder Tablet haben, müssen dennoch die Möglichkeit bekommen, die ePA zu nutzen, etwa in der Filiale ihrer Krankenkasse. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ab 2022 geeignete Geräte zur Verfügung zu stellen und den Zugang zur ePA zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband kann Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesvereinigung der Apothekerverbände schließen, wonach Terminals auch in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken aufgestellt werden können. Ab 2022 muss jede Krankenkasse eine Ombudsstelle einrichten, an die sich Versicherte mit ihren Fragen und Anliegen im Zusammenhang mit der ePA wenden können. Ab 2023 haben Versicherte darüberhinaus die Möglichkeit, eine „Datenspende“ zu leisten, das heißt ihre ePA-Daten freiwillig der Forschung zur Verfügung zu stellen.

Zunächst soll die ePA mit Befunden, Arztberichten und Röntgenbildern befüllt werden. Ab 2022 lassen sich dort auch Impfausweis, Mutterpass, das gelbe Heft für die Kinderuntersuchungen sowie das Bonusheft für den Zahnarzt hinterlegen. Die Versicherten erhalten mit dem PDSG einen Anspruch darauf, dass ihre Ärztin beziehungsweise ihr Arzt Daten in die ePA einträgt. Für die Verwaltung und Erstbefüllung der Akte erhalten Ärzte ein Honorar. Bei einem Kassenwechsel können Versicherte ihre Daten aus der ePA übertragen lassen. Das E-Rezept soll über eine App auf das Smartphone des Versicherten geladen werden können. Der Patient kann es dann in einer Apotheke seiner Wahl – auch online – einlösen. Die App soll im Laufe des Jahres 2021 zur Verfügung stehen. Wer sein Rezept in einer anderen App speichern will, kann es dorthin weiterleiten. Auch Überweisungen zum Facharzt sollen auf diesem Wege übermittelt werden können.

Das Gesetz sieht darüberhinaus allgemeine Regeln für Datenschutz und -sicherheit vor. So ist jeder Nutzer der TI – egal ob Arzt, Krankenhaus oder Apotheker – für den Schutz der von ihm verarbeiteten Patientendaten verantwortlich. Betreiber von Diensten und Komponenten der TI werden unter Androhung eines Bußgeldes von bis zu 250.000 Euro dazu verpflichtet, Störungen und Sicherheitslücken unverzüglich an die Gesellschaft für Telematik-anwendungen der Gesundheitskarte (gematik) zu melden. Für Patientenakten auf Papier gilt schon jetzt ein sogenannter Beschlagnahmeschutz. Im Falle polizeilicher Ermittlungen muss kein Arzt die Daten seiner Patienten herausgeben. Diese Regeln sollen künftig auch für die ePA gelten.

DIE BESCHLUSSEMPFEHLUNG:

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





Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Der Fortgang der Beratungen ist weiterhin offen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte am 10. Januar den Referentenentwurf für das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Die Fachanhörung des Ministeriums war am 17. Februar. Das Gesetz soll dafür sorgen, die bisher weitgehend getrennt organisierten Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System weiter zu entwickeln. Ziele der engeren Verzahnung sind eine bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten, kürzere Wartezeiten, ein effizienterer Einsatz von Personal und Geld sowie damit verbunden eine höhere Gesamtqualität der medizinischen Notfallversorgung. Der Entwurf sieht drei wesentliche Maßnahmen vor: ein gemeinsames Notfalleitsystem (GNL), integrierte Notfallzentren (INZ) und die Etablierung des Rettungsdienstes als eigenständiger GKV-Leistungsbereich.

Das GNL bekäme demnach die zentrale telefonische Lotsenfunktion für die integrierte medizinische Notfallversorgung zugewiesen. Es wäre in lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Situationen über die Rettungsnummer 112 und in allen anderen Fällen unter der Bereitschaftsdienstnummer der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) rund um die Uhr erreichbar. Das GNL nimmt laut Referentenentwurf nach fachlichen Standards eine erste Einschätzung zum Versorgungsbedarf des Patienten vor und koordiniert auf Basis dessen Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung. Die Kooperation aller Beteiligten soll sich im Wesentlichen auf eine digitale Vernetzung stützen.

