



# AOK-MEDIENSERVICE

INFORMATIONEN DES AOK-BUNDESVERBANDES [WWW.AOK-PRESSE.DE](http://WWW.AOK-PRESSE.DE)

02/18

POLITIK

 @AOK\_Politik

Schwarz-roter Koalitionsvertrag

- **Wichtige Ansätze für eine bessere Versorgung** .. 2

ams-Dokumentation: Gesundheitspolitik im Koalitionsvertrag

- **Vertrauen auf die Solidarität der Gesellschaft** .... 4

Drei Fragen an: Prof. Dr. Klaus Jacobs, WIdO

- **„Parität hat hohen symbolischen Wert“** ..... 11

ams-Hintergrund: Gesundheitspolitik im 19. Deutschen Bundestag

- **Viele neue Gesichter im Ausschuss** ..... 13

EU-Ticker

- **AOK lehnt EU-Pläne zur Bewertung von Gesundheitstechnologie ab** ..... 15

ams-Grafik

- **Gesundheitskompetenz in Deutschland** ..... 17

Zahl des Monats

- **1.605.297 Pflegebegutachtungen** ... 18

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 19

- **Gesetzgebungskalender** ..... 20

- **Kurzmeldungen** ..... 22



Schwarz-roter Koalitionsvertrag

## Wichtige Ansätze für eine bessere Versorgung

**16.02.18 (ams). Mehr Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, die Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung, inklusive der Neuregelung der Notfallversorgung, Verbesserungen bei der Erreichbarkeit der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Erhöhung der Praxis-Mindestöffnungszeiten für gesetzlich Versicherte auf 25 Stunden pro Woche: Der Koalitionsvertrag von Union und SPD umreißt im Kapitel „Gesundheit und Pflege“ konkrete Projekte für die 19. Legislaturperiode. Die Große Koalition stelle die richtigen Weichen, kommentiert der AOK-Bundesverband in einer ersten Kurzbewertung das schwarz-rote Regierungsprogramm bis 2021. Über dieses stimmt die SPD-Basis bis zum 2. März.**

Die ordnungspolitischen Vorstellungen der Koalitionspartner, wie Veränderungen im Gesundheitswesen umgesetzt werden sollen, wirken hingegen auf den Politikchef des AOK-Bundesverbandes, Kai Senf, antiquiert. So vermisst Senf ein klares Bekenntnis zu wettbewerblichen Elementen als Impuls für innovative Ansätze sowie mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Ebenso wenig schreibe die Koalitionsvereinbarung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zusätzliche Steuerungs- und Gestaltungsfunktionen zu. „Im Gegenteil, Bund und Länder schaffen sich mehr Möglichkeiten zur direkten politischen Einflussnahme in die Entscheidungsprozesse“, warnt Senf. Darüber hinaus bedauert er, dass wichtige Fragen der Gesundheitspolitik zum wiederholten Male ungeklärt bleiben könnten. „Zu den Mondpreisen bei neuen Arzneimitteln enthält der Koalitionsvertrag kein Wort. Auch die Aussagen zum Thema Digitalisierung und elektronische Gesundheitskarte sind eher verhalten und setzen keine neuen Akzente“, kritisiert Senf

### Mut zu Entscheidungen

Ungelöst bleibt aus Sicht des AOK-Bundesverbandes die weiterhin unzureichende Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Bundesländer. Zudem sei die Verlängerung des Strukturfonds allein nicht zielführend. „Wer die Krankenhaus-Landschaft mit Blick auf mehr Qualität umbauen will, muss nicht nur Geld in die Hand nehmen, er muss auch Mut zu Entscheidungen haben“, bekräftigt Senf eine langjährige AOK-Position. Nur weitergehende Spezialisierung und Zentralisierung gewährleisten zukunftsfähige Klinikstrukturen, optimale Patientenversorgung und ein bestmögliches Berufsumfeld für Pflegekräfte und Ärzte.

Ebenfalls kritisch sieht der AOK-Bundesverband die erneute Diskussion um ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Das Thema schien eigentlich vom Tisch, taucht jetzt aber wieder im Koalitionsvertrag auf. Das Verbot widerspreche zum einen den grundlegenden Forderungen der Koalitionsvereinbarung nach einer „Offensive für Bildung, Forschung und Digitalisierung“, nach der die Digitalisierung große Chancen für



die Bevölkerung biete, und werde zum anderen den Bedürfnissen chronisch Kranker und der Menschen im ländlichen Raum nicht gerecht. Ihnen werde eine Möglichkeit genommen, ihre Arzneimittelversorgung durch Online-Apotheken ergänzend sicherzustellen, so die Einschätzung der AOK.

Mit einem Sofortprogramm zur Schaffung zusätzlicher 8.000 Stellen bildet die Alten- und Krankenpflege wie bereits in der letzten Legislaturperiode einen gesundheitspolitischen Schwerpunkt. Es sei wichtig und richtig, dem Fachkräftemangel zu begegnen, so Senf. Aber eine bessere Bezahlung allein sei noch keine Lösung. Insofern seien Ansatzpunkte wie verpflichtende Personaluntergrenzen, die Nachweispflicht für Personalkosten, arbeits- und tarifrechtliche Regelungen sowie Ausbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, zu begrüßen. Auch die zusätzlichen Unterstützungsleistungen für Angehörige seien geeignet, die Situation in der Pflege zu verbessern. Aber auch an dieser Stelle dämpft Politikchef Senf allzu große Erwartungen. „Ich bin skeptisch, ob sich die zusätzlichen Pflegefachkräfte tatsächlich so schnell schnitzen lassen angesichts der bereits heute großen Schwierigkeiten, frei gewordene Fachkräftestellen in der Altenpflege wieder zu besetzen.“

### Faire Finanzierungs- und Wettbewerbsvoraussetzungen sichern

Schon in den Sondierungsgesprächen hatte sich sehr früh abgezeichnet, dass Union und SPD wieder zur paritätischen Finanzierung der Beiträge in der GKV zurückkehren wollen. Bei der Umsetzung sei dabei insbesondere auf den Erhalt des vollständigen Einkommensausgleichs und die Einbeziehung aller Beitragsbestandteile in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zu achten, fordert die AOK.

