



AOK-MEDIENSERVICE

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

01/21

POLITIK

 @AOK_Politik

Drei Fragen an AOK-Krankenhausexperte Dr. Jürgen Malzahn

- **Anhebung von Mindestmengen:
„Die Entscheidung war überfällig“** 2

ams-Hintergrund: Fehlverhalten im Gesundheitswesen

- **AOK deckt Betrügereien
in zweistelliger Millionenhöhe auf** 4

ams-Grafik: Pflegepersonal

- **Vollzeitquote verharrt
auf niedrigem Niveau** 6

EU-Ticker

- **Rat setzt weiter auf gemeinsames
Vorgehen in der Corona-Pandemie** 7

Zahl des Monat

- **64,25 Prozent ...** 10

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 11
- **Gesetzgebungskalender** 13
- **Kurzmeldungen** 19



Drei Fragen an Dr. Jürgen Malzahn

Anhebung von Mindestmengen: „Die Entscheidung war überfällig“

19.01.21 (ams). Im Zuge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) plant die Bundesregierung die Qualitätsanforderungen an Krankenhäuser zu erweitern. So sollen für mehr Bereiche als bisher Mindestmengen bei bestimmten, meist komplizierten Eingriffen gelten. Das GVWG soll im Februar in die parlamentarischen Beratungen eingebracht werden. Bereits kurz vor Weihnachten 2020 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss wichtige Entscheidungen zu OP-Mindestmengen beschlossen: Die Mindestmenge für komplexe Eingriffe an der Speiseröhre wird ab 2023 von 10 auf 26 Fälle pro Jahr angehoben, die Mindestmenge für die Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1250 Gramm ab dem Jahr 2024 von bisher 14 auf 25 Fälle. „Sehr gut“ nennt AOK-Krankehausesperte Jürgen Malzahn die schärferen Maßnahmen im Gespräch mit dem AOK-Medienservice (ams).



Dr. Jürgen Malzahn
leitet die Abteilung Stationäre
Versorgung und Rehabilitation
im AOK-Bundesverband

Herr Malzahn, wie bewerten Sie die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Anhebung der Mindestmengen für komplexe Speiseröhren-OPs und die Versorgung von Frühgeborenen?

Malzahn: Beide Anhebungen lassen sich auf Basis der aktuellen Studienlage sehr gut begründen. Sie können die Behandlungsergebnisse und damit auch die Patientensicherheit nachweislich verbessern. Es gibt keine guten Argumente, sich dagegen zu sperren. Selbst die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat ihre frühere Fundamental-Opposition bei diesem Thema inzwischen aufgegeben. Trotzdem war es bis zu diesen Entscheidungen ein langwieriger und zäher Prozess – insbesondere bei der Mindestmenge zur Versorgung von Frühgeborenen. Hier war die Entscheidung wirklich mehr als überfällig. Wir waren ja schon mal bei einer Mindestmenge von 30 pro Jahr. Sie ist aber vom Bundessozialgericht wieder einkassiert worden, weil die damalige Studienlage als nicht ausreichend bewertet wurde. Jetzt sind wir zuversichtlich, dass die Entscheidung des G-BA auch Bestand vor den Gerichten hat. Denn Klagen von einzelnen Kliniken sind trotz allem zu befürchten.

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz will der Gesetzgeber auch beim Thema Mindestmengen nachbessern. Was steht die AOK zu diesen Plänen?

Malzahn: Die Durchsetzung der bestehenden Mindestmengen war in der Vergangenheit immer problematisch. Daher finden wir die geplanten Maßnahmen zur Schärfung der Mindestmengen-Regelungen sehr gut. Das gilt insbesondere für die Regelung, dass Klagen von Kliniken gegen Mindestmengen-Entscheidungen der Krankenkassen keine aufschiebende Wirkung mehr haben sollen. Diese Änderung wird die Durchsetzung der Regelungen deutlich erleichtern und verbessern. Zudem fördert das Gesetz die Festlegung weiterer Mindestmengen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit ergänzenden Verfahrensregelungen und einem festen Zeitplan für die Einführung neuer Mindestmengen. Auch die Möglichkeit,



Mindestmengen mit Vorgaben an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu verknüpfen, kann aus unserer Sicht wesentlich dazu beitragen, die Umsetzung der Mindestmengen voranzubringen.

Die AOK hat sich ja immer wieder für eine Ausweitung der bestehenden Mindestmengen ausgesprochen.

Für welche Indikationen sollten zusätzliche Vorgaben eingeführt werden?

Malzahn: Studien zeigen, dass die Einführung zusätzlicher Mindestmengen beispielsweise für Operationen bei Brustkrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs, Herzklappen-Implantationen und Schilddrüsenentfernungen sinnvoll ist und die Qualität der Versorgung deutlich verbessern kann. Wir werden bei dem Thema am Ball bleiben und uns im Interesse der Patientensicherheit weiter für die Ausweitung der Mindestmengen einsetzen. Mit unserer Mindestmengen-Transparenzkarte im Internetauftritt des AOK-Bundesverbandes geben wir außerdem einen Überblick zur aktuellen Situation der Mindestmengen-Umsetzung. Hier können sich Ärzte und Patienten über die jüngsten Fallzahlen jeder einzelnen Klinik in Deutschland informieren, die aktuell Mindestmengen-relevante Behandlungen durchführen darf.