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

Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder wird laut Entwurf als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährt. Damit kommt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einer langjährigen Forderung der Länder nach. Der Referentenentwurf greift zurück auf den Mitte 2019 vorgestellten Diskussionsentwurf des BMG. Die aktuelle Fassung ist allerdings so gestaltet, dass der Bundesrat nicht mehr zustimmen müsste. Ausgangspunkt der Debatte sind Vorschläge aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom Juli 2018.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Notfallversorgung

DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

www.aok-bv.de
> Positionen > Stellungnahmen





Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Nachdem das Gesetz fast ein Jahr auf Eis gelegen hat, hat die Bundesregierung ihren Entwurf am 11. September in erster Lesung in die parlamentarischen Beratungen eingebracht. Für den 16. September ist die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages angesetzt. Die Abstimmung mit der EU-Kommission läuft jedoch parallel weiter, da der Gesetzentwurf auch eine Preisbindung für den Arzneimittelversandhandel durch ausländische Apotheken beinhaltet. Schon durch die erst zum 1. Dezember erfolgte Amtsübernahme der neuen EU-Kommission hat sich dies verzögert. Bis zu einer Entscheidung ruht das Gesetzgebungsverfahren. Mit dem Gesetz will die Bundesregierung „die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch ortsnahe Apotheken stärken“. Sogenannte Vor-Ort-Apotheken sollen gefördert werden, unter anderem durch eine bessere Honorierung von Nacht- und Notdiensten. Zudem werden zur Kundenbindung zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen definiert. Als Beispiel nennt das Gesundheitsministerium die intensive pharmazeutische Betreuung bei einer Krebstherapie oder die Arzneimittelversorgung von pflegebedürftigen Patienten in häuslicher Umgebung.

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

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

GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG

dipbt.bundestag.de
> Dokumente > Drucksache 19/21732



STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES ZUM KABINETTSENTWURF:

www.aok-bv.de
> Positionen > Stellungnahmen



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

Für den 18. September steht die abschließende Beratung im Bundesrat an. Der Bundestag hatte das IPReG am 3. Juli in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Die Beschlussvorlage wurde tags zuvor im Gesundheitsausschuss noch einmal entscheidend geändert. Der Gesetzentwurf blieb während des gesamten Verfahrens in Teilen umstritten. Der ursprüngliche Gesetzentwurf sah vor, dass die Intensivpflege mit Beatmung in den eigenen vier Wänden nur noch die Ausnahme sein soll. Sozial- und Behindertenverbände sahen darin eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts von schwerst Pflegebedürftigen. Auch die zuletzt abgeschwächte Regelung war lange umstritten, weil auch sie in den Augen der Kritiker den Krankenkassen ermöglicht hätte, darüber zu entscheiden, ob ein Pflegebedürftiger noch zu



Hause behandelt wird oder in einer stationären Einrichtung. Am Ende stand ein Kompromiss im Gesundheitsausschuss. Im Gesetz heißt es nun, den „berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen“. Der Zusatz, „soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann“, wurde gestrichen. Sollte der Medizinische Dienst feststellen, dass die Versorgung am vom Pflegebedürftigen gewünschten Ort nicht sichergestellt ist, muss die Kasse mit dem Versicherten laut Beschlussvorlage eine „Zielvereinbarung über geeignete Nachbesserungsmaßnahmen“ abschließen.