Grundsätzlich haben sich die Koalitionäre darauf verständigt, den Morbi-RSA auf Basis der Gutachten des Expertenbeirats beim Bundesversicherungsamt weiterzuentwickeln. „Das ist aus unserer Sicht sachlich richtig und politisch wohl der einzige Weg, den Streit endgültig zu beenden“, hofft Senf. „Was andere Kassen und Verbände zum Kassenwettbewerb und zur Wirkung des RSA gerade in die Welt setzen, geht an der wirklich guten Finanzsituation in der GKV komplett vorbei. Die Politik hat sich davon aber nicht aufs Glatteis führen lassen und setzt auf wissenschaftliche Expertise und evidente Daten und Fakten.“

(rbr)

DER KOALITIONSVERTRAG IM WORTLAUT:

[www.cdu.de](http://www.cdu.de) > Service > Koalitionsvertrag  
[www.spd.de](http://www.spd.de) > Mitgliedervotum > Koalitionsvertrag





ams-Dokumentation: Gesundheitspolitik im Koalitionsvertrag

## Vertrauen auf die Solidarität der Gesellschaft

**16.02.18 (ams).** Nach am Ende kurzen, gerade einmal einwöchigen Verhandlungen stand der Koalitionsvertrag einer erneuten Großen Koalition. Auf knapp zehn Seiten haben Union und SPD ihre gesundheitspolitischen Ziele für die 19. Legislaturperiode aufgeschrieben. „Kranke, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen müssen auf die Solidarität der Gesellschaft vertrauen können“, heißt es dort im ersten Satz. Der AOK-Bundesverband spricht von richtigen Ansätzen. Die geplante Initiative zur stärkeren Vernetzung und Zusammenarbeit sei überfällig. Der AOK-Medienservice (ams) dokumentiert das Kapitel „Gesundheit und Pflege“ im Wortlaut:

### „4. Gesundheit und Pflege

Kranke, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen müssen auf die Solidarität der Gesellschaft vertrauen können. Wir werden sicherstellen, dass alle auch zukünftig eine gute, flächendeckende medizinische und pflegerische Versorgung von Beginn bis zum Ende ihres Lebens erhalten, unabhängig von ihrem Einkommen und Wohnort. Das Patientenwohl ist für uns entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen, die Patientenorientierung ist unser Leitbild für das Gesundheitswesen. Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Zur Erreichung einer sektorübergreifenden Versorgung wollen wir nachhaltige Schritte einleiten.

### Pflege

Eine gute und verlässliche Pflege ist für immer mehr Betroffene und ihre Angehörigen von zentraler Bedeutung. In der vergangenen Legislaturperiode haben wir die Pflegeversicherung mit den Pflegestärkungsgesetzen grundlegend reformiert. Auch in den kommenden Jahren werden wir nicht nachlassen, die Pflege und die häusliche Versorgung zu verbessern, die Unterstützung für pflegende Angehörige auszubauen und die Arbeitsbedingungen von Fachkräften und Betreuern in der Pflege so attraktiv zu machen, dass ausreichend Menschen den Pflegeberuf ergreifen, beibehalten und damit die Versorgung sicherstellen. Dazu werden wir ein Sofortprogramm Pflege und darüber hinaus eine ‚Konzertierte Aktion Pflege‘ zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Situation in der Pflege auf den Weg bringen. Wir werden die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege sofort und spürbar verbessern. Es werden Sofortmaßnahmen für eine bessere Personalausstattung in der Altenpflege und im Krankenhausbereich ergriffen und dafür zusätzliche Stellen zielgerichtet gefördert. In der Altenpflege sollen die Sachleistungen kontinuierlich an die Personalentwicklung angepasst werden.



In einem Sofortprogramm werden wir 8000 neue Fachkraftstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen schaffen. Der dafür erforderliche finanzielle Mehraufwand soll durch eine Vollfinanzierung aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen. Dem Sofortprogramm werden weitere Schritte folgen.

Wir wollen in einer „Konzertierten Aktion Pflege“ eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Situation in der Altenpflege erreichen. Deshalb entwickeln wir verbindliche Personalbemessungsinstrumente, auch im Hinblick auf die Pflegesituation in der Nacht. Die „Konzertierte Aktion Pflege“ umfasst u. a. eine Ausbildungs-offensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, ein Wiedereinstiegsprogramm, eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Pflegefachkräften.

Wir wollen die Bezahlung in der Altenpflege nach Tarif stärken. Gemeinsam mit den Tarifpartnern wollen wir dafür sorgen, dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen. Wir wollen angemessene Löhne und gute Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Dafür schaffen wir die gesetzlichen Voraussetzungen. Im Krankenhausbereich werden wir eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen herbeiführen, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt. Wir bitten die Pflegemindestlohn-Kommission, sich zeitnah mit der Angleichung des Pflegemindestlohns in Ost und West zu befassen.

Wir werden die ambulante Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum stärken. Dazu gehört u. a. eine bessere Honorierung der Wegezeiten, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann.

Um Angehörige besser zu unterstützen, gehören insbesondere Angebote in der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie in der Tages- und Nachtpflege, die besonders pflegende Angehörige entlasten, zu einer guten pflegerischen Infrastruktur. Wir wollen die o. g. Leistungen, die besonders pflegende Angehörige entlasten, zu einem jährlichen Entlastungsbudget zusammenfassen, das flexibel in Anspruch genommen werden kann. Damit können wir erheblich zur Entbürokratisierung in der ambulanten Pflege beitragen, die häusliche Versorgung stärken und pflegende Angehörige entlasten. Wir werden die Angebote für eine verlässliche Kurzzeitpflege stärken, indem wir eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sicherstellen. Um die Situation pflegender Angehöriger zu verbessern, werden sie einen Anspruch auf medizinisch erforderliche Rehabilitationsleistung nach ärztlicher Verordnung erhalten.

Auf das Einkommen der Kinder von pflegebedürftigen Eltern soll künftig erst ab einem Einkommen in Höhe von 100.000 Euro im Jahr zurückgegriffen werden.

Wir wollen möglichst frühzeitig Pflegebedürftigkeit vermeiden. Dafür fördern wir den präventiven Hausbesuch durch Mittel des Präventionsgesetzes. Kommunen sollen mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Ausrichtung der pflegerischen Versorgungsangebote vor Ort im Rahmen der Versorgungsverträge erhalten.

Pflegebedürftige Menschen haben einen hohen Bedarf an medizinischen Leistungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, Kooperationsverträge abzuschließen.

Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden



Abteilungen eingeführt werden.

## Sektorübergreifende Versorgung

Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten.

Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen. Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.

## Ambulante Versorgung

Wir werden in einem Sofortprogramm die Leistungen und den Zugang zur Versorgung für gesetzlich Versicherte verbessern. Dazu werden die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter einer bundesweit einheitlichen, einprägsamen Telefonnummer von 8 bis 18 Uhr erreichbar sein und auch haus- und kinder-ärztliche Termine vermitteln.

Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten wird von 20 auf 25 Stunden erhöht. Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren, werden über regionale Zuschläge besonders unterstützt. Dazu werden die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ besser vergütet. Dies beinhaltet auch die koordinierenden Leistungen, inklusive der Terminvermittlung zum Facharzt.