MINDESTMENGEN-TRANSPARENZKARTEN DER AOK:

<https://aok-bv.de/engagement/mindestmengen/#6/51.331/10.481>

KRANKENHAUS-REPORT 2017 DES WIDO:

www.wido.de > Buchreihen > Krankenhaus-Report





ams-Hintergrund: Fehlverhalten im Gesundheitswesen

AOK deckt Betrügereien in zweistelliger Millionenhöhe auf

21.01.21 (ams). Die AOK-Gemeinschaft hat für ihre Versicherten mehr als 37 Millionen Euro in den Jahren 2018 und 2019 zurückgeholt, die dem Gesundheitswesen durch Abrechnungsbetrug, Manipulationen von Abrechnungen oder Korruption entzogen worden sind. Das entspricht insgesamt 11.000 neu eingegangenen Hinweisen auf Fehlverhalten. „Wir müssen jedoch von einer weitaus höheren Dunkelziffer ausgehen. Die Folgen sind nicht nur für die AOK-Gemeinschaft beträchtlich“, sagte Dr. Volker Hansen, Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes für die Arbeitgeberseite, bei der Vorstellung des Berichts über die Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Der AOK-Medienservice (ams) erläutert die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Durch Fehlverhalten gehen dem Gesundheitssystem erhebliche Finanzmittel verloren, die den Krankenkassen nicht mehr zur Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung stehen. 2004 wurden mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz die Paragraphen 197a im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) und 47a im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) eingeführt. Danach müssen Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband organisatorische Einheiten einrichten, die unregelmäßigen beziehungsweise rechts- oder zweckwidrigen Fällen und Sachverhalten nachgehen. Dazu zählen vorsätzliche Vermögensstraftaten wie Betrug, Untreue, Bestechlichkeit und Bestechung, Vorteilsannahme und -gewährung. Hinzu kommen typische Begleitdelikte wie Urkundenfälschung sowie einschlägige Straftatbestände des Nebenstrafrechts und Ordnungswidrigkeiten. Die einzige gesetzliche Eingrenzung besteht in dem notwendigen Zusammenhang der betroffenen Finanzmittel mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse. Ob Leistungserbringer, Arbeitgeber, Versicherte oder Mitarbeitende der Kranken- und Pflegekassen das Fehlverhalten begangen haben, ist unerheblich.

TSVG erleichtert Datentransfer

Auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat Einfluss auf die Fehlverhaltensbekämpfung. Seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 2019 dürfen Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung personenbezogene Daten nicht nur untereinander austauschen, sondern auch an weitere Stellen wie Zulassungs- oder Abrechnungsstellen übermitteln. Voraussetzung ist, dass dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Empfängerstelle erforderlich ist. Darüber hinaus dürfen nun auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) personenbezogene Daten, die sie erheben, an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weitergeben, wenn sie Auffälligkeiten im Rahmen ihrer Abrechnungsprüfungen feststellen. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes beseitigen diese Regelungen



aus dem TVSG noch nicht alle datenschutzrechtlichen Rechtsunsicherheiten und erfordern deshalb Änderungsbedarf.

So lässt das Gesetz beispielsweise noch offen, welche Übermittlungswege zum Informationsaustausch sinnvoll sind, um Fehlverhalten

im Gesundheitswesen in sämtlichen Versorgungsbereichen effektiv zu verhindern. Erkenntnisse des Bundeskriminalamtes über den bundesweit organisierten

Abrechnungsbetrug, zum Beispiel durch Pflegedienste, haben demgegenüber längst aufgezeigt, dass zur effektiven Verhinderung von Fehlverhalten der Aufbau einer organisationsübergreifenden GKV-Betrugspräventions-Datenbank erforderlich ist. Deshalb setzt sich die

AOK dafür ein, für den Austausch von personenbezogenen

Daten im Rahmen der Fehlverhaltensbekämpfung auch Datenbanken zuzulassen, die von Dritten betrieben werden.

Schwerpunktstaatsanwaltschaften erst in acht Bundesländern

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen (Antikorruptionsgesetz) finden seit 2016 auch die neuen Straftatbestände Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen sowie der ergänzte Straftatbestand bei der Schadensbekämpfung Anwendung. Um wirksam gegen Korruption und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen vorgehen zu können, fordert der AOK-Bundesverband in allen Bundesländern die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften beziehungsweise Zentralstellen für Straftaten im Gesundheitswesen. In acht Bundesländern habe sich die Einrichtung solcher Schwerpunktstaatsanwaltschaften bereits bewährt, sagte der Aufsichtsratsvorsitzende für die Versichertenseite, Knut Lambertin.

Um Hinweisen nachgehen und Fälle erfolgreich ermitteln und abschließen zu können, arbeiten die Fehlverhaltensstellen der AOKs untereinander, aber auch mit anderen Kassenarten sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene eng zusammen. Dazu hat die Arbeitsgruppe Fehlverhalten des GKV-Spitzenverbandes eine „Standardisierte Fallfassung“ entwickelt, die Falldaten vereinheitlichen soll. Alle Kranken- und Pflegekassen erheben zu diesem Zweck im Bereich der Fehlverhaltensbekämpfung abgestimmte Basisdaten nach einem standardisierten Verfahren. Auf Basis dieser Daten berechnet jede Krankenkasse einheitliche Kennzahlen, die in die Berichte eingehen und einen Überblick über die Bekämpfung von Fehlverhalten sowie eine Vergleichbarkeit zwischen den Krankenkassen bieten.