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

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

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

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

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

DIE BESCHLUSSEMFEBLUNG:

dipbt.bundestag.de
> Dokumente > Drucksache 19/120720





Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG)

Das GPVG regelt ein ganzes Bündel unterschiedlicher Sachverhalte. Es geht zum einen um die Abrechnungen gewährter Liquiditätshilfen für Zahnärzte während der Pandemie. Um regionalen Versorgungsbedürfnissen besser Rechnung zu tragen, sollen die Möglichkeiten von Selektivverträgen erweitert werden. Drittens soll sich durch die Förderung zusätzlicher Hebammenstellen die Versorgung Schwangerer verbessern. Der Referentenentwurf sieht vor, die Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser einzubeziehen. Die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll besser werden. Darüberhinaus geht es um pandemiebedingte Sonderregelungen im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) und im Pflegezeitgesetz.

Um zu verhindern, dass Fallzahlrückgänge wegen der Corona-Pandemie zu Insolvenzen vertragszahnärztlicher Praxen führen, sieht die Covid-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung für 2020 unter anderem die Auszahlung von 90 Prozent der in 2019 von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung für vertragszahnärztliche Leistungen vor. Wurden für die im Voraus geleisteten Zahlungen am Ende keine Leistungen erbracht, müssen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen diese Liquiditätshilfen in den Jahren 2021 und 2022 vollständig an die Krankenkassen zurückzahlen. Weil die Verordnung spätestens zum 30. März 2021 ausläuft, bedarf es einer Rechtsgrundlage für die Vereinbarungen zur Rückzahlung zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen.

Bei Selektivverträgen ermöglichen die aktuellen gesetzlichen Regelungen zur besonderen Versorgung (Paragraf 140a SGB V) nur in engen Grenzen Vernetzungen über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus. Die Spielräume hierfür sollen erweitert werden, um regionalen Bedürfnissen besser Rechnung zu tragen. Gleichzeitig sollen die Krankenkassen bisher durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterführen können. Durch die Förderung zusätzlicher Hebammenstellen soll sich die Versorgung Schwangerer verbessern. Ein vom BMG in Auftrag gegebenes Gutachten zur Situation der Geburtshilfe in Krankenhäusern hatte aufgezeigt, dass zwar kein genereller Hebammenmangel vorliege, jedoch die Betreuungsrelationen von Hebammen und Entbindungspflegern zu Schwangeren regional sehr unterschiedlich ausfällt und gerade auf großen Geburtsstationen insbesondere in Großstädten immer wieder die Gefahr von Belastungsspitzen und Personalengpässen besteht.

Damit Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, die künftig in die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen einbezogen werden sollen, bereits im Jahr 2021 von der pauschalen Förderung von 400 000 Euro jährlich profitieren, muss die bereits vereinbarte Krankenhäuserliste einmalig bis zum 31. Dezember 2020 erweitert werden. Nach geltender Rechtslage erstellen die Vertragsparteien auf Bundesebene diese Liste bis zum 30. Juni.

Um eine bedarfsgerechte Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen, soll das im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung erarbeitete wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen, wie in der Konzertierte Aktion Pflege vereinbart, auf den Weg gebracht werden. Die Sicherung einer hinreichenden Anzahl an Pflegefachpersonen und weiteren beruflich Pflegenden soll der erste Schritt sein und ist Voraussetzung für eine gute und professionelle Pflege und eine der wesentlichen gesellschaftspolitischen Aufgaben der nächsten Jahre. Zu



den Rahmenbedingungen einer qualitätsorientierten Pflege gehöre eine am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen, heißt es in dem Referentenentwurf zur Begründung. Die Ergebnisse des Projekts zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zeigten, dass die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen künftig insbesondere auch mehr Pflegehilfskräfte erfordere.

Die während der Pandemie getroffenen Regelungen zur Verwendbarkeit des Entlastungsbetrags sowie zum Pflegeunterstützungsgeld werden über den 30. September bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. Noch nicht verbrauchte Leistungsbeträge aus dem Jahr 2019 können weiter verwendet werden und Arbeitstage, die im Geltungszeitraum der pandemiebedingten Sonderregelungen in Anspruch genommen worden sind, werden nicht auf die regulären Ansprüche auf Pflegeunterstützungsgeld von bis zu insgesamt zehn Arbeitstagen je Pflegebedürftigen angerechnet. Auch das reguläre Recht, im Rahmen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz der Arbeit fernzubleiben, soll in unverändertem zeitlichem Umfang erhalten bleiben.