Die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung durch Eigeneinrichtungen zu gewährleisten, wird erweitert.

Wir werden weiterhin darauf drängen, dass die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet wird. In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Bestimmung der von dieser Regelung erfassten Gebiete obliegt den Ländern.

Wir werden die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen erhöhen, verbindlicher ausgestalten und im Verwendungszweck flexibilisieren. Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Wir werden den Innovationsfonds über das Jahr 2019 mit einem Volumen von 200 Millionen Euro jährlich fortsetzen. Wir wollen gewährleisten, dass erfolgreiche Versorgungsansätze zügig in die Regelversorgung überführt werden. Eigene Modellprojekte des Bundesministeriums für Gesundheit wollen wir ermöglichen.

Wir wollen gezielt Volkskrankheiten wie Krebs, Demenz oder psychische Störungen bekämpfen. Dabei betonen wir die nationale Diabetesstrategie. Wir werden die Disease-Management-Programme weiter stärken, insbesondere durch eine Umsetzung der Programme für Rückenschmerz und Depressionen.



Die Festzuschüsse für Zahnersatz werden wir von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöhen.

Zu einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung gehören für uns neben einer gut erreichbaren ärztlichen Versorgung auch eine wohnortnahe Geburtshilfe, Hebammen und Apotheken vor Ort.

Um die Apotheken vor Ort zu stärken, setzen wir uns für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ein.

Wir werden die Hospiz- und Palliativversorgung weiter stärken, insbesondere durch Kostenübernahme für die Koordination von Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken sowie durch Verbesserungen bei der Versorgung von Kindern und in Altenpflegeeinrichtungen. Wir werden zeitnah überprüfen, ob die zuschussfähigen Leistungen bei den Hospizen angemessen erfasst sind.

Wir wollen prüfen, ob eine Herausnahme der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen durch eine entsprechende Klarstellung in Paragraf 69 Absatz 2 Satz 2 Sozialgesetzbuch V erforderlich ist.

Wir werden die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung stärken, deren Unabhängigkeit gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge tragen.

Damit medizinische Innovationen schneller in die Regelversorgung gelangen, werden wir die Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses beschleunigen, indem der Aufgabekatalog und die Ablaufstrukturen gestrafft werden. Über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden soll zukünftig schneller entschieden werden. Den Ländern werden künftig in den Beratungen zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretern eingeräumt.

Sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM) als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ) müssen reformiert werden. Deshalb wollen wir ein modernes Vergütungssystem schaffen, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Dies bedarf einer sorgfältigen Vorbereitung. Die Bundesregierung wird dazu auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums eine wissenschaftliche Kommission einsetzen, die bis Ende 2019 unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt. Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden.

## Krankenhäuser

Um eine gute stationäre Versorgung sicherzustellen, sind deutlich erhöhte Investitionen in Krankenhäuser für Umstrukturierungen, neue Technologien und Digitalisierung notwendig. Die Länderkompetenz in der Krankenhausplanung und die Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung bleiben erhalten. Um den notwendigen Strukturwandel der Krankenhauslandschaft und die Qualität der stationären Versorgung zu befördern, wird der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und von den Ländern hälftig finanzierte Strukturfonds für weitere vier Jahre in Höhe von einer Milliarde Euro/jährlich fortgesetzt.

Die Qualitätsoffensive für Krankenhäuser soll fortgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere eine qualitätsorientierte Arbeitsteilung und Vernetzung zwischen einer gut erreich-





baren Grund- und Regelversorgung, Zentren für schwerwiegende, komplexe oder seltene Erkrankungen sowie damit verbundenen Anbietern des Gesundheits- und Pflegewesens. Die Zentren bieten interdisziplinäre Behandlungsteams mit hoher medizinischer Kompetenz und sollen auch mit ambulanten Schwerpunktpraxen zusammenarbeiten, um so spezialmedizinische Kompetenz auch in der Fläche verfügbar zu machen. Die für die Ausweisung der Zentren notwendigen Instrumente der Qualitätssicherung sind weiterzuentwickeln. Wir werden die rechtlichen Anpassungen für die entsprechende Weiterentwicklung der Krankenhausplanung vornehmen.

Als zusätzliche Aufgabe der stationären Grundversorgung sollen die Krankenhäuser insbesondere im ländlichen Raum im Verbund mit den Schwerpunktkrankenhäusern und örtlichen Pflegeanbietern ergänzende niedrigschwellige Versorgungsangebote z. B. in der Nachsorge vorhalten.

Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausespezifischen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.

Wir werden die bereits eingeleiteten Verbesserungen der Versorgung psychisch Kranker mit Nachdruck umsetzen, insbesondere die Schaffung einheitlicher und hinreichender Personalstandards sowie die Einführung stationersetzender Leistungen.

Eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe auch durch Belegärztinnen und -ärzte ist uns ein Anliegen. Wir werden die Finanzierungsgrundlagen dazu überprüfen.

Wir wollen die Zahl der Organspenden in Deutschland erhöhen. Dazu werden wir eine verbindliche Freistellungsregelung für Transplantationsbeauftragte schaffen und diese finanzieren. Die Organentnahme wird höher vergütet.

Zur Infektionsprävention und -bekämpfung wird das Hygienesonderprogramm für Krankenhäuser verlängert und evaluiert.

Zur Verbesserung der Notfallversorgung wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankengesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen. Dazu sind Notfallleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen.

## Gesundheitsberufe

Stärken unseres Gesundheitswesens sind die Freiberuflichkeit der Heilberufe, freie Arzt- und Krankenhauswahl, die Therapiefreiheit und gut qualifizierte Gesundheitsberufe.

Wir legen auch in Zukunft Wert darauf, hoch motivierten und hervorragend ausgebildeten Nachwuchs in den Gesundheitsberufen zu gewinnen. Dazu müssen wir attraktive Ausbildungsmöglichkeiten schaffen. Den Masterplan Medizinstudium 2020 wollen wir insbesondere im Hinblick auf die Neuregelung des Studienzugangs, die Stärkung der Allgemeinmedizin sowie die Landarztquote zügig umsetzen. Dazu gehören auch mehr Medizinstudiplätze.

Um die ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum zu fördern, werden zudem an medizinischen Fakultäten modellhaft neue Unterrichtskonzepte als Schwerpunkt- bzw. Vertiefungsprogramme gefördert und evaluiert. Lücken in der Weiterbildung der Allgemeinmedizin werden ebenso evaluiert und geschlossen. Darüber hinaus werden wir zusätzliche Anreize zur





Qualifizierung von Weiterbildungern durch die regionalen Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin setzen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist eine wichtige Säule des Gesundheitswesens, insbesondere bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Wir stehen für eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie die Finanzierungsverordnung des Pflegeberufgesetzes werden zeitnah vorgelegt.