**BERICHT ÜBER DIE ARBEIT UND DIE ERGEBNISSE BEI DER
BEKÄMPFUNG VON FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN:**

www.aok-bv.de

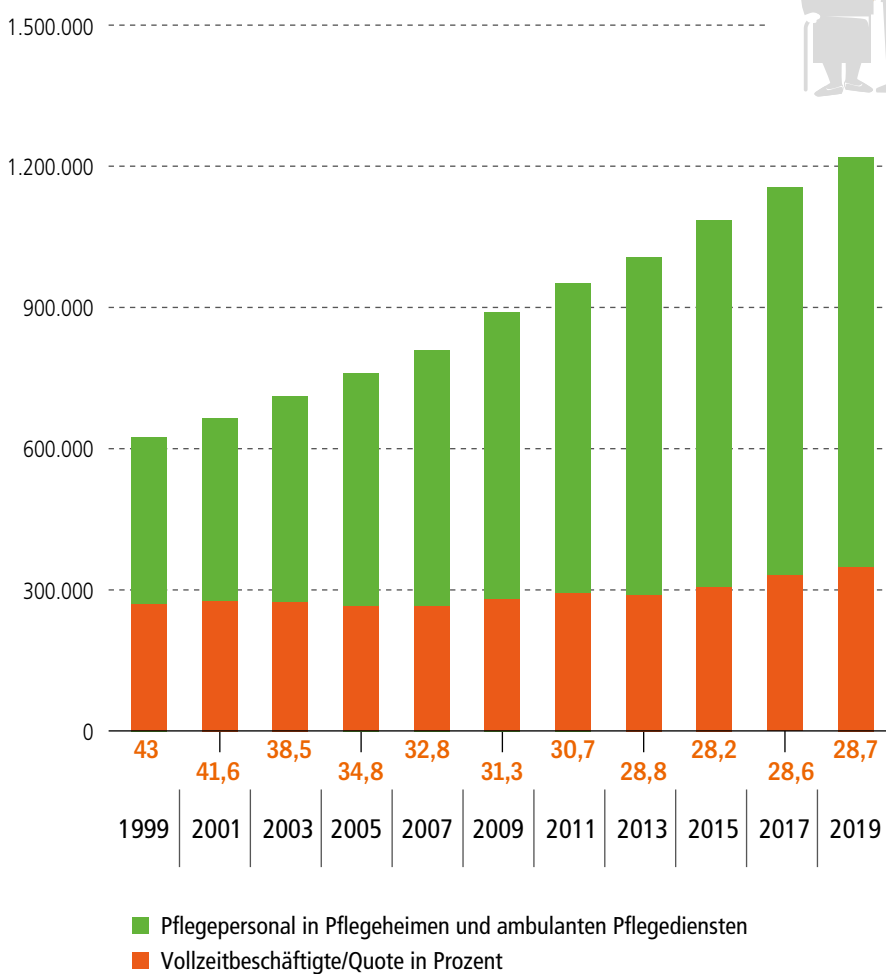
> Presse > Pressemitteilungen





Pflegepersonal: Vollzeitquote verharrt auf niedrigem Niveau

ams Politik 01/21



Quelle: Destatis
Grafik: AOK-Mediendienst

Die Personalentwicklung in Pflegeheimen und ambulanten Diensten ist in den vergangenen beiden Jahrzehnten geprägt vom Zuwachs der Teilzeit-Beschäftigten. So hat sich die Zahl der Beschäftigten insgesamt zwischen 1999 und 2019 von knapp 625.000 auf über 1,2 Millionen fast verdoppelt (+95 Prozent). Die Zahl der Vollzeit-Beschäftigten wuchs lediglich um 30 Prozent – von etwa 268.500 auf rund 349.000. Der Anteil der Vollzeit-Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen und -diensten verharrt seit 2013 bei etwas mehr als 28 Prozent. Die Zahl der Pflegebedürftigen stieg zwischen 1999 und 2019 von gut zwei auf 4,1 Millionen (+104 Prozent).

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



EU-Ticker

Rat setzt weiter auf gemeinsames Vorgehen in der Corona-Pandemie

27.01.21 (ams). Die EU-Staats- und Regierungschefs haben bei ihrem Video-Gipfel am 21. Januar vereinbart, die Grenzen innerhalb der Union trotz der Gefahr durch Sars-CoV-2-Mutationen offen zu halten, um den Warenverkehr aufrechtzuerhalten und weiter grenzüberschreitendes Berufspendeln zu ermöglichen. Zugleich sollen in den besonders von Covid-19-Infektionen betroffenen Regionen die Tests ausgeweitet werden. Zudem wollen die Regierungen die Corona-Impfungen beschleunigen und Verzögerungen bei der Verteilung verhindern. Die Pharmaunternehmen wurden aufgefordert, ihre Lieferzusagen einzuhalten. Für die Sitzung des Rates hatte die EU-Kommission einen Katalog von Maßnahmen für den Kampf gegen neue Virusvarianten und gegen eine mögliche dritte Pandemie-Welle vorgelegt. Dabei geht es insbesondere um eine Beschleunigung der Impfungen und bessere Teststrategien zur Eindämmung der Covid-19-Mutationen. „Bis Herbst 2021 sollten die Mitgliedstaaten mindestens 70 Prozent der erwachsenen Bevölkerung geimpft haben“, gab Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen als Ziel aus. Bis März 2021 sollen mindestens 80 Prozent der Menschen über 80 Jahren sowie 80 Prozent des Personals in Gesundheits- und Sozialberufen in allen Mitgliedstaaten geimpft werden.