Ebenso die Regelung, dass bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochene Empfehlungen zum Hilfsmittelbedarf bei Zustimmung des Versicherten für bestimmte Hilfsmittel als Antrag auf Leistungen gelten, hat sich aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums in der Praxis bewährt. Die ursprüngliche Befristung bis zum 31. Dezember 2020 soll deshalb aufgehoben werden.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > GPVG



DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES ZUM REFERENTENENTWURF:

www.aok-bv.de
> Positionen > Stellungnahmen





Kurzmeldungen

Litsch: Spezialisierte Kliniken für Corona-Patienten ein Segen

08.09.20 (ams). Der AOK-Bundesverband hat seine Forderung nach mehr Spezialisierung und Zentralisierung von Krankenhäusern bekräftigt. Die Erfahrungen mit der Pandemie hätten die Einschätzung bestätigt, dass jede vierte Klinik nicht notwendig sei, sagte Vorstandschef Martin Litsch. Die Patienten würden in großen Kliniken besser versorgt, die über Spezialisten, die notwendige Ausstattung und schlicht genug Platz für Isolierstationen verfügten. „Für Corona-Patienten war diese zentralisierte Krankenhausbehandlung jedenfalls ein Segen“, so Litsch im Interview mit dem Redaktionsnetzwerk Deutschland. Er sei sicher, dass die Pandemie bereits jetzt für ein Umdenken auf allen Ebenen Sorge. Ökonomische Erfordernisse und Fachkräftemangel würden den Reformdruck erhöhen.

[DAS VOLLSTÄNDIGE RND- INTERVIEW:](#)

www.rnd.de > Politik



Krankenkassen fehlen im nächsten Jahr knapp 17 Milliarden

04.09.20 (ams). Spitzenvertreter der Krankenkassen haben mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn über die GKV-Finzen und den Bedarf an weiteren Bundeszuschüssen beraten. Nach dem Gespräch gab es keine gemeinsame Erklärung. Jedoch äußerte sich Spahn danach auf einer Pressekonferenz anlässlich der EU-Ministerratsitzung auch zu diesem Thema. Laut Minister fehlen durch die Kosten der Corona-Pandemie, den Konjunkturunbruch sowie Ausgabenzuwächse in einigen Bereichen 2021 rund 16,6 Milliarden Euro, um die Beitragssätze stabil zu halten. Im Bundeskabinett gebe es das gemeinsame Verständnis, dass die Gesamtbeiträge für die Sozialversicherungen unter 40 Prozent bleiben sollten. Klar sei, dass die GKV einen zusätzlichen Bundeszuschuss benötige.

[DIE PRESSEKONFERENZ IM VIDEO:](#)

www.youtube.de > Pressekonferenz: Rat der EU-Gesundheitsminister



Rechengrößen 2021 für die Sozialversicherungen liegen vor

04.09.20 (ams). Die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung steigt im kommenden Jahr um 1.750 auf 64.300 Euro. Das geht aus dem Verordnungsentwurf Bundesarbeitsministeriums (BMAS) für die Rechengrößen 2021 im Sozialversicherungsrecht hervor. Die Beitragsbemessungsgrenze steigt um 1.800 auf 58.050 Euro beziehungsweise 4.837,50 Euro monatlich. Diese und weitere Rechengrößen werden jährlich an die Lohn- und Gehaltsentwicklung in Deutschland angepasst. Die Verordnung des BMAS muss noch vom Bundeskabinett verabschiedet und vom Bundesrat bestätigt werden. Sie tritt dann zum 1. Januar 2021 in Kraft.

[WEITERE INFORMATIONEN:](#)

www.bmas.de > Rechengrößen





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:
