

AOK-MEDIENSERVICE

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

01/22 POLITIK

 @AOK_Politik

Koalitionsvertrag der Ampel

Vereinbarung mit Ausbaupotenzial 2

Neu an der Spitze des AOK-Bundesverbandes

**Carola Reimann: Pflegekassen
brauchen mehr Spielraum** 5

ams-Grafik: Transparenz-Liste

**Weniger Kliniken erreichen
Mindestmengen für komplexe Eingriffe** 6

EU-Ticker

**EU-Parlament billigt
erweiterte EMA-Kompetenzen** 7

Zahl des Monats

65 Prozent des Pflegepersonals 11

Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss 12

Gesetzgebungskalender 14

Kurzmeldungen 21

Herausgeber: Pressestelle des AOK-Bundesverbandes, Berlin
Redaktion: AOK-Mediendienst, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Bernhard Hoffmann (verantwortlich),
Ralf Breitgoff, Barbara Huhn, Telefon: 030/220 11-200, Telefax: 030/220 11-105, Grafik: Kerstin Conradi
E-Mail: aok-mediendienst@bv.aok.de, Internet: www.aok-presse.de

Koalitionsvertrag der Ampel

Vereinbarung mit Ausbaupotenzial

26.01.22 (ams). Gute Ansätze mit Weiterentwicklungsbedarf für das Kapitel „Gesundheit und Pflege“ bescheinigt der AOK-Bundesverband dem Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP (siehe auch Gesetzgebungskalender ab Seite 14). Die vorgeschlagene Reformagenda benenne fast alle wichtigen Baustellen im Gesundheits- und Pflegebereich, heißt es in einer Kurzbewertung des Verbandes. Dazu gehörten insbesondere die geplanten Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung und der Einstieg in eine sektorenunabhängige Versorgung. Der Ampel-Vertrag bleibe allerdings bei wichtigen Punkten hinter den Erwartungen zurück.

„Wir brauchen eine nachhaltige Finanzierung. Daran müssen wir mit der Politik arbeiten“, fordert Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes. Die GKV erhalte zwar 2022 einen zusätzlichen Steuerzuschuss von 14 Milliarden Euro, womit das zuletzt prognostizierte Milliardenminus in letzter Minute abgewendet worden sei. „Aber in den kommenden Jahren wird das strukturelle Defizit sicher nicht kleiner, und deswegen sollte die neue Bundesregierung sehr schnell skizzieren, was sie hier tun will.“

Kai Senf, Geschäftsführer Politik im AOK-Bundesverband, prognostiziert, dass zum Ende der Wahlperiode rund 50 Milliarden Euro fehlten, „falls der Gesetzgeber nicht gegensteuert“. Diese müssten dann vollständig über den Zusatzbeitrag finanziert werden. Damit würde sich der Zusatzbeitrag von aktuell 1,3 auf 2,6 Prozent verdoppeln. „Die neue Regierung müsse bereits für 2023 eine Lösung finden, um die Finanzlücke zu schließen“, verlangt Senf. Zwar kündigen die Koalitionäre erste Schritte an, die zu Entlastungen bei den Einnahmen der GKV führen. Jedoch reichten etwa die angekündigten höheren Beitragszahlungen des Bundes für Arbeitslosengeld-II-Empfänger nicht aus, so Senf. Die AOK hatte in ihrem Positionspapier „Neue Nähe für ein gesünderes Deutschland“ kostendeckende Beiträge gefordert. Rund zehn Milliarden Euro Mehreinnahmen pro Jahr könnte die GKV so verbuchen.

Zentrales Versprechen des Gesundheitsministers

Positiv bewertet der Politik-Chef, dass der neue Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Leistungen im Gesundheitswesen nicht reduzieren will: „Damit gibt die Koalition das ‚zentrale Versprechen‘ ab, dass sie die Finanzierungsprobleme nicht zulasten der Versicherten und Patienten lösen will.“

In der ambulanten Versorgung sieht Senf weitere positive Aspekte. Unnötige stationäre Behandlungen künftig auch ambulant anzubieten, sei grundsätzlich sinnvoll, erklärt er. Ob die „sektorengleichen Hybrid-DRG“ (Diagnosis Related Groups) das richtige Mittel seien, hält er für fragwürdig. „Die sektorengleiche Vergütung allein reicht nicht, um eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten

flächendeckend zu garantieren“, unterstreicht der Politik-Chef. Die bessere Ausschöpfung von Möglichkeiten zur Ambulantisierung sei daher in das Gesamtkonzept zur sektorenunabhängigen Versorgung zu integrieren und mit einem einheitlichen Ordnungsrahmen zu versehen.

Hinsichtlich einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung bedauert Senf, dass Krankenkassen bisher keine Rolle spielen. Diese könnten ihre „ausgezeichnete regionale Expertise“ einsetzen und eine Lotsenfunktion in der Versorgung übernehmen. Der Vertrag sieht vor, dass der Bund gemeinsam mit den Ländern eine sektorenübergreifende Planung der Versorgung weiterentwickelt. Die AOK dagegen schlägt ein 3+1-Gremium aus Kassenärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausesellschaften und Krankenkassen sowie dem jeweiligen Bundesland als Unparteiischem vor. Nur so kann es laut Senf gelingen, maßgeschneiderte regionale Versorgungsmodelle wie Gesundheitszentren umzusetzen und eine interdisziplinär vernetzte Versorgung mit patientengerechten Behandlungspfaden zu gewährleisten.

Gut heißt er, dass die Koalition eine umfassende Krankenhaus-Strukturreform angeht. „Dass die Umsetzung durch einen Bund-Länder-Pakt auf Basis von Empfehlungen einer Regierungskommission erfolgen soll, sei aber „problematisch“. Die Krankenkassen sollten an diesem Prozess beteiligt werden. Zudem sollte sich Senf zufolge die Krankenhausplanung nicht nur an den Kriterien Erreichbarkeit und demografische Entwicklung orientieren: „Sie muss zwingend auch Qualitätsanforderungen berücksichtigen.“ Leider sei auch die zunächst angedachte Übernahme von Finanzierungsverantwortung durch den Bund bei den Investitionskosten im Krankenhaus wieder herausgefallen, moniert er. „Die ist aber eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Krankenhausreform. Hier muss die Ampel nachlegen.“

Bei Arzneimittelpreisen muss die Ampel mehr wagen

Bei den geplanten Maßnahmen im Bereich Arzneimittel begrüßt die AOK zwar die Absicht, das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) weiterzuentwickeln. Künftig soll der zwischen GKV-Spitzenverband und Hersteller verhandelte Erstattungspreis bereits ab dem siebten Monat nach Markteintritt gelten und nicht mehr wie bisher nach einem Jahr. „Doch die Koalition muss mehr wagen“, betont Senf. Er bedauert, dass die Senkung der Mehrwertsteuer wie auch die Anhebung des Herstellerrabatts ganz aus dem Vertrag herausgefallen sind. In einer früheren Version des Koalitionsvertrages war noch eine Erhöhung des gesetzlichen Herstellerrabattes für patentgeschützte Arzneimittel von sieben auf 16 Prozent und eine Absenkung der Umsatzsteuer für Arzneimittel von 19 auf sieben Prozent vorgesehen. Mit weiteren kurzfristigen Sparmaßnahmen, wie etwa die Abschaffung der limitierenden Prüfquote auf Krankenhausrechnungen, die Beendigung der Doppelfinanzierung der Diagnosis Related Groups (DRG) und des Pflegebudgets, die Rücknahme der extrabudgetären Vergütung von Vertragsärzten für Neupatienten und eine Nullrunde bei der vertragsärztlichen Gesamtvergütung könnten die Kosten in der GKV um bis zu zwölf Milliarden Euro abgesenkt werden, schätzt Senf.