[ERGEBNISSE DES RATES VOM 21.01.21](#)

www.consilium.europa.eu
> Presse > Pressemitteilungen



508 Millionen Euro für Gesundheitsforschung

27.01.21 (ams). Die EU hat 75 neue Projekte zur Gesundheitsforschung benannt, die mit insgesamt rund 508 Millionen Euro gefördert werden. Unterstützt werden nach Angaben der EU-Kommission Forschungsarbeiten an digitalen Diagnostika, zur Behandlung von Krebs und Erkrankungen des Gehirns, die Impfstoff-Forschung oder Projekte zur Bekämpfung neuer Epidemien. Zu den Förderprojekten in Deutschland gehören Forschungsvorhaben der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz zur Versorgung von an Krebs erkrankten Kindern sowie die neurowissenschaftliche Forschung des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt (DLR). Die Fördermittel stammen noch aus dem Topf des zum Jahreswechsel ausgelaufenen Forschungs- und Innovationsprogramms „Horizont 2020“.

[LISTE DER GEFÖRDERTEN PROJEKTE](#)

www.ec.europa.eu
> New health Horizon 2020 research projects





EU-Parlamentarier Liese: Deutsche Ratspräsidentschaft ein Erfolg

27.01.21 (ams). Der Europaparlamentarier Peter Liese (CDU) hat im Interview mit dem AOK-Magazin G+G die gemeinsame EU-Impfstrategie verteidigt. „Wenn wir es national gemacht hätten, wäre keineswegs sicher, dass wir mehr Impfstoff hätten. Selbst dann stünden wir jetzt massiv unter Druck, anderen EU-Staaten Impfstoff abzugeben“, sagte der gesundheitspolitische Sprecher der EVP-Fraktion. Die zum 31. Dezember zu Ende gegangene deutsche Ratspräsidentschaft wertete Liese als Erfolg. Die Bundesregierung habe „sehr viel Geschick bewiesen, eine Spaltung der EU nicht nur zu verhindern, sondern die Union sogar nach vorne zu bringen“. Dem Europaparlament sei die deutliche Aufstockung des EU-Gesundheitsprogramms zu verdanken. „Es umfasst mit 5,1 Milliarden Euro drei Mal mehr, als der Rat vorgeschlagen hatte, und zehn Mal mehr, als bisher für Gesundheit zur Verfügung stand“, betonte Liese im G+G-Interview. Zurückhaltend äußerte sich der Abgeordnete zu mehr EU-Kompetenzen in der Gesundheitspolitik: „Viele Fragen der Gesundheitspolitik werden und sollten auch national bleiben.“ Bei der gemeinsamen Arzneimittelpolitik gehe es jetzt vor allem darum, die Abhängigkeit von Indien und China schnell zu reduzieren. Als persönlich vorrangiges Ziel nannte Liese den Kampf gegen Krebs bei Kindern. Der Rückblick auf die Gesundheitspolitik während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft ist das Titelthema der G+G-Januarausgabe.

G+G DIGITAL 01/2021

www.gg-digital.de



EU-Länder bauen medizinische Notfallreserve aus

27.01.21 (ams). Deutschland hat Mitte Januar mit dem Aufbau einer zweiten Notfallreserve für medizinische Schutzausrüstung begonnen. Die Reserve ist Teil des Programms „rescEU“ und steht in Notfällen neben den EU-Ländern auch weiteren Partnerstaaten zur Verfügung. Belgien, die Niederlande und Slowenien haben im Januar erstmals mit der Lagerung von Ausrüstung für das Programm begonnen. Nach Angaben der EU-Kommission verfügen damit jetzt insgesamt neun EU-Staaten über gemeinsame Notfall-Bestände. Dazu gehören neben den genannten Ländern noch Dänemark, Griechenland, Rumänien, Schweden und Ungarn. Diese neun Staaten sind auch für die Beschaffung zuständig. Die EU finanziert die Ausrüstung sowie deren Lagerung und den Transport. Über „rescEU“ wurden während der Corona-Pandemie bereits medizinische Güter nach Frankreich, Italien, Kroatien, Litauen, Spanien, Tschechien, Montenegro, Nordmazedonien und Serbien geliefert. Koordiniert wird die Arbeit durch das EU-Zentrum für die Koordination von Notfallmaßnahmen (ERCC). Die Notfall-Vorräte umfassen laut Kommission derzeit rund 65 Millionen medizinische Masken, 15 Millionen FFP2- und FFP3-Masken, mehr als 280 Millionen Paar medizinischer Handschuhe, knapp 20 Millionen medizinische Schutzkittel und Schürzen sowie mehrere Tausend Sauerstoff- und Beatmungsgeräte.