Wir werden die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe im Rahmen eines Gesamtkonzeptes neu ordnen und stärken. Wir wollen das Schulgeld für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen abschaffen, so wie es in den Pflegeberufen bereits beschlossen wurde. Wir werden die Hebammenausbildung nach den EU-Vorgaben als akademischen Beruf umsetzen. Die Novellierungen der Ausbildung der bisherigen psychologischen Psychotherapeuten in Form einer Direktausbildung und der Approbationsordnung für Zahnärzte werden wir zügig abschließen.

Für die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens ist die Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe neu zu justieren und den Gesundheitsfachberufen mehr Verantwortung zu übertragen. Die Ergebnisse der Modellprojekte der Heilberufe werden wir berücksichtigen. Im Sinne einer verstärkten Patientensicherheit wollen wir das Spektrum der heilpraktischen Behandlung überprüfen.

### Prävention

Wir wollen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Prävention in allen Lebensbereichen deutlich stärken. Auf Grundlage des Berichtes der Nationalen Präventionskonferenz und der anschließenden Beratungen im Deutschen Bundestag werden wir ein Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes vorlegen.

Mit einem Nationalen Gesundheitsportal wollen wir, dass sich die Patientinnen und Patienten verlässlich schnell und umfassend im Internet über medizinische Fragestellungen und Strukturen unseres Gesundheitswesens informieren können.

Wir werden Patientenrechte stärken. Dazu werden wir Vorschläge für einen Patientenentschädigungsfonds für Schäden in Härtefällen, bei denen die bestehenden Haftungsregelungen nicht greifen, prüfen.

Wir werden weitere Maßnahmen ergreifen, um die notwendigen Impfquoten zum Schutz der Bevölkerung zu erreichen.

Weitere Schwerpunkte werden in der Prävention chronischer Erkrankungen, insbesondere in der Entwicklung einer nationalen Strategie zur Reduzierung von Übergewicht vor allem bei Kindern und Jugendlichen liegen. Wir werden Drogenmissbrauch weiterhin bekämpfen und dabei auch unsere Maßnahmen zur Tabak- und Alkoholprävention gezielt ergänzen. Dabei ist uns das Wohl der Kinder von Suchtkranken besonders wichtig.

Wir werden die Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin fördern.

Wir werden uns weiterhin für eine Reduzierung des Antibiotikaverbrauchs und der Verhinderung von Antibiotikaresistenzen einsetzen und dies zusätzlich durch Forschung unterstützen.

### E-Health und Gesundheitswirtschaft

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist eine der größten Herausforderung des Gesundheitswesens in den nächsten Jahren.



Wir werden die Telematikinfrastruktur weiter ausbauen und eine elektronische Patientenakte für alle Versicherten in dieser Legislaturperiode einführen. Wir wollen neue Zulassungswege für digitale Anwendungen schaffen, die Interoperabilität herstellen und die digitale Sicherheit im Gesundheitswesen stärken. Die einschränkenden Regelungen zur Fernbehandlung werden wir auf den Prüfstand stellen. Auch die pflegerische Versorgung wollen wir mit den Möglichkeiten der Digitalisierung weiterentwickeln, so dass sowohl Pflegekräfte als auch pflegebedürftige Menschen Informations- und Kommunikationstechnologien sowie neue technische Anwendungen besser nutzen können. Dazu gehört auch, die Pflege in die Telematikinfrastruktur einzubeziehen. Ziel ist zudem, Bürokratie in Diagnostik und Dokumentation abzubauen.

Die Anwendung und Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen sollen ausgebaut werden. Es wird sichergestellt, dass die Datenspeicherung den strengen Anforderungen des Datenschutzes unterliegt. Die gespeicherten Daten sind Eigentum der Patientinnen und Patienten.

Wir werden die E-Health-Initiative und den Strategieprozess Medizintechnik weiterführen, um Deutschland als Standort der Gesundheitswirtschaft nachhaltig und zukunftsorientiert zu gestalten. Wir werden auch den Pharma-Dialog unter Einbeziehung der Regierungsfractionen des Deutschen Bundestags fortsetzen.

Wir werden den Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland (AMTS) entschlossen umsetzen und die Fälschungssicherheit von Arzneimitteln verbessern. Wir wollen die Arzneimittelsicherheit durch weitere Maßnahmen von der Produktion über den Transport bis zum Endverbraucher gewährleisten.

## Globale Gesundheit

Deutschland wird eine Strategie zur globalen Gesundheitspolitik erarbeiten, um noch stärker seiner internationalen Verantwortung gerecht zu werden. Schwerpunkte werden die Gesundheitssicherheit und die Prävention von internationalen Pandemien sowie Stärkung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern sein. Dafür werden wir internationale Kooperationen und strategische Partnerschaften weiter aufbauen und ausbauen. Außerdem gilt es, die WHO zu stärken, indem wir auch den Reformprozess in der WHO unterstützen.

## Finanzierung

Wir werden die Parität bei den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung wiederherstellen. Ab 1. Januar 2019 werden die Beiträge zur Krankenversicherung wieder in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten geleistet. Der bisherige Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert.

Wir wollen die schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln finanzieren.

Um kleine Selbstständige zu entlasten, werden wir die Bemessungsgrundlage für die Mindestkrankenversicherungsbeiträge von heute 2.283,75 Euro auf 1.150 Euro nahezu halbieren. Unter Berücksichtigung der Gutachten des Expertenbeirats des Bundesversicherungsamtes (BVA) werden wir den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickeln und ihn vor Manipulation schützen. Es wird eine regelmäßige gutachterliche Überprüfung gesetzlich festgelegt.“



Drei Fragen an Prof. Dr. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)

## „Rückkehr zur Parität hat hohen symbolischen Wert“

**16.02.18 (ams).** „Wir werden die Parität bei den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung wiederherstellen. Ab 1. Januar 2019 werden die Beiträge zur Krankenversicherung wieder in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten geleistet. Der bisherige Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert.“ So lautet der Passus im Koalitionsvertrag, den die Spitzen der Unionsparteien und der SPD ausgehandelt haben. Prof. Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), erläutert gegenüber dem AOK-Medienservice (ams) die Auswirkungen dieser Entscheidung.