Dass versicherungsfremde Leistungen wie Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und pandemiebedingte Zusatzkosten aus Steuermitteln finanziert werden, befür-

wortet er. Auch dass die Eigenanteile der Pflegebedürftigen gesenkt werden etwa durch Herausnahme der Ausbildungskosten und Finanzierung der Behandlungspflege durch die GKV. Ob mit der geplanten „Herausnahme der Ausbildungskosten“ eine vollständige Finanzierung durch die öffentliche Hand verbunden sei, wie es ordnungspolitisch sinnvoll wäre, müsse sich in der Umsetzung zeigen. „Hier ist der Ampel-Vertrag noch interpretationsbedürftig“, sagt Senf. Klarer dagegen sei die Ankündigung, die Option zur Anhebung des Beitrages zur Pflegeversicherung „moderat“ zu nutzen. „Eine ganzheitliche strukturbildende Reform für eine zukunftsfeste Pflegeversicherung, etwa durch die Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, werden die vorliegenden Ampel-Pläne noch nicht erreichen“, resümiert Senf. „Wir müssen die Pflegefinanzierung nachhaltig sicherstellen und eine Strukturreform auf den Weg bringen. Das darf auf keinen Fall aufgeschoben werden“, bekräftigt die AOK-Chefin Reimann. „Dabei sollte eine Pflegereform auch mit dem Ziel verknüpft werden, die Prävention zu stärken. Das würde es nämlich ermöglichen, zahlreiche Menschen gar nicht erst pflegebedürftig werden zu lassen.“

Weitere Einschätzungen zum Koalitionsvertrag auch im AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G):
www.gg-digital.de > G+G 01/22



Neu an der Spitze des AOK-Bundesverbandes

Carola Reimann: Pflegekassen brauchen mehr Spielraum

05.01.22 (ams). Für eine erweiterte Rolle der Pflegekassen plädiert die neue Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Carola Reimann. Gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels dürfe „nicht weiter auf die gestalterische Kompetenz der Kassen verzichtet werden“, sagt Reimann im Interview mit dem AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G). „Ähnlich, wie sich die Rolle der Kassen in der gesetzlichen Krankenversicherung weg vom reinen Bezahler hin zum Gestalter entwickelt hat, ist ein solcher Prozess auch in der Pflegeversicherung erforderlich.“ Gestaltungsmöglichkeiten sieht Reimann insbesondere auf kommunaler Ebene, um Prozesse zu optimieren.

Reimann hat das Amt der Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes zu Beginn dieses Jahres von Martin Litsch übernommen. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) drängt sie auf rasche Reformen. Die Corona-Pandemie dürfe nicht dazu führen, „dass strukturelle Aufgaben verschleppt werden“. „Wir haben akute finanzielle Probleme, und es gibt die strukturellen Probleme, die wir ja schon lange kennen.“ Im Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP seien auf der Einnahmenseite einige Vorhaben genannt, „die mich hoffnungsvoll stimmen“, sagt Reimann und nennt als Beispiel höhere Beitragszahlungen für Arbeitslosengeld-II-Empfänger.

Als weitere wichtige Aufgaben nennt sie Reformen im Krankenhausbereich, die Fragen einer sektorenübergreifenden Versorgung und Einsparungen im Arzneimittelbereich. Dabei bestehen nach ihrer Einschätzung gute Chancen, dass Bund und Länder gemeinsam strukturelle Änderungen beschließen werden. „Denn die Gesundheitsministerinnen und -minister in den Ländern wissen sehr genau, wo die Probleme liegen“, meint die frühere niedersächsische Gesundheitsministerin. So stärke der Vorschlag der AOK, für eine sektorenübergreifende Versorgung sogenannte 3+1-Gremien mit Vertragsärzten, Krankenhäusern, Kassen und Landesregierung einzurichten, die Landesebene.

In dem Interview spricht die ehemalige Gesundheitsministerin Niedersachsens außerdem über künftige Finanzierungsgrundlagen der GKV, die Weiterentwicklung des Ausgleich zwischen den Kassen, den sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) und ihre Erwartungen an den neuen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach.

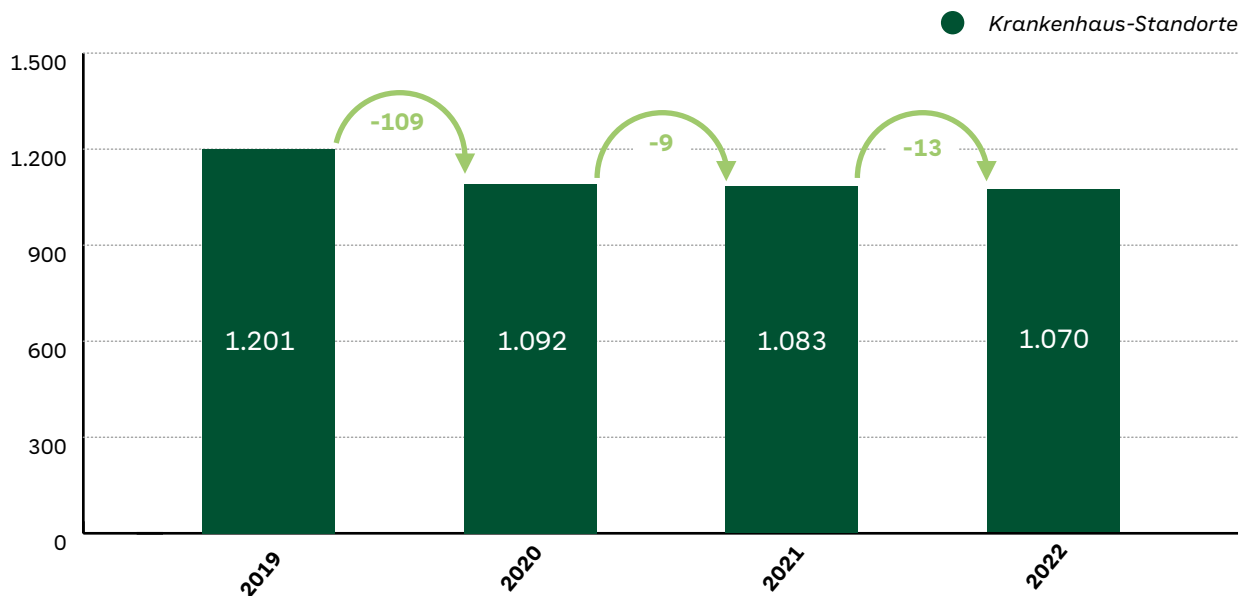
Die AOK sieht Reimann aufgrund ihrer politischen Erfahrungen auf Bundesebene und in einer Landesregierung als unverzichtbare Gesprächspartnerin. Sie wolle für die AOK-Gemeinschaft „ein gewichtiges Wort mitreden und die hohe Kompetenz und Expertise des Bundesverbandes einbringen“.

Das gesamte G+G-Interview:
www.gg-digital.de > G+G 01/22



ams Grafik

Transparenz-Liste: Mindestmengen-relevante Eingriffe an immer weniger Standorten



Quelle: Mindestmengen-Transparenzkarte der AOK, www.aok-bv.de, Grafik: AOK-Mediendienst

Die Zahl der Krankenhaus-Standorte, an denen mit Mindestmengen belegte Behandlungen angeboten werden, ist mit Beginn des Jahres 2022 um 13 Standorte gesunken. 2021 waren es neun Häuser weniger als im Jahr davor. Die Angaben basieren auf der Mindestmengen-Transparenzkarte, die die AOK im November 2021 aktualisiert und mit den Daten für das Jahr 2022 befüllt hat (www.aok-bv.de > Engagement > Mindestmengen). Das Online-Angebot gibt einen Überblick über die 1.070 deutschen Kliniken, die 2022 Mindestmengen-relevante Operationen mit besonders hohen Risiken für die Patienten durchführen dürfen. Mindestmengen dienen der Patientensicherheit, so der AOK-Bundesverband. Sie trügen dazu bei, dass komplizierte Operationen und Behandlungen an Krankenhäusern mit der nötigen Routine und Erfahrung durchgeführt würden.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:

www.aok-bv.de > Bilderservice > Krankenhaus

EU-Ticker

EU-Parlament billigt erweiterte EMA-Kompetenzen

21.01.22 (ams). Die Abgeordneten des Europäischen Parlamentes haben am 19. Januar einer Kompetenz-Erweiterung der EU-Arzneimittelagentur (EMA) zugestimmt. Zuvor hatten sich Vertreter des Parlamentes, des Rates der Regierungen und der EU-Kommission auf einen gemeinsamen Text verständigt. Das erweiterte EMA-Mandat betrifft in erster Linie die rechtzeitige Warnung von möglichen Engpässen bei Arzneimitteln und Medizinprodukten und das Einleiten entsprechender Gegenmaßnahmen. Dazu sollen alle Beteiligten über je eine neue EMA-Lenkungsgruppe eingebunden werden. Als Lehre aus der Corona-Pandemie soll die Agentur mit Sitz in Amsterdam in künftigen Gesundheitskrisen auch eine schnelle Entwicklung von Arzneimitteln unterstützen und im Bedarfsfall für eine beschleunigte Zulassung sorgen.

Die Stärkung der EMA ist nach der bereits beschlossenen Aufgabenerweiterung des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) ein weiterer Schritt auf dem Weg zur geplanten Gesundheitsunion. Der entsprechende Vorschlag der EU-Kommission stammt aus dem November 2020. Er beinhaltet auch eine neue Verordnung zur EU-Zusammenarbeit bei schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren. Umstritten sind insbesondere die von der Kommission angestrebten Kompetenzerweiterungen gegenüber den Mitgliedstaaten. Er hoffe dennoch auf eine schnelle Einigung, sagte der CDU-Europaabgeordnete Peter Liese. Die Änderungen seien wichtig, „um in Zukunft auch in Europa, unabhängig von der WHO, einen Gesundheitsnotstand auszurufen und somit die neu etablierten Krisenmechanismen in Gang setzen zu können“, so der gesundheitspolitische Sprecher der Christdemokraten im Parlament.

Info des Europaparlaments zum EMA-Beschuss
www.europarl.europa.eu >Aktuelles > Presseraum



Frankreich übernimmt EU-Ratspräsidentschaft

21.01.22 (ams). Zum Jahreswechsel hat Frankreich die EU-Ratspräsidentschaft von Slowenien übernommen. Auch das gesundheitspolitische Europaprogramm der französischen Regierung steht ganz im Zeichen der Pandemie-Bewältigung. Ziel sei es, „das Europa der Gesundheit durch eine Verbesserung der Reaktionsfähigkeit, Koordination und Solidarität zu festigen“, sagte Frankreichs Staatspräsident Emmanuel Macron am 19. Januar in seiner Auftaktrede vor dem Europaparlament in Straßburg. Dazu gehörten sicherere Versorgungsketten bei Gesundheitsprodukten ebenso wie eine stärker strategisch ausgerichtete Gesundheitsindustriepolitik der EU. „Die französische Ratspräsidentschaft wird die von den vorherigen Ratspräsidentschaften begonnene Debatte zur Vertiefung des Europas der Gesundheit fortsetzen, um die Entstehung einer echten Europäischen Union der Gesundheitspolitik anzustreben“, heißt es im Ratsprogramm. Konkret strebe Frankreich den Abschluss der Verhand-

lungen über das Paket von Rechtsvorschriften zur „Schaffung einer europäischen Gesundheitsunion“ an. Zum weiteren Vorgehen auf diesem Weg haben sich die EU-Gesundheitsminister bereits am 18. Januar in einer Videokonferenz ausgetauscht.

Die slowenische Regierung verbuchte in der EU-Gesundheitspolitik für sich vor allem die Einigung der Mitgliedstaaten auf eine Aufwertung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA), auf eine Stärkung des EU-Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und die grundsätzliche Einrichtung einer EU-Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen. Strukturen und Kompetenzen der von der EU-Kommission vorgeschlagenen „Health Emergency Preparedness and Response Authority“ (HERA) wurden allerdings vom Rat noch nicht endgültig abgesegnet. Frankreich will den HERA-Aufbau laut Programm aktiv unterstützen.

Mit dem Wechsel der Ratspräsidentschaft endet auch der gemeinsame Trio-Vorsitz von Deutschland, Portugal und Slowenien. Frankreich arbeitet in der folgenden 18-monatigen Teampräsidentschaft eng mit den Nachfolgeländern Tschechien und Schweden zusammen.

Infos zur französischen Ratspräsidentschaft
presidence-francaise.consilium.europa.eu/de



Übergangsfrist für neue HTA-Regeln läuft

21.01.22 (ams). Die neue Verordnung zur europäischen Nutzenbewertung neuer Gesundheitstechnologien (Health-Technology-Assessment, HTA) ist am 12. Januar in Kraft getreten. Die damit verbundenen neuen Regeln für die Zusammenarbeit der zuständigen nationalen und EU-Einrichtungen untereinander und mit der Industrie gelten aber vollständig erst nach einer dreijährigen Einführungsphase ab dem 12. Januar 2025. Im Sommer 2021 hatten sich Europäischer Rat und Europaparlament nach jahrelangem Streit um die HTA-EU geeinigt. Danach sollen die EU-Länder künftig bei wissenschaftlichen Beratungen und bei der klinischen Bewertung von Arzneimitteltherapien besser zusammenarbeiten. Die neuen Regeln gelten ab 2025 zunächst für Krebstherapien. Nach und nach werden dann Medikamente zur Behandlung seltener Krankheiten und danach alle anderen neuen Arzneimittel und Medizinprodukte einbezogen.

EU-Verordnung über die Bewertung von Gesundheitstechnologien
www.eur.-lex.europa.eu > Verordnung 2021/2282



Drogen-Beobachtungsstelle soll aufgewertet werden

21.01.22 (ams). Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) soll in eine EU-Agentur für Drogen umgewandelt werden. Das hat die EU-Kommission am 12. Januar vorgeschlagen. Die Agentur solle innerhalb der EU, aber auch international eine stärkere Rolle bei der Ermittlung und Bekämpfung des Handels mit illegalen Drogen und der Drogenkriminalität spielen. Dazu soll die

Behörde auch besser als bisher mit der überstaatlichen Polizeibehörde Europol zusammenarbeiten. Die Agentur soll laut Kommission künftig auch Bedrohungsanalysen erarbeiten und Warnungen aussprechen, wenn neue, besonders gefährliche Stoffe auf den Markt gelangen. Zudem solle ein Netz kriminaltechnischer und toxikologischer Labore aufgebaut werden, das nationale Labore zusammenführe. Nicht zuletzt werde die neue Agentur die Forschungsarbeit intensivieren sowie Präventions- und Sensibilisierungskampagnen erarbeiten und die Mitgliedstaaten bei der Vorbereitung nationaler Kampagnen unterstützen. Die EU-Staaten müssen einem erweiterten Mandat der Beobachtungsstelle noch zustimmen.

Info der EU-Kommission
www.ec.europa.eu > Nachrichten

EU-Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
www.emcdda.europa.eu



Titandioxid in Lebensmitteln künftig verboten

21.01.22 (ams). Titandioxid darf ab Sommer nicht mehr als Lebensmittelzusatzstoff (E171) verwendet werden. Das hat die EU-Kommission am 14. Januar entschieden. Das Verbot tritt nach einer Übergangsphase zum 15. Juli 2022 in Kraft. Titandioxid wird bisher dazu verwendet, Lebensmitteln eine weiße Farbe zu verleihen. Dies reicht von Backwaren und Brotaufstrichen bis hin zu Suppen, Soßen, Salatdressings oder Nahrungsergänzungsmitteln. Die Mitgliedstaaten hatten die Entscheidung bereits im Oktober 2021 gebilligt. Sie stützt sich auf eine Expertise der EU-Behörde für Lebensmittelsicherheit. Die Gutachter wiesen insbesondere darauf hin, es könne nicht ausgeschlossen werden, dass Titandioxid genetisches Zellmaterial beim Menschen verändert.

Infos der Vertretung der EU-Kommission in Deutschland
germany.representation.ec.europa.eu > Aktuelle Meldungen



Bürgerforum: Höhere Steuern auf ungesundes Essen

21.01.22 (ams). Bei der Konferenz zur Zukunft Europas haben die Bürgervertreter unter anderem höhere Steuern auf ungesunde Lebensmittel und ein europaweites Punktesystem für gesunde Lebensmittel vorgeschlagen. Bei der abschließenden Tagung des Bürgerforums für Klimawandel, Umwelt und Gesundheit vom 7. bis 9. Januar in Warschau verabschiedeten die rund 200 Teilnehmer aus allen Mitgliedstaaten insgesamt 51 Handlungsempfehlungen. Dabei geht es um eine bessere Lebensweise, den Schutz von Umwelt und Gesundheit ebenso wie um eine Neuausrichtung von Wirtschaft und Konsum.

Vorgeschlagen wurden auch Mindeststandards für die Lebensmittelqualität in Schulkantinen und mehr Informationen über die Lebensmittelproduktion im Bildungsbereich. Zudem regten die Bürger ein Kennzeichnungssystem für den gesamten

ökologischen Fußabdruck in der EU gekaufter Produkte an. Auch die Verwendung hormoneller Stoffe in Lebensmitteln müsse gekennzeichnet und der Einsatz von chemischen Pestiziden und Düngemitteln deutlich reduziert werden.

Die Vorschläge werden jetzt zusammen mit den Empfehlungen aus den anderen Themenforen im Konferenzplenium vorgestellt. Geplant sind vier Plenarkonferenzen, an denen 80 Teilnehmer der vier Bürgerforen und je ein weiterer Bürger aus jedem Mitgliedsland teilnehmen und gleichberechtigt mit Abgeordneten des Europaparlaments, Mitgliedern der nationalen Parlamente und Vertretern von Rat und Kommission diskutieren. Im Frühjahr soll ein Exekutivausschuss die Ergebnisse in einem Bericht für das Europaparlament, den Rat und die EU-Kommission zusammenfassen.

Vorschläge des Bürgerforums zu Klimawandel, Umwelt und Gesundheit
www.europarl.europa.eu > Aktuelles > Schlagzeilen

Informationen zur Konferenz zur Zukunft Europas
futureu.europa.eu

G+G-Beitrag zur Konferenz zur Zukunft Europas
www.gg-digital.de > G+G 10/21



Zahl des Monats

65 Prozent Pflegepersonals ...

19.01.22 (ams) ... in ambulanten oder stationären Altenpflege-Einrichtungen arbeiten 2019 in Teilzeit. Das sind laut Statistischem Bundesamt (Destatis) fast zwei Drittel oder 616.000 der Pflege- und Betreuungskräfte. Insgesamt sind 954.000 Pflege- und Betreuungskräfte in Pflegeheimen oder bei ambulanten Pflegediensten tätig. Die im Branchenvergleich hohe Teilzeitquote (Gesamtwirtschaft: knapp 30 Prozent) hat vielfältige Ursachen: Der mit 85 Prozent hohe Anteil an weiblichen Beschäftigten erklärt dies nur zum Teil, denn auch der Teilzeitanteil der männlichen Beschäftigten in der Altenpflege ist mit 44 Prozent gegenüber der Gesamtwirtschaft (zwölf Prozent) erhöht. In einer repräsentativen Umfrage des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) aus dem Jahr 2019 gaben die befragten Pflegefachpersonen mehrheitlich die hohe Arbeitsbelastung als Grund für ihre Entscheidung an, in Teilzeit zu arbeiten. Erst danach folgten weitere Motive wie das Bedürfnis nach mehr Freizeit oder Pflichten in der Kinderbetreuung.