WEITERE INFOS DER EU-KOMMISSION

www.ec.europa.eu

> Alle Nachrichten





Medizinprodukte-Zulassung: Engpass bei den „Benannten Stellen“

27.01.21 (ams). Zum endgültigen Scharfstellen der neuen EU-Medizinprodukteverordnung am 26. Mai werden voraussichtlich deutlich weniger Zertifizierungsstellen zur Verfügung stehen als ursprünglich geplant. „Nach einer aktuellen Übersicht der EU-Kommission gibt es bisher 17 zugelassene und arbeitsfähige ‚Benannte Stellen‘ in der Union. Laut Kommission sollten es aber bereits vor einem Jahr 20 Stellen sein“, erläutert der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. Vor allem im Bereich von Hochrisikoprodukten wie Implantaten oder medizinischen Geräten könne dadurch ein Mangel an Zulassungskapazitäten drohen. „Viele Hersteller werden die Möglichkeit nutzen, ihre Produkte noch vor dem 26. Mai nach altem Recht zu re-zertifizieren“, so van Lente. Im Gegensatz zu Arzneimitteln gebe es bei Medizinprodukten aber regelmäßig technische Updates, die in bestimmten Fällen auch eine neue Prüfung erforderten. Den mit der Verordnung eingeleiteten Bereinigungsprozess bei den Zertifizierungsstellen bezeichnet der AOK-Europaexperte als grundsätzlich sinnvoll: „Von den bisher rund 80 Stellen hatten nur wenige die Expertise, Hochrisikoprodukte zu bewerten.“ Die Medizinprodukte-Verordnung ist am 27. Mai 2017 in Kraft getreten. Wegen der Covid-19-Pandemie wurde die Übergangszeit im Mai 2020 um ein weiteres Jahr verlängert, um in der Krisensituation Engpässe bei der Versorgung mit medizinischen Geräten zu vermeiden. Die neue Verordnung verschärft insbesondere die Kriterien zur Zertifizierung von Medizinprodukten. Zu den für die Prüfung zuständigen „Benannten Stellen“ gehören in Deutschland zum Beispiel TÜV oder Dekra.

[EU-MEDIZINPRODUKTE-VERORDNUNG](#)

eur-lex.europa.eu

[> Hintergrund](#) [> Dossiers](#) [> Medizinprodukte](#)





Zahl des Monats

64,25 Prozent ...

... der Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen arbeiteten 2018 in direktem Kontakt mit Patienten. Das sind mehr als 3,63 Millionen der rund 5,65 Millionen Tätigen in der Branche. Das zeigt eine aktuelle Auswertung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) in Wiesbaden. 1,17 Millionen Menschen, also jeder fünfte Beschäftigte, sind im Krankenhaus tätig. Auf den ambulanten Bereich entfallen den Angaben nach 2,3 Millionen Beschäftigte, darunter rund 700.000 in Arztpraxen. Diese Gruppen gelten als besonders gefährdet, sich mit Covid-19 anzustecken. Die Corona-Impfverordnung des Bundesgesundheitsministeriums sieht deshalb vor, dass Angehörige von Gesundheitsberufen bevorzugt geimpft werden sollen.

Ein erheblicher Teil der Beschäftigten gehört laut Statistik selbst zur Risikogruppe für eine Covid-19-Infektion mit schwerem Verlauf. Das Lebensalter gilt hierbei als maßgebliche Variable. 2018 waren Destatis zufolge zwölf Prozent aller Angehörigen von Gesundheitsberufen bereits 60 Jahre und älter. 41 Prozent waren mindestens 50 Jahre alt. Überdurchschnittlich hoch ist der Anteil potenzieller Risikopatienten unter den Humanmedizinern mit eigener Praxis: Von den ambulant tätigen Ärzten waren 2018 bereits 30,7 Prozent über 59. Ebenfalls ein hohes Risiko für schwere Krankheitsverläufe tragen die rund 800.000 Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen. Von ihnen waren 2019 knapp 13 Prozent mindestens 60 Jahre, fast die Hälfte (43 Prozent) 50 Jahre und älter. Etwas weniger gefährdet sind dagegen etwa Rettungssanitäter und Geburtshelfer, von denen nur 8,6 Prozent über 59 Jahre und nur etwas über 36 Prozent über 49 Jahre alt waren.

STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS):

[www.destatis](http://www.destatis.de)
> Presse





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Senioren erhalten künftig Hochdosis-Impfstoff gegen Influenza

Alle Personen ab 65 Jahren sollen in der Grippezeit 2021/22 mit einem Hochdosis-Impfstoff geimpft werden. Mit dieser Entscheidung hat der GBA die aktualisierte Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Impfung gegen die saisonale Grippe in der Schutzimpfungs-Richtlinie umgesetzt. Falls es zukünftig auch einen zugelassenen Impfstoff für die Anwendung bei 60- bis 64-Jährigen gibt, gilt dieser Anspruch auch für sie. Hochdosis-Impfstoffe gegen Grippe haben erstmals 2020 eine arzneimittelrechtliche Zulassung für den Einsatz bei Personen ab 65 Jahren erhalten. Die STIKO stellte für diese Altersgruppe entsprechend der Zulassung eine erhöhte Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Impfstofftypen fest. Da es sich bei der saisonalen Grippe um eine potenziell schwer verlaufende Erkrankung handelt, kann bereits mit einer leicht besseren Wirksamkeit eines Impfstoffs eine relevante Anzahl an Grippeerkrankungen und an schweren Verläufen verhindert werden.