**Prof. Dr. Klaus Jacobs** ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).

**Die künftige Große Koalition will die Parität in der gesetzlichen Krankenversicherung, der GKV, wiederherstellen und die Arbeitgeber auch an der Finanzierung des Zusatzbeitrags zur Hälfte beteiligen. Welche Bedeutung hat diese Entscheidung?**

**Jacobs:** Diese Entscheidung hat zunächst einmal einen hohen symbolischen Wert, speziell natürlich für die SPD, die bekanntlich mit allen ihren Forderungen zum Einstieg in eine Bürgerversicherung Schiffbruch erlitten hat. Mit der Rückkehr zur paritätischen Finanzierung kann sie jetzt trotzdem etwas vorweisen – auch wenn das natürlich mit der Bürgerversicherung nichts zu tun hat. Abgeschafft wurde die Parität ja schon 2005 unter Rot-Grün, aber 2011 wurde der Arbeitgeberbeitrag unter Schwarz-Gelb auf 7,3 Prozent festgeschrieben, so dass Beitragssteigerungen – seit 2009 beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag – allein von den Mitgliedern getragen werden mussten. Damit wird jetzt wieder Schluss gemacht. Wenn dadurch das Interesse der Arbeitgeber an der Begrenzung der Ausgabenentwicklung gestärkt würde, wäre das sicher von Vorteil für die GKV.

**In den vergangenen Jahren war die Höhe des Zusatzbeitrags für viele Versicherte ein wichtiges Kriterium bei der Wahl ihrer Krankenkasse. Wie wird sich die Parität darauf auswirken?**

**Jacobs:** Grundsätzlich gibt es für die konkrete Ausgestaltung des Arbeitgeberbeitrags zwei Möglichkeiten. Entweder bezahlen die Arbeitgeber die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitrags – dann wird die Differenz zwischen den Zusatzbeiträgen der Kassen aus Sicht der Mitglieder halbiert. Oder die Arbeitgeber bezahlen unabhängig von der Kassenzugehörigkeit ihrer Beschäftigten die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitrags. Das hätte aus wettbewerblicher Sicht den Vorteil, dass sie kein Eigeninteresse daran hätten, auf die Kassenwahlentscheidung ihrer Beschäftigten Einfluss zu nehmen. In diesem Fall blieben die Zusatzbeitragsdifferenzen aus Sicht der Mitglieder in vollem Umfang bestehen. Die Formulierung im Entwurf zum Koalitionsvertrag spricht aber ganz klar für die erste Variante, so dass sich die Zusatzbeitragsunterschiede für die Mitglieder halbieren würden.



## Wie wird sich die Rückkehr der Parität auf den Kassenwettbewerb in der GKV auswirken?

**Jacobs:** Der derzeitige Preiswettbewerb zwischen den Kassen wird erkennbar entschärft. Forderungen einzelner Kassen und Kassenverbände nach schnellen Korrekturen beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, die mit angeblich zu großen Zusatzbeitragsunterschieden begründet wurden, wird damit weitgehend der Boden entzogen. Allerdings bedeutet weniger Preiswettbewerb keineswegs automatisch bereits mehr sinnvollen Versorgungswettbewerb, denn dazu müsste es deutlich mehr wirksame Handlungsparameter für Kassen und Leistungserbringer im Vertragswettbewerb geben. Davon ist im Entwurf des Koalitionsvertrags aber keine Rede. Es sieht vielmehr so aus, als sollte die zentrale Plan- und Kollektivwirtschaft noch weiter gestärkt werden. Hier besteht erheblicher Korrekturbedarf, wenn der Kassenwettbewerb tatsächlich einen nennenswerten Beitrag zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung leisten soll.

(Interview: bho)

### WEITERE INFORMATIONEN:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Geschichte der Reformen





ams-Hintergrund: Gesundheitspolitik im 19. Deutschen Bundestag

## Viele neue Gesichter im Gesundheitsausschuss

**16.02.18 (ams). Knapp vier Monate nach der Bundestagswahl hat sich der neue Ausschuss für Gesundheit konstituiert. Nicht nur durch die in den Bundestag zurückgekehrte FDP und die erstmals dort vertretene AfD gibt es viele neue Gesichter. Nur 21 der 41 Mitglieder haben dem Gesundheitsausschuss auch in der vergangenen Legislaturperiode angehört. In der ersten Sitzung am 31. Januar wurde der CDU-Abgeordnete Erwin Rüdgel zum Vorsitzenden berufen. Er löst in dieser Funktion den SPD-Politiker Dr. Edgar Franke ab.**

Der Gesundheitsausschuss ist eines von 23 Fachgremien, die der Bundestag Mitte Januar eingesetzt hat. Mit 41 Mitgliedern hat der Ausschuss in der laufenden 19. Wahlperiode drei Sitze mehr als von 2013 bis 2017. CDU und CSU stellen zusammen 14 Mitglieder, die SPD neun, die FDP fünf, die AfD fünf, Grüne und Linke jeweils vier.

Der neue Vorsitzende Erwin Rüdgel (62) ist direkt gewählter Abgeordneter für den Wahlkreis Neuwied in Rheinland-Pfalz. Der Diplom-Betriebswirt gehört dem Bundestag seit Oktober 2009 an und hat sich bereits in den vergangenen zwei Wahlperioden gesundheitspolitisch engagiert. Vorgänger Edgar Franke gehört ebenfalls wieder dem Gesundheitsausschuss an.

### Neue Mitglieder – neue Sprecher

Bei der Wahl der gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Bundestagsfraktionen unterlag der Jurist Franke seiner SPD-Kollegin Sabine Dittmar. Bei der CDU/CSU fungiert Karin Maag als gesundheitspolitische Sprecherin. Die FDP-Fraktion wählte Christine Aschenberg-Dugnus, die AfD Prof. Dr. Axel Gehrke, die Linkspartei Harald Weinberg und die Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen Maria Klein-Schmeink in diese Funktion.

Maag, Weinberg und Klein-Schmeink waren schon von 2013 bis 2017 Mitglieder des Gesundheitsausschusses. Mit Aschenberg-Dugnus kehrt eine FDP-Politikerin in das Gremium zurück, die dem Ausschuss von 2009 bis 2013 schon einmal angehörte. Die vier anderen FDP-Mitglieder sind Neulinge sowohl im Bundestag als auch im Gesundheitsausschuss. Das sind im Einzelnen Katrin Helling-Plah, Dr. Wieland Schinnenburg, Prof. Dr. Andrew Ullmann und Nicole Westig. Mit Dr. Georg Kippels, Alexander Krauß, Stephan Pilsinger und Prof. Dr. Claudia Schmidtke stellt die Unionsfraktion vier Abgeordnete, die zwischen 2009 und 2013 nicht Mitglied im Gesundheitsausschuss waren. Das gilt bei den Sozialdemokraten für Bärbel Bas und Claudia Moll, bei der Linkspartei für Sylvia Gabelmann und Dr. Achim Kessler sowie bei Bündnis 90/Die Grünen für Dr. Bettina Hoffmann und Dr. Katrin Kappert-Gonther. Die AfD ist erstmals im Bundestag vertreten und entsendet dementsprechend nur Neulinge in den Gesundheitsausschuss. Neben Prof. Dr. Axel Gehrke sind das Paul Viktor Podolay, Dr. Robby Schlund, Jörg Scheider und Detlev Spangenberg.