Zwischen 2009 und 2019 ist die Zahl der Beschäftigten in der Pflege um 40 Prozent gestiegen. Dennoch bezifferte der „Pflege-Report 2019“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) den Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2030 auf rund 130.000 zusätzliche Pflegefachpersonen. Neben dem Steigern der Ausbildungsquote und dem Anwerben ausländischen Pflegepersonals, gilt das Aufstocken von Teilzeit- zu Vollzeitstellen als ein vielversprechender Ansatz, um mehr Pflegefachkräfte zu gewinnen. Laut DBfK ist die „Ressource Teilzeit“ aber nur mit verbesserten Arbeitsbedingungen zu heben.

Mehr Pflegepersonal (zurück) zu gewinnen ist auch erklärtes Ziel der Konzierten Aktion Pflege (KAP) unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums, in der Bund, Länder und rund 50 Verbände und Akteure des Gesundheitswesens, unter anderen der AOK-Bundesverband, Maßnahmen zum Beispiel zu Themen wie einer Ausbildungsoffensive und Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung beschlossen haben. Um den Beruf attraktiver zu gestalten und beruflich Pflegende zu halten und zurück zu gewinnen, hat die AOK die Initiative „Pflege.Kräfte.Stärken“ gestartet. Die Gesundheitskasse unterstützt mit speziell für die Pflegebranche entwickelten Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ambulante Dienste, stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser dabei, individuelle Gesundheitslösungen für Pflegefachkräfte anzubieten. Langfristig gesund und mit Freude ihren Beruf auszuüben, ist das Ziel für die professionell Pflegenden und ihre Arbeitgeber.

Die AOK-Initiative Pflege.Kräfte.Stärken.
www.aok-bv.de > Engagement

Umfrage des DBfK: „Teilzeit = Ressource bei Fachkräftemangel?“
www.dbfk.de > Veröffentlichungen > Downloads

Statistische Bundesamt (Destatis)
www.destatis.de > Presse > Pressemitteilungen



Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

GBA attestiert fünfmal „erheblichen Zusatznutzen“

Insgesamt für fünf Arzneimittel hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im vergangenen Jahr in der frühen Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln das höchste Gütesiegel – einen „erheblichen Zusatznutzen“ – vergeben. Dazu zählen Wirkstoffkombinationen zur Behandlung von Mukoviszidose bei Patienten ab 12 Jahren für zwei unterschiedliche genetische Ausprägungen sowie der Wirkstoff Nusinersen bei einer bestimmten Patientengruppe, die an der seltenen Erbkrankheit spinale Muskelatrophie leidet. Diese führt bereits bei Kleinkindern zu Muskelschwund und Lähmungen. 2021 hat der GBA insgesamt 146 Beschlüsse zum Zusatznutzen gefasst, so viele wie noch nie zuvor. „Die Forschungsleistung der Hersteller ist ungebrochen hoch. Aber es bedarf eben auch einer qualitativen Einordnung dahingehend, wie groß die Therapiefortschritte tatsächlich sind“, sagte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA und Vorsitzender des Unterausschusses Arzneimittel. Dies seien wichtige Informationen für die Behandlung der Patienten, aber eben auch für die Preisgestaltung. Das im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung festgehaltene Vorhaben, die Zeitspanne der freien Preisbildung durch den Hersteller von derzeit zwölf auf künftig sechs Monate zu verkürzen, bewertete er als richtig. „Denn mit dem GBA-Beschluss wissen wir zu diesem Zeitpunkt ja bereits, ob das neue Arzneimittel tatsächlich einen zusätzlichen Nutzen hat und wenn ja, wie groß dieser ist“, erläuterte Hecken.

GBA erweitert Angebote der ASV

Auch Patienten mit Tumoren im Gehirn und an peripheren Nerven sowie solche mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen können künftig von einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) profitieren. In seiner Beschlussfassung spezifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in diesem Zusammenhang, wie die betreffenden interdisziplinären ASV-Teams zusammengesetzt sein müssen, welche qualitätssichernden Maßnahmen gelten und welche Leistungen zu diesen besonderen, sektorenübergreifenden Behandlungsangeboten gehören. Als nächste Indikationen wird der GBA im Jahr 2022 die Aufnahme der Erkrankungen Multiple Sklerose sowie für Knochen- und Weichteiltumore in die ASV beraten. „In Deutschland erkranken pro Jahr circa 7.700 Menschen an einem Tumor des Gehirns, gleichzeitig haben wir gerade in der Tumorthherapie einen rasanten medizinischen Fortschritt“, sagte Karin Maag, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzende des Unterausschusses ASV. Oftmals müssten mehrere Therapieansätze, also operative, medikamentöse und strahlentherapeutische, aufeinander abgestimmt werden. In der ASV sei sichergestellt, dass die verschiedenen fachärztlichen Disziplinen sektorenübergreifend Hand in Hand zusammenarbeiten, um im Therapieverlauf ein möglichst optimales Ergebnis zu erreichen, fügte sie hinzu.

Neue Mindestmengen bei Brust- und Lungenkrebs

Für Brustkrebs-Operationen gilt künftig eine Mindestmenge von 100, für Lungenkrebs-Operationen von 75 pro Jahr und Krankenhausstandort. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) festgelegt. Außerdem setzte der GBA die bestehende Mindestmenge für komplexe Operationen an der Bauchspeicheldrüse von 10 auf 20 herauf und aktualisierte auch die Liste der Operationen, die unter die Mindestmenge fallen. Im Jahr 2019 wurden in 732 der insgesamt 1.914 Krankenhausstandorte in Deutschland chirurgische Brustkrebs-Behandlungen durchgeführt. Bei der beschlossenen Mindestmenge von 100 Leistungen pro Jahr konzentriert sich das Angebot voraussichtlich auf circa 355 Standorte. Eine chirurgische Behandlung von Lungenkrebs wurde 2019 in 328 Krankenhäusern durchgeführt. Der GBA geht davon aus, dass mit der neuen Mindestmengenregelung künftig noch 90 Standorte die Eingriffe durchführen können. Die durchschnittliche Fahrtzeit erhöht sich dabei voraussichtlich bei mindestmengenrelevanten Brustkrebsoperationen um drei Minuten und bei Lungenkrebs um elf Minuten.