Weitere Mindestmengen bei komplexen Behandlungen

Kliniken, die stark untergewichtige Frühgeborene versorgen oder komplexe Eingriffe an der Speiseröhre vornehmen, müssen künftig deutlich mehr Erfahrung nachweisen, um ihre Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können. Perinatalzentren, die Frühchen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm betreuen, müssen demnach mindestens 25 Versorgungsfälle pro Jahr und Standort belegen. Bisher waren es 14 Fälle. Für komplizierte Speiseröhren-Operationen erhöhte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Mindestzahl von zehn auf 26 Fälle. Für Nierentransplantationen bestätigte der GBA die derzeitige Vorgabe von mindestens 25 Eingriffen. Die neuen Mindestfallzahlen für Speiseröhreingriffe sollen ab 2023 gelten, die strengeren Vorgaben zur Frühchen-Versorgung ab 2024. Der GBA berücksichtigt bei seinen Mindestmengenregelungen den wissenschaftlich nachweisbaren Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Qualität des Eingriffs. Um Patienten sicherer und risikoärmer zu behandeln, sollen besonders schwierige planbare Eingriffe nur in jenen Kliniken vorgenommen werden, die damit ausreichend Erfahrung haben.

GBA regelt systematische Behandlung von Parodontitis

Patienten, die unter Erkrankungen des Zahnhalteapparates leiden, profitieren zukünftig von einer umfassenderen Diagnostik und Behandlung, die nicht nur auf eine akute Parodontitis beschränkt ist. „Die meisten Erwachsenen leiden im Laufe ihres Lebens einmal oder sogar chronisch an Parodontitis.“, sagte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA und Vorsitzender des Unterausschusses Zahnärztliche Behandlung. Ziel sei es, die Zähne langfristig in einem gesunden, funktionellen und schmerzfreien Zustand zu halten. Die neuen Leistungen können voraussichtlich ab dem dritten Quartal 2021 in Anspruch genommen werden.



Prostatakrebs: PSA-Test wird keine Früherkennungsleistung

Die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) bleibt wie bisher auf die Verlaufskontrolle bei bereits behandelten gesetzlich Versicherten mit Prostatakrebs oder zur Abklärung eines auffälligen Tastbefundes der Prostata beschränkt. Der GBA hat sich damit gegen eine Erweiterung der Früherkennung von Prostatakrebs um ein Screening mittels PSA-Wert-Bestimmung entschieden. Grundlage dafür war ein Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), der das Schadenspotenzial höher gewichtet als den Nutzen. Laut des Berichts des IQWiG kommt es insbesondere beim Einsatz des Screenings in der Früherkennung zu einer hohen Anzahl von falsch-positiven Ergebnissen und zu Überdiagnosen, d. h. es werden Prostatakarzinome entdeckt und behandelt, die etwa aufgrund eines sehr langsamen Wachstums bei älteren Männern eigentlich nicht hätten behandelt werden müssen. Ein erhöhter PSA-Wert kann ein erster Hinweis auf Prostatakrebs sein, er kann aber auch viele andere Ursachen wie eine gutartige Vergrößerung oder Entzündung der Prostata oder eine Harnwegsentzündung haben.

[WEITERE BESCHLÜSSE UND INFORMATIONEN ZUM GBA](#)

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Die Legislaturperiode geht im Herbst zu Ende. Das spiegelt sich in der trotz Corona-Pandemie recht ausgedünnten gesundheitspolitischen Agenda wider. Nachdem der Bundesrat in seiner letzten Sitzung vor dem Jahreswechsel 2020/21 noch das „Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege“ (GPVG) gebilligt hat, ohne – wie zunächst von den SPD-geführten Länder gefordert – wegen des umstrittenen GKV-Finanzpakets den Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat anzurufen, verbleiben zunächst einmal sechs Projekte auf der Tagesordnung. Die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn geplante Pflegereform ist bisher über den Status eines Eckpunkte-Papiers noch nicht hinaus gekommen. Diese und ältere Gesetze (Stand: 27. Januar 2021) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege

Mit dem „Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege“ (DVPMG) will das Bundesgesundheitsministerium an das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und an das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) anknüpfen. Das Bundeskabinett hat seinen Entwurf am 20. Januar 2021 verabschiedet. Den Referentenentwurf hatte das Bundesgesundheitsministerium am 15. November 2020 vorgelegt. Das DVPMG soll insbesondere die Grundlage für eine weitgehende Anbindung der Pflege an die Telematik-Infrastruktur (TI) legen, die Funktionen der elektronischen Patientenakte (ePA) und des elektronischen Rezeptes (eRezept) erweitern, die Fernbehandlung ausweiten und digitale Pflegeanwendungen auf Kosten der Sozialen Pflegeversicherung einführen. Die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen soll schneller und sicherer werden.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

KABINETTSENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > DVPMG



Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Das Gesetz soll dafür sorgen, die bisher weitgehend getrennt organisierten Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System weiter zu entwickeln. Ziele der engeren Verzahnung sind eine bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten, kürzere Wartezeiten, ein effizienterer Einsatz von Personal und Geld sowie damit verbunden eine höhere Gesamtqualität der medizinischen Notfallversorgung. Der Entwurf sieht drei wesentliche Maßnahmen vor: ein gemeinsames Notfallsystem (GNL), integrierte Notfallzentren (INZ) und die Etablierung des Rettungsdienstes als eigenständiger GKV-Leistungsbereich.