Dem Gremium gehören mit Rudolf Henke (CDU), Sabine Dittmar, Prof. Dr. Andrew Ullmann, Dr. Katrin Kappert-Gonther, Prof. Dr. Claudia Schmidtke, Dr. Wieland Schinnenburg, Dr. Robby Schlund und Prof. Dr. Axel Gehrke acht Mediziner an.



Sitzungsplanung und Verfahrensfragen im Gesundheitsausschuss stimmt der Vorsitzende mit den Obleuten der Fraktionen ab. Dies sind in der neuen Legislaturperiode Michael Hennrich (CDU/CSU), Sabine Dittmar (SPD), Prof. Andrew Ullmann (FDP), Prof. Alexander Gehrke (AfD), Dr. Achim Kessler (Linkspartei) und Dr. Katrin Kappert-Gonther (Grüne). Abhängig von der Regierungsbildung könnten sich noch Änderungen bei der Zusammensetzung des Gesundheitsausschusses ergeben.

(toro)

[WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT DES AUSSCHUSSES](#)

[www.bundestag.de](http://www.bundestag.de) > Ausschüsse > Gesundheit





EU-Ticker

## AOK lehnt EU-Pläne zur Bewertung von Gesundheitstechnologie ab

16.02.18 (ams). Der AOK-Bundesverband hat den Vorschlag der EU-Kommission für eine Verordnung zur Bewertung von Gesundheitstechnologie (Health-Technology-Assessment, kurz HTA) kritisiert. „Die EU-Pläne würden unser bewährtes Verfahren zur Bewertung des Zusatznutzens neuer Arzneimittel und Medizinprodukte aushebeln und den Patientenschutz gefährden“, warnte Vorstandschef Martin Litsch nach der Veröffentlichung des Kommissionsentwurfes am 31. Januar.

Kommt die Neuregelung, wären alle Mitgliedsländer nach sechs Jahren verpflichtet, die unter Regie der als wirtschaftsnah geltenden EU-Kommission durchgeführte Bewertung des medizinischen Zusatznutzens von neu auf den Markt kommenden Arzneimitteln und vielen Medizinprodukten zu übernehmen. Nationale Bewertungen des Zusatznutzens – in Deutschland erfolgen sie durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses – würde es nur noch in Ausnahmefällen geben.

Laut Verordnungsvorschlag sollen die HTA-Berichte gemeinsam durch nationale Experten nach Vorgaben der Kommission erarbeitet werden. Strittige Themen sollen mit einer einfachen Mehrheit der Mitgliedsstaaten entschieden werden. „Es ist mit weniger Stringenz in der Bewertung zu rechnen und damit mit einem Absenken des deutschen Standards“, kritisiert der Vertreter der AOK in Brüssel, Jan van Lente. „Dadurch gäbe es weniger Transparenz für Ärzte und Patienten über den Nutzen neuer Produkte, und potenziell drohen höhere Preise.“ Auch der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) lehnen den Vorschlag der EU-Kommission ab.

WEITERE INFORMATIONEN AUS DEM WEB:

[www.ec.europa.eu/germany](http://www.ec.europa.eu/germany) > Presse  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > Presse > Pressemitteilungen



WEITERE INFORMATIONEN DER AOK:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > Pressemitteilungen



## Künftig alles digital und zweisprachig?

16.02.18 (ams). Ein von der EU-Kommission bereits im Mai 2017 vorgelegter Verordnungsentwurf zur „Einrichtung eines digitalen Zugangstors“ hat für die Kranken- und Pflegeversicherung größere Auswirkungen als zunächst gedacht. Geplant ist eine mehrsprachige Onlineplattform für die grenzüberschreitende Verwaltung. Sie soll bestehende nationale digitale Angebote und EU-Systeme miteinander verknüpfen und mehr Transparenz sowie





eine Vereinfachung für Unternehmen und Bürger schaffen. Zunächst sei man davon ausgegangen, dass es nur um die öffentliche Verwaltung gehe, sagt AOK-Europaexperte Jan van Lente. Doch die Kommission will auch die Sozialversicherungsträger verpflichten, mindestens zweisprachig und digital über grenzüberschreitende Gesundheits- und Pflegeleistungen zu informieren sowie Verwaltungsvorgänge zu vereinfachen. Abgesehen von technischen Hürden sieht van Lente organisatorische Probleme: „Wenn man berücksichtigt, dass in Deutschland Ärzte und medizinische Dienste bei Anträgen und Leistungsentscheidungen eingebunden sind, ist eine übergreifende europäische Lösung kurz- bis mittelfristig keine realistische Vorstellung.“ Der Europäische Rat hat die Pläne der Kommission bereits abgeschwächt. Das Europaparlament will April oder Mai 2018 Stellung nehmen.

### VERORDNUNGSVORSCHLAG DER EU-KOMMISSION

[www.eur-lex.europa.eu](http://www.eur-lex.europa.eu) > EU-Recht und -Veröffentlichungen > EUR-Lex > EUR-Lex - 52017PC0256



## Endspurt zur Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung

16.02.18 (ams). Nach einer Übergangszeit von zwei Jahren gilt ab dem 25. Mai innerhalb der EU ein neues, strengeres Datenschutzrecht. Nach Darstellung der EU-Kommission haben aber bisher nur Deutschland und Österreich die notwendigen nationalen Gesetze zur Umsetzung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verabschiedet. Die AOK bereitet sich seit zwei Jahren intensiv auf den neuen Rechtsrahmen vor. Denn künftig müssen Datenverarbeitung und Datenschutz deutlich umfangreicher als bisher dokumentiert werden. Werden personenbezogene Daten verwendet, muss dies in jedem Einzelfall begründet werden. Vorgeschrieben sind zudem Risikofolgenabschätzung, Maßnahmen zur Risikominimierung und die Einteilung von Daten in Risikoklassen. Denn es macht einen Unterschied, ob es um ein Gewinnspiel geht, um Marktforschung oder ob unter Umständen Gesundheitsdaten über eine App erfasst werden.