GBA vereinfacht Reha-Verordnungen

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV IPReG) hatte der GBA den Auftrag erhalten, bis Ende 2021 die geriatrische Rehabilitation zu stärken sowie einen schnelleren Zugang zu einer Anschlussrehabilitation zu ermöglichen. Mit den Anpassungen der Reha-Richtlinie ist er GBA damit dem Willen des Gesetzgebers gefolgt, einen vereinfachten Zugang zur Rehabilitation zu schaffen. Für Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt eine Rehabilitation benötigen, vereinfacht sich das Verfahren. Bei dieser sogenannten Anschlussrehabilitation entfällt bei bestimmten Krankheitsbildern ebenfalls eine Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen. Weiterhin muss der Versicherte die Voraussetzungen für eine Rehabilitation (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -ziele und positive Rehabilitationsprognose) erfüllen sowie der Krankenkasse einen Antrag auf Anschlussrehabilitation zukommen lassen. Zu den dafür in Frage kommenden Fallkonstellationen gehören zum Beispiel Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems, Krebserkrankungen sowie die Behandlungen des Bewegungsapparats und der Atmungsorgane. Versicherte ab 70 Jahren haben in Zukunft einen einfacheren Zugang zu geriatrischen Rehabilitationsleistungen. Die gesetzlichen Krankenkassen überprüfen bei einer vorliegenden Verordnung nicht mehr, ob die Reha-Maßnahme medizinisch erforderlich ist. Allerdings analysieren die Vertragsärzte anhand festgelegter Kriterien sowie Funktionstests den medizinischen Bedarf der geriatrischen Rehabilitation und machen auf der Verordnung rehabilitationsbegründende Angaben.

Weitere Informationen zu Beschlüssen des GBA:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Corona bleibt das bestimmende Thema auch zu Beginn des neuen Jahres. All das, was sich SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP für die kommenden noch knapp vier Jahre vorgenommen haben allenfalls in Vorbereitung. Konkrete gesundheitspolitische Gesetzesprojekte jenseits der Pandemiebekämpfung liegen noch nicht vor. Der AOK-Medienservice dokumentiert stattdessen das Kapitel „Gesundheit und Pflege“ im Koalitionsvertrag der Ampel. Die wichtigsten Reformgesetze der vergangenen 32 Jahre gibt es im Internet: www.aok-reformdatenbank.de

„Alle Menschen in Deutschland sollen gut versorgt und gepflegt werden – in der Stadt und auf dem Land. Wir wollen einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik und ziehen Lehren aus der Pandemie, die uns die Verletzlichkeit unseres Gesundheitswesens vor Augen geführt hat. Wir sorgen für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und eine menschliche und qualitativ hochwertige Medizin und Pflege. Wir verbessern die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe und Pflegekräfte. Wir ermöglichen Innovationen und treiben die Digitalisierung voran. Grundlage für all dies ist eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege.“

Pflege

Die Pflegekräfte in Deutschland erbringen während der Pandemie eine herausragende Leistung. In der aktuell sehr herausfordernden Situation in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wollen wir diesen Einsatz anerkennen. Der Bund wird hierfür eine Milliarde Euro zur Verfügung stellen. Dazu werden wir die Steuerfreiheit des Pflegebonus auf 3.000 Euro anheben.

Wir werden in der stationären Pflege die Eigenanteile begrenzen und planbar machen. Die zum 1. Januar 2022 in Kraft tretende Regelung zu prozentualen Zuschüssen zu den Eigenanteilen werden wir beobachten und prüfen, wie der Eigenanteil weiter abgesenkt werden kann. Die Ausbildungskostenumlage werden wir aus den Eigenanteilen herausnehmen und versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln finanzieren, sowie die Behandlungspflege in der stationären Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen und pauschal ausgleichen. Den Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) heben wir moderat an.

Wir ergänzen das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) um innovative quartiernahe Wohnformen und ermöglichen deren Förderung gemeinsam mit Bund, Ländern und Kommunen. Bei der pflegerischen Versorgung vor Ort räumen wir den Kommunen im Rahmen der Versorgungsverträge verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten ein. Wir unterstützen den bedarfsgerechten Ausbau der Tages- und Nachtpflege sowie insbesondere der solitären Kurzzeitpflege.

Leistungen wie die Kurzzeit- und Verhinderungspflege fassen wir in einem unbürokratischen, transparenten und flexiblen Entlastungsbudget mit Nachweispflicht zusammen, um die häusliche Pflege zu stärken und auch Familien von Kindern mit Behinderung einzubeziehen.

Wir dynamisieren das Pflegegeld ab 2022 regelmäßig. Wir entwickeln die Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetze weiter und ermöglichen pflegenden Angehörigen und Nahestehenden mehr Zeitsouveränität, auch durch eine Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten.

Wir prüfen, die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung zu ergänzen, die die Übernahme der vollständigen Pflegekosten umfassend absichert. Eine Expertenkommission soll bis 2023 konkrete Vorschläge vorlegen, die generationengerecht sind. Der privaten Pflegeversicherung würden wir vergleichbare Möglichkeiten geben.

Bei der intensivpflegerischen Versorgung muss die freie Wahl des Wohnorts erhalten bleiben. Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) soll darauf hin evaluiert und nötigenfalls nachgesteuert werden. Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich.

Der Dramatik der Situation in der Pflege begegnen wir mit Maßnahmen, die schnell und spürbar die Arbeitsbedingungen verbessern. Kurzfristig führen wir zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein. In der stationären Langzeitpflege beschleunigen wir den Ausbau der Personalbemessungsverfahren. Insbesondere dort verbessern wir Löhne und Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte mit dem Ziel, die Gehaltslücke zwischen Kranken- und Altenpflege zu schließen. Wir wollen den Pflegeberuf attraktiver machen, etwa mit Steuerbefreiung von Zuschlägen, durch die Abschaffung geteilter Dienste, die Einführung tragereigerer Springerpools und einen Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten für Menschen mit betreuungspflichtigen Kindern.

Wir harmonisieren die Ausbildungen u. a. durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für Pflegeassistenten, Hebammenassistenten und Rettungssanitären und sorgen für eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern. Die akademische Pflegeausbildung stärken wir gemeinsam mit den Ländern. Dort, wo Pflegefachkräfte in Ausbildung oder Studium bisher keine Ausbildungsvergütung erhalten, schließen wir Regelungslücken. Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u. a. das neue Berufsbild der „Community Health Nurse“.

Wir bringen ein allgemeines Heilberufegesetz auf den Weg und entwickeln das elektronische Gesundheitsberuferegister weiter. Wir machen Schmerzmittel im Betäubungsmittelgesetz für Gesundheitsberufe delegationsfähig. Wir bringen ein Modellprojekt zum Direktzugang für therapeutische Berufe auf den Weg.

Wir vereinfachen und beschleunigen die notwendige Gewinnung von ausländischen Fachkräften und die Anerkennung von im Ausland erworbener Berufsabschlüsse.