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

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

Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder wird laut Entwurf als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährt. Damit kommt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einer langjährigen Forderung der Länder nach.

Der Referentenentwurf greift zurück auf den Mitte 2019 vorgestellten Diskussionsentwurf des BMG. Die aktuelle Fassung ist allerdings so gestaltet, dass der Bundesrat nicht mehr zustimmen müsste. Ausgangspunkt der Debatte sind Vorschläge aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom Juli 2018.

Zuvor war das Vorhaben der Bundesländer, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen (Bundestags-Drucksache 18/1289), zwei Mal gescheitert. Der Gesetzentwurf des Bundesrats, der gleichlautend schon in der vorherigen Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/13969) in den Bundestag eingebracht, aber dort nicht beraten worden war, 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.

REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Notfallversorgung





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

Die Ausbildungen der Berufe in der medizinischen Technologie sollen nach Darstellung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) „zeitgemäß attraktiv ausgerichtet und zukunftsorientiert weiterentwickelt werden“ und sind demnach „ein erster und wichtiger Baustein der Umsetzung des ‚Gesamtkonzepts Gesundheitsfachberufe‘“. Die vier Berufe in der medizinischen Technologie (für Laboratoriumsdiagnostik, Radiologie, Funktionsdiagnostik und Veterinärmedizin) sollen reformiert und gestärkt werden. Die bisherige Berufsbezeichnung wird zukünftig ersetzt durch die Berufsbezeichnung medizinische Technologin und medizinischer Technologe im jeweiligen Berufsfeld. Dies vollzieht fachliche und inhaltliche Änderungen der Berufsausübung, die bereits durch den medizinisch-technischen Fortschritt erfolgt sind, sprachlich nach.

Ein Ausbildungsvertrag sowie eine angemessene Ausbildungsvergütung sollen künftig verbindlich sein. Das bisherige Schulgeld für die Ausbildung soll abgeschafft werden. Die Refinanzierung der Ausbildungskosten in Schulen, die keiner Trägerschaft oder Mitträgerschaft eines Krankenhauses unterliegen, wird zu Lasten der GKV neu geregelt. Das Ausbildungsziel in den jeweiligen Fachrichtungen wird modernisiert, weiter spezifiziert und nun kompetenzorientiert ausgestaltet. Die bisher allgemein gehaltenen Vorgaben zur Ausbildung werden konkretisiert und neu strukturiert. Die praktische Ausbildung wird im Umfang ausgeweitet.

Der Gesetzentwurf beinhaltet außerdem eine Anpassung des Notfallsanitätärgesetzes, um mehr Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in besonderen Einsatzsituationen zu schaffen. Dabei geht es um das eigenverantwortliche Durchführen heilkundlicher Maßnahmen.

Das MTA-Reformgesetz bedarf der Zustimmung des Bundesrates. Das Gesetzgebungsverfahren soll Anfang 2021 abgeschlossen werden und das Gesetz voraussichtlich am 1. Januar 2023 in Kraft treten.

KABINETTSENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > MTA-Reformgesetz



Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Das Bundeskabinett hat den Gesetzentwurf am 16. Dezember 2020 verabschiedet. Der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums stammt von Oktober vergangenen Jahres. Minister Jens Spahn will zahlreiche Vorhaben, die durch die Corona-Krise liegen geblieben sind, in einem Sammelgesetz auf den Weg bringen. Das GVWG formuliert fünf Hauptziele. Qualität und Transparenz in der Versorgung sollen gesteigert werden. Dazu sollen dem Gesundheitswesen die notwendigen Daten zu ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen „aktuell, dauerhaft und verlässlich“ zur Verfügung stehen. Erweiterte Leistungsansprüche und -angebote sollen die Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte verbessern. Für privat Krankenversicherte sieht der Entwurf eine Reform des Notlagentarifs vor. Schließlich will das BMG die Hospiz- und Palliativversorgung in Netzwerken



finanziell fördern und die ambulante Kinderhospizarbeit stärken. Das GVWG soll in weiten Teilen noch vor der Bundestagswahl in Kraft treten.

Um diese Ziele zu erreichen, sieht der Gesetzentwurf ein umfangreiches Maßnahmenbündel vor. In der Krankenhausversorgung sollen für mehr Bereiche als bisher Mindestmengen festgelegt werden. Die Qualitätsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kliniken sollen verbindlicher geregelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll neue Anwendungsbereiche für Qualitätsverträge festlegen und genauere Vorgaben für deren spätere Auswertung vorgeben. Zudem sollen Krankenhäuser für jeden Standort das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand veröffentlichen. So soll deutlich werden, ob ein Krankenhaus ausreichend oder zu wenig Personal einsetzt.

Ebenfalls geplant ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) für krankhaft Übergewichtige. Der GBA erhält außerdem den Auftrag, weitere planbare Eingriffe für das Zweitmeinungsverfahren zu benennen. Zudem sieht der Gesetzentwurf versicherungsrechtliche Regelungen vor, wie etwa die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens für die Beitragsbemessung bei gesetzlich Versicherten. Bei der Beitragsbemessung für freiwillig gesetzlich Versicherte soll künftig bei der Anrechnung des Ehegatteneinkommens ein Freibetrag für unterhaltsberechtignte nicht gemeinsame Kinder berücksichtigt werden. Der GVWG-Entwurf umfasst Änderungen an insgesamt 15 Gesetzen und Verordnungen.

KABINETTSENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > GVWG



Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten

Ziel des Gesetzes ist es, die Krebsregisterdaten der Bundesländer länderübergreifend insbesondere für überregionale Forschungsprojekte besser nutzbar zu machen. Basis ist das seit 2009 geltende Bundeskrebsregisterdatengesetz (BKRK).

In einer ersten Stufe sollen sogenannte „Best-of“-Datensätze am Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (RKI) zusammengeführt werden. Diese anonymisierten Datensätze sollen Dritten auf Antrag für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt werden, wobei der Beirat des ZfKD jeweils entscheiden soll. So soll ein genauerer Überblick über das Versorgungsgeschehen, die Krankheitslast in der Bevölkerung und den Versorgungsbedarf sichergestellt werden. Die verbesserten Nutzungsmöglichkeiten der Krebsregisterdaten leisteten einen Beitrag zur Optimierung und Weiterentwicklung der onkologischen Versorgung, so die Begründung des Bundesgesundheitsministeriums.

Der Gesetzentwurf schafft darüber hinaus Grundlagen dafür, dass in einer zweiten Stufe zusätzliche, in der ersten Stufe nicht verfügbare Daten für Forschung und Versorgung genutzt werden können. Im Mittelpunkt stehen demnach patienten- und leistungserbringerbezogene Auswertungen. Ziel der zweiten Stufe ist es, anlassbezogen klinische Krebsregisterdaten auch registerübergreifend in Form eines kooperativen Datenverbunds mit dem ZfKD und klinisch-wissenschaftlich tätigen Akteuren aus Versorgung und Forschung zusammenzuführen. Das ZfKD, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe würden zum Zuge des Gesetzes den Auftrag erhalten, ein Konzept für eine solche Plattform zu entwickeln, die die bundesweite anlassbezogene Zusammenführung der Daten und Analyse der Krebsregisterdaten aus den Län-



den sowie die Verknüpfung von Krebsregisterdaten mit anderen Daten erstens ermöglicht, zweitens fachlich begleitet und drittens die Expertise für die klinisch-wissenschaftliche Auswertung der Krebsregisterdaten bereitstellt.

REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Gesetze und Verordnungen



Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung (KKWerbeV)

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) wurden erstmals im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) grundsätzliche Zwecke und Grenzen des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander geregelt. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wurde ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen im Hinblick auf die im GKV-FKG benannten Themenbereiche zu regeln. Auf dieser Grundlage hat das BMG einen Referentenentwurf einer Verordnung zur Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen vorgelegt. Darin werden die gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden größtenteils in die Verordnung transferiert. In einzelnen Punkten werden diese Grundsätze allerdings präzisiert, ergänzt oder weitergehend ausgestaltet.

Der Verordnungsentwurf sieht im Einzelnen folgende Maßnahmen vor:

Wechsel- und Halteprämien sollen verboten werden. Werbeausgaben sollen ebenso begrenzt werden wie die Höhe der Vergütungen derer, die eine Krankenkasse zur Mitgliederwerbung einsetzt. Aufwandsentschädigungen an externe Dienstleister müssen künftig laut Entwurf in das jährliche Gesamtwerbebudget der Krankenkassen einbezogen werden. Vorgesehen ist außerdem ein Verbot von Staffelpremien und Zielgruppenvereinbarungen mit externen Vermittlern, die zum Beispiel höhere Einzelvergütungen je aufgenommenem Mitglied vorsehen, je höher die Zahl der insgesamt geworbenen Mitglieder steigt.

Werbemaßnahmen im Sport sollen künftig nur in eng begrenzten Fällen möglich sein.

Die Werbung für GKV-fremde Leistungen soll ebenso untersagt werden wie die Werbung durch Beschäftigte einer Krankenkasse. Unzulässig sind auch Kooperationen mit Arbeitgebern zu Werbezwecken. Bei Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge verlangt der Gesetzentwurf die Vereinbarung einer auf Kostendeckung begrenzten Aufwandsentschädigung.

REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Gesetze und Verordnungen





Kurzmeldungen

Große Mehrheit sorgt sich wegen der Umwelt um Gesundheit

20.01.21 (ams). Mehr als drei Viertel der Menschen in Deutschland befürchten, dass Umweltverschmutzung die Gesundheit nachfolgender Generationen beeinträchtigen wird. Über ein Drittel sieht bereits heute die eigene Gesundheit stark oder sehr stark belastet. Das zeigt eine repräsentative Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) unter 3.000 Teilnehmern. „Jetzt ist die Politik gefragt“, betonten die Autoren der Studie, Klaus Zok vom WIdO und Dr. Kai Kolpatzik, Präventionsexperte im AOK-Bundesverband. Mehr Umweltgerechtigkeit zu schaffen, sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. „Wir als AOK müssen den Umweltaspekt nicht nur aus der Verantwortung als Arbeitgeber leben, sondern ihn auch als Anwalt unserer 27 Millionen Versicherten stärker in den Fokus rücken“, unterstrich Verbandschef Martin Litsch.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Mandel-OPs: Neue Leitlinie bleibt ohne nennenswerten Effekt

29.12.20 (ams). In Deutschland