### INFORMATIONEN DER EU-KOMMISSION:

[www.ec.europa.eu/germany](http://www.ec.europa.eu/germany) > Presse

(toro)



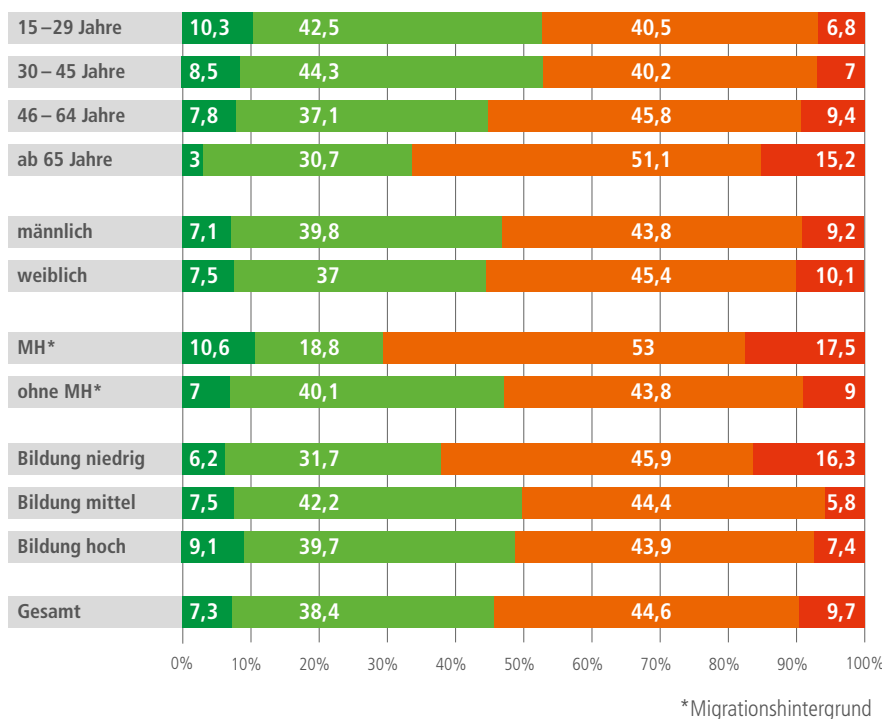


## Gesundheitskompetenz in Deutschland

ams-Politik 02/18

### Niveau des Gesundheitswissens

- exzellent
- ausreichend
- problematisch
- inadäquat



Quelle: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Ergebnisbericht, Bielefeld, Dezember 2016;  
Grafik: AOK-Mediendienst

54 Prozent der Menschen in Deutschland haben Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen und zu verarbeiten – insbesondere betagte Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund oder geringem Bildungsgrad. Im europäischen Schnitt sind es nur knapp 48 Prozent, in den Niederlanden nicht einmal 29 Prozent. Das ist das Ergebnis einer internationalen Umfrage, dem European Health Literacy Survey 2012. Die Universität Bielefeld, der AOK-Bundesverband und die Hertie-School of Governance wollen der Situation in Deutschland mit einem „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ begegnen.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen



Zahl des Monats:

## 1.605.297 Pflegebegutachtungen ...

16.02.18 (ams). ... nach dem neuen Begutachtungsverfahren haben die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) im vergangenen Jahr durchgeführt. In 1.398.813 Fällen empfahlen die Gutachterinnen und Gutachter einen der fünf Pflegegrade. Durch das zum 1. Januar 2017 eingeführte Verfahren nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bekamen rund 304.000 Betroffene einen Pflegegrad zuerkannt, denen nach dem alten System keine Pflegestufe zuerkannt worden wäre.

820.652 Pflegeversicherte haben nach den neuen Zahlen des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) im vergangenen Jahr erstmals Leistungen erhalten. Darüber hinaus haben die MDK in den ersten Monaten des vergangenen Jahres zusätzlich rund 268.000 Versicherte nach dem alten Verfahren begutachtet und – sofern Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde – in einen der fünf Pflegegrade übergeleitet. Dabei handelt es sich nach Auskunft des MDS um Personen, die vor dem 1. Januar 2017 einen Antrag gestellt hatten.

WEITERE INFORMATIONEN DES MDS:

[www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)





## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Künftig auch Nutzenbewertung für Arzneimittel im Krankenhaus

Auch Medikamente, die ausschließlich im stationären Bereich verordnet werden, müssen künftig eine Nutzenbewertung durchlaufen. Dazu wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) seine Vorgehensweise im Rahmen der sogenannten frühen Nutzenbewertung anpassen. Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung entscheidet der GBA über den medizinischen Zusatznutzen eines neuen Medikaments im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie. Die Nutzenbewertung für ausschließlich in der Krankenhausversorgung genutzte Medikamente wurde durch eine Änderung des Arzneimittel-Versorgungsgesetzes (AMVSG) möglich, die der Bundestag 2017 verabschiedet hat.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von seinen Beschlüssen sind alle Versicherten betroffen. Denn der GBA entscheidet unter anderem, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Beschlüsse treten in der Regel erst nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der AOK-Mediendienst informiert regelmäßig über wichtige Entscheidungen des GBA.

### Grippeimpfungen: GKV-Versicherte nicht schlechter gestellt

Der GBA widerspricht Medienberichten, nach denen GKV-Versicherte bei Gripeschutzimpfungen schlechter gestellt sind als Privatversicherte: Die Mitte Januar erfolgte Anpassung der bisherigen Influenzaimpfempfehlung „ist entgegen der Verlautbarung in manchen Medien kein tauglicher Ansatzpunkt für die Propagierung einer angeblich schlechteren Versorgung der GKV-Versicherten gegenüber PKV-Versicherten“, heißt es in einer Pressemitteilung. Zu der Erklärung sah sich der Ausschuss gezwungen, nachdem die Ständige Impfkommission (STIKO) ihre Empfehlungen zum verwendeten Grippeimpfstoff Mitte Januar geändert hatte. Darin hatte sich die Kommission dafür ausgesprochen, gegen die saisonale Grippe einen Vierfachimpfstoff einzusetzen. Während Privatversicherte den Gripeschutz mit der Vierfachimpfung erhalten, werden gesetzliche Versicherte – basierend auf einer Empfehlung der STIKO vom vergangenen Jahr und der aktuellen Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des GBA – mit dem Dreifachimpfstoff geimpft. In medizinisch begründeten, patientenindividuellen Fällen können Ärzte schon heute einen Vierfachimpfstoff verwenden. Der GBA werde, so heißt es in der Pressemitteilung weiter, zügig über eine Anpassung der Schutzimpfungsrichtlinie und somit über die Aufnahme der Vierfachimpfung in den Leistungskatalog der GKV beraten.

Seit 2007 können Schutzimpfungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen vorgenommen werden. Voraussetzung dafür ist, dass die beim Robert-Koch-Institut ansässige STIKO eine Empfehlung dazu ausspricht. Auf Basis dieser Empfehlungen legt dann der GBA in der sogenannten Schutzimpfungsrichtlinie die Leistungspflicht der GKV fest.

WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT  
DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Erst mit dem Mitgliederentscheid der SPD wird feststehen, ob die Sozialdemokraten erneut mit der Union in eine Regierungskoalition eintreten. Bis dahin bleibt der Bundestag auch gesundheitspolitisch weiterhin zur Tatenlosigkeit verdammt. Der AOK-Medienservice (ams) bietet stattdessen lediglich den Überblick über jene Gesetzesvorhaben der abgelaufenen Legislaturperiode, die aufgrund des Prinzips der Diskontinuität entfallen sind, sowie über laufende EU-Vorhaben und Verordnungen der Bundesregierung, die nur der Zustimmung des Bundesrats bedürfen (Stand: 15. Februar 2017). Die folgenden und ältere Stichworte gibt es auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).

### Durch Diskontinuität erledigte Gesetzesvorhaben

#### Operationstechnische Assistenten

Bereits zum zweiten Mal ist das Vorhaben des Bundesrats, die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten zu regeln, gescheitert. Der Bundestag hatte zwar den Gesetzentwurf der Länderkammer aufgenommen, aber nicht zur Beratung angesetzt. Kern des Vorhabens ist es, dass die dreijährige Ausbildung von den Krankenkassen finanziert wird. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Bereits dieser Entwurf war wortgleich mit einem Gesetzentwurf der Länder aus der 17. Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/1223) und wegen des Grundsatzes der Diskontinuität nach der Bundestagswahl 2013 erneut eingebracht worden. Grundlage des Länder-Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006.

DIE GESETZENTWÜRFE:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksachen 18/1581 und 17/1223



#### Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Auch das Ländervorhaben, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen, ist zum zweiten Mal gescheitert. Der Gesetzentwurf des Bundesrats, der gleichlautend schon in der vorherigen Legislaturperiode in den Bundestag eingebracht, aber dort nicht beraten worden war (Bundestags-Drucksache 18/1289), zielt darauf ab, den Rettungsdienst als eigenständigen medizinischen Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verankern. Das soll insbesondere dazu führen, dass die Kosten der Notfalleinsätze immer



von den Krankenkassen übernommen werden. Bisher ist dies nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge (Bundesrats-Drucksache 69/14). Bereits im März 2013 hatte die Länderkammer einen gleichlautenden Gesetzentwurf eingebracht (Drucksache 17/13969), der jedoch vor der Bundestagswahl 2013 vom Parlament nicht mehr abschließend beraten worden war und folglich unter das Prinzip der Diskontinuität fiel.

DIE GESETZENTWÜRFE:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksachen 18/1289 und 17/13969



## Verordnungen

### Rechengrößen für die Sozialversicherungen 2018

2018 sind die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung gestiegen. Die Beitragsbemessungsgrenze beträgt jetzt 53.100 Euro jährlich (2017: 52.200 Euro) beziehungsweise 4.425 Euro monatlich (2017: 4.350 Euro). Die Versicherungspflichtgrenze liegt nun bei 59.400 Euro (2017: 57.600 Euro). Überschreitet das Jahreseinkommen aus sozialversicherungspflichtiger Tätigkeit diese Jahresarbeitsentgeltgrenze, besteht die Wahlmöglichkeit zwischen freiwilliger gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung. Auch die Beitragsbemessungsgrenzen für die Renten- und die Arbeitslosenversicherung sind 2018 gestiegen. Grundlage für die Anhebungen ist die Einkommensentwicklung im Jahr 2016. Diese betrug bundesweit 2,42 Prozent, in den alten Bundesländern 2,33 Prozent und in den neuen Bundesländern 3,11 Prozent. Die entsprechende Verordnung über die Sozialversicherungs-Rechengrößen für das Jahr 2018 hatte das Bundeskabinett am 27. September 2017 beschlossen, und wurde vom Bundesrat am 3. November 2017 gebilligt.

DER VERORDNUNGSENTWURF:

[www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Presse > Pressemitteilungen > Mitteilung vom 27.09.17





## Kurzmeldungen

### Maßnahmen gegen Landarztmangel

16.02.18 (ams). Die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum ist Gegenstand einer Kleinen Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion. Die Abgeordneten wollen unter anderem erfahren, wie Landärzte von Ärzten im städtischen Raum offiziell abgegrenzt werden. Außerdem soll die Bundesregierung angeben, wie viele Personen mehr als zehn beziehungsweise 20 Kilometer von einem niedergelassenen Hausarzt oder von einem Krankenhaus entfernt leben. Gefragt wird weiter nach Schließungen von Praxen und nach Prognosen, wie viele Landärzte bis 2030 benötigt werden.

WEITERE INFORMATIONEN:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 19/553



### Deutscher Pflegeetag 2018: Kompetenz verbindet

16.02.18 (ams). Pflegeberatung, Prävention, technische Assistenzsysteme in der Pflege, sowie Kinder und Jugendliche mit Pflegeverantwortung: Das sind die thematischen Schwerpunkte des AOK-Bundesverbandes auf dem Deutschen Pflegeetag vom 15. bis 17. März in Berlin. Mit Fachvorträgen, Podiumsdiskussionen und Workshops informiert der Deutsche Pflegeetag über die neuesten Themen und Trends in der Pflege. Die dazugehörige Fachaustellung bietet eine Plattform zum intensiven Erfahrungsaustausch über alle Bereiche der Pflege. Der Stand des AOK-Bundesverbandes steht unter dem Motto: „Pflege – Kompetenz verbindet“. Der Deutsche Pflegeetag ist die zentrale Branchenveranstaltung für die Pflege und richtet sich an Manager, Pflegefachkräfte, Pflegeschüler oder Pflegeinteressierte gleichermaßen.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.deutscher-pflegetag.de](http://www.deutscher-pflegetag.de)



### Forschungsprojekt „ARena“: Antibiotika-Einsatz reduzieren

16.02.18 (ams). Als wichtige Maßnahme gegen die Verbreitung gefährlicher multi-resistenter Keime gilt ein zurückhaltender Einsatz von Antibiotika. Wie sich dieses Ziel umsetzen lässt, zeigt das über den Innovationsfonds geförderte Projekt „ARena“. Die Abkürzung steht für „Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden“. Das Aqua-Institut sowie die AOK Bayern und die AOK Rheinland/Hamburg informieren in Zusammenarbeit mit rund 200 Arztpraxen Patienten über den richtigen Umgang mit Antibiotika. Im Mittelpunkt steht ein Trainingsprogramm für niedergelassene Ärzte und ihre Teams zur besseren Aufklärung über die vier häufigsten Erkältungskrankheiten.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) > Arzt und Praxis > PRO DIALOG aktuell







**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: \_\_\_\_\_

- Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

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 schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

## Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

---

---

---

---