Mit einer bundesweiten Befragung aller professionell Pflegenden wollen wir Erkenntnisse darüber erlangen, wie die Selbstverwaltung der Pflege in Zukunft organisiert werden kann. Wir stärken den Deutschen Pflegerat als Stimme der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen Gremien und unterstützen ihn finanziell bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben.

Aus- und Weiterbildung in Gesundheit und Pflege

Im Rahmen der Reform der Krankenhausvergütung werden Mittel für Weiterbildung in den Fallpauschalen künftig nur an die Kliniken anteilig ausgezahlt, die weiterbilden. Wir aktualisieren das Konzept zur Fortentwicklung der Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten, um auch medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche leichter verfügbar zu machen. Wir implementieren die Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe sowie in Fort- und Weiterentwicklung. Die Pflegeausbildung soll in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Rehabilitation ermöglicht werden, soweit diese die Voraussetzungen erfüllen. Die Approbationsordnung wird mehr auf Digitalisierung, Ambulantisierung, Spezialisierung, Individualisierung und berufsgruppenübergreifende Kooperation ausgerichtet.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Als Lehre aus der Pandemie bedarf es eines gestärkten Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), der im Zusammenspiel zwischen Bund, Ländern und Kommunen sichergestellt wird. Wir verlängern beim Pakt für den ÖGD die Einstellungsfristen und appellieren an die Sozialpartner, einen eigenständigen Tarifvertrag zu schaffen. Auf der Grundlage des Zwischenberichts stellen wir die notwendigen Mittel für einen dauerhaft funktionsfähigen ÖGD bereit. Mit einem Gesundheitssicherstellungsgesetz stellen wir insbesondere die effiziente und dezentrale Bevorratung von Arzneimittel- und Medizinprodukten sowie regelmäßige Ernstfallübungen für das Personal für Gesundheitskrisen sicher. Zur weiteren Erforschung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung rund um die Langzeitfolgen von Covid-19 sowie für das chronische Fatigue-Syndrom (ME/CFS) schaffen wir ein deutschlandweites Netzwerk von Kompetenzzentren und interdisziplinären Ambulanzen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geht in einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit auf, in dem die Aktivitäten im Public-Health Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt sind. Das RKI soll in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsgebunden sein.

Digitalisierung im Gesundheitswesen

In einer regelmäßig fortgeschriebenen Digitalisierungsstrategie im Gesundheitswesen und in der Pflege legen wir einen besonderen Fokus auf die Lösung von Versorgungsproblemen und die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer. In der Pflege werden wir die Digitalisierung u. a. zur Entlastung bei der Dokumentation, zur Förderung sozialer

Teilhabe und für therapeutische Anwendungen nutzen. Wir ermöglichen regelhaft telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung.

Wir beschleunigen die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezeptes sowie deren nutzenbringende Anwendung und binden beschleunigt sämtliche Akteure an die Telematikinfrastruktur an. Alle Versicherten bekommen DSGVO-konform eine ePA zur Verfügung gestellt; ihre Nutzung ist freiwillig (opt-out). Die gematik bauen wir zu einer digitalen Gesundheitsagentur aus. Zudem bringen wir ein Registergesetz und ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz zur besseren wissenschaftlichen Nutzung in Einklang mit der DSGVO auf den Weg und bauen eine dezentrale Forschungsdateninfrastruktur auf.

Wir überprüfen das SGB V und weitere Normen hinsichtlich durch technischen Fortschritt überholter Dokumentationspflichten. Durch ein Bürokratieabbaupaket bauen wir Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten ab. Die Belastungen durch Bürokratie und Berichtspflichten jenseits gesetzlicher Regelungen werden kenntlich gemacht. Wir verstetigen die Verfahrenserleichterungen, die sich in der Pandemie bewährt haben. Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen wird im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V.

Gesundheitsförderung

Wir entwickeln das Präventionsgesetz weiter und stärken die Primär- und Sekundärprävention. Dem Leitgedanken von Vorsorge und Prävention folgend stellen wir uns der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zielgruppenspezifisch und umfassend. Wir unterstützen die Krankenkassen und andere Akteure dabei, sich gemeinsam aktiv für die Gesunderhaltung aller einzusetzen. Wir schaffen einen Nationalen Präventionsplan sowie konkrete Maßnahmenpakete z. B. zu den Themen Alterszahn-gesundheit, Diabetes, Einsamkeit, Suizid, Wiederbelebung und Vorbeugung von klima- und umweltbedingten Gesundheitsschäden. Zu Gunsten verstärkter Prävention und Gesundheitsförderung reduzieren wir die Möglichkeiten der Krankenkassen, Beitragsmittel für Werbemaßnahmen und Werbegeschenke zu verwenden.

Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung

Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um. Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen. Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z. B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention. Im ländlichen Raum bauen wir

Angebote durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen aus. Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.

Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf und regeln den Leistungsumfang der Bergrettung sowie die Verantwortung für Wasserrettung jenseits der Küstengewässer.

Wir stellen gemeinsam mit den KVen die Versorgung in unterversorgten Regionen sicher. Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf. Die Gründung von kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren und deren Zweigpraxen erleichtern wir und bauen bürokratische Hürden ab. Entscheidungen des Zulassungsausschusses müssen künftig durch die zuständige Landesbehörde bestätigt werden.

Die Arzneimittelversorgung durch Apotheken an integrierten Notfallzentren in unterversorgten Gebieten verbessern wir durch flexiblere Vorgaben in der Apothekenbetriebsordnung. Wir entwickeln den Nacht- und Notdienstfonds zu einem Sicherstellungsfonds weiter und schaffen eine Verordnungsfähigkeit für Notfallbotendienste in der ambulanten Notfallversorgung. Wir novellieren das „Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken“, um pharmazeutische Dienstleistungen besser zu honorieren und Effizienzgewinne innerhalb des Finanzierungssystems zu nutzen.

Wir setzen das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ mit einem Aktionsplan um. Wir evaluieren mögliche Fehlanreize rund um Spontangeburt und Kaiserschnitte und führen einen Personalschlüssel für eine 1:1-Betreuung durch Hebammen während wesentlicher Phasen der Geburt ein. Wir stärken den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle und schaffen die Möglichkeit und Vergütung zur ambulanten, aufsuchenden Geburtsvor- und -nachsorge für angestellte Hebammen an Kliniken.

Für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erarbeiten wir mit den Beteiligten bis Ende 2022 einen Aktionsplan, stärken die Versorgung schwerstbehinderter Kinder und entlasten ihre Familien von Bürokratie. Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sowie die Sozialpädiatrischen Zentren bauen wir in allen Bundesländern aus.

Wir berücksichtigen geschlechtsbezogene Unterschiede in der Versorgung, bei Gesundheitsförderung und Prävention und in der Forschung und bauen Diskriminierungen und Zugangsbarrieren ab. Die Gendermedizin wird Teil des Medizinstudiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe werden.

Wir stärken die paritätische Beteiligung von Frauen in den Führungsgremien der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie ihrer Spitzenverbände auf Bundesebene sowie der gesetzlichen Krankenkassen.

Wir starten eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Wir reformieren die psychotherapeutische Bedarfsplanung, um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder- und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten deutlich zu reduzieren. Wir verbessern die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen und stellen den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicher. Die Kapazitäten bauen wir bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert aus. Im stationären Bereich sorgen wir für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung und eine bedarfsgerechte Personalausstattung. Die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung bauen wir flächendeckend aus.

Krankenhausplanung und -finanzierung

Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.

Rechte von Patientinnen und Patienten

Die Unabhängige Patientenberatung (UPD) überführen wir in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen.

Mit einer Reform des G-BA beschleunigen wir die Entscheidungen der Selbstverwaltung, stärken die Patientenvertretung und räumen der Pflege und anderen Gesundheitsberufen weitere Mitsprachemöglichkeiten ein, sobald sie betroffen sind. Der Innovationsfonds wird verstetigt. Für erfolgreiche geförderte Projekte, wie die der Patientenlotsen werden wir einen Pfad vorgeben, wie diese in die Regelversorgung überführt werden können.

Bei Behandlungsfehlern stärken wir die Stellung der Patientinnen und Patienten im bestehenden Haftungssystem. Ein Härtefallfonds mit gedeckelten Ansprüchen wird eingeführt.

Versorgung mit Arzneimitteln und Impfstoffen

Wir stellen die Versorgung mit innovativen Arzneimitteln und Impfstoffen sicher. Die Engpässe in der Versorgung bekämpfen wir entschieden. Wir ergreifen Maßnahmen, um die Herstellung von Arzneimitteln inklusive der Wirk- und Hilfsstoffproduktion nach Deutschland oder in die EU zurück zu verlagern. Dazu gehören der Abbau von Bürokratie, die Prüfung von Investitionsbezuschussungen für Produktionsstätten, sowie die Prüfung von Zuschüssen zur Gewährung der Versorgungssicherheit. Um Interessenkonflikte zu vermeiden, schaffen wir mehr Transparenz über finanzielle Zuwendungen an Leistungs- und Hilfsmittelerbringer.

Drogenpolitik

Wir führen die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften ein. Dadurch wird die Qualität kontrolliert, die Weitergabe verunreinigter Substanzen verhindert und der Jugendschutz gewährleistet. Das Gesetz evaluieren wir nach vier Jahren auf gesellschaftliche Auswirkungen. Modelle zum Drugchecking und Maßnahmen der Schadensminderung ermöglichen und bauen wir aus.

Bei der Alkohol- und Nikotinprävention setzen wir auf verstärkte Aufklärung mit besonderem Fokus auf Kinder, Jugendliche und schwangere Frauen. Wir verschärfen die Regelungen für Marketing und Sponsoring bei Alkohol, Nikotin und Cannabis. Wir messen Regelungen immer wieder an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und richten daran Maßnahmen zum Gesundheitsschutz aus.

Gesundheitsfinanzierung

Wir bekennen uns zu einer stabilen und verlässlichen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Den Bundeszuschuss zur GKV dynamisieren wir regelhaft. Wir finanzieren höhere Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln. Wir behalten das bestehende Preismoratorium bei. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) entwickeln wir weiter. Wir stärken die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise. Der verhandelte Erstattungspreis gilt ab dem siebten Monat nach Markteintritt.

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen ihre Service- und Versorgungsqualität zukünftig anhand von einheitlichen Mindestkriterien offenlegen. Sie erhalten verstärkt die Möglichkeit, ihren Versicherten auch monetäre Boni für die Teilnahme an Präventionsprogrammen zu gewähren. Für Kinder und Jugendliche in der PKV soll zukünftig das Prinzip der Direktabrechnung gelten.

Wir werden für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus, wie insbesondere Wohnungslose, den Zugang zur Krankenversicherung und zur Versorgung prüfen und im Sinne der Betroffenen klären.“

Der vollständige Koalitionsvertrag zum Download:
www.spd.de > Koalitionsvertrag 2021-2025



Kurzmeldungen

Wechsel im AOK-Aufsichtsrat

18.01.22 (ams). Dr. Susanne Wagenmann hat für die Arbeitgeberseite den alternierenden Aufsichtsratsvorsitz des AOK-Bundesverbandes übernommen. Ihr Vorgänger Dr. Volker Hansen schied zum Jahreswechsel nach 16 Jahren an der Spitze der AOK-Selbstverwaltung aus dem Amt. Wagenmann forderte von der neuen Bundesregierung schnell echte Strukturreformen zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit ihr und der neuen Vorstandschefin Carola Reimann stehen erstmals zwei Frauen an der Spitze des Bundesverbandes. Die Versicherteninteressen vertritt als alternierender Aufsichtsratsvorsitzender weiterhin Knut Lambertin.

Weitere Infos: www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung



Handlungsbedarf für stabile Pflege-Finanzen

03.01.22 (ams). Angesichts zu erwartender steigender Ausgaben für die Pflegeversicherung im ersten Halbjahr 2022 sieht der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „dringenden politischen Handlungsbedarf zur Stabilisierung der Finanzlage“. Die Gesamtausgaben seien 2021 etwa um knapp zwei Milliarden Euro höher als die Einnahmen gewesen, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Gernot Kiefer, der „Rheinischen Post“. Das Defizit habe nur durch Rücklagen ausgeglichen werden können. Die Pflegeversicherung habe nun ihre gesetzliche Mindestreserve erreicht. Die „in der Sache gut begründete“ bessere Bezahlung von Pflegekräften werde bis zu fünf Milliarden Euro mehr im Jahr kosten, was jedoch nach jetziger Konstruktion die Eigenanteile der Pflegebedürftigen erhöhe, ergänzte Kiefer.

Weitere Informationen: www.gkv-spitzenverband.de > Über uns > Presse



ams-Podcast: „Lauterbach ist kein Solokünstler“

29.12.21 (ams). Der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes blickt mit Zuversicht auf einen „sehr konkreten“ Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung und die Berufung Karl Lauterbachs zum Gesundheitsminister. Im aktuellen Podcast des AOK-Medienservice (ams) sprechen die Vorsitzenden, Knut Lambertin und der zum Jahresende 2021 ausgeschiedene Dr. Volker Hansen, über ihre Erwartungen an die Ampel. Lauterbach sei im Gegensatz zu seinem Vorgänger Jens Spahn „ein Teamworker“ und seine Berufung „starkes Signal“, sagt Hansen. Spahns Bilanz hingegen nennt Hansen „in toto katastrophal für das Gesundheitssystem in Deutschland“.

Der Podcast in voller Länge: www.paritaetische-selbstverwaltung.de



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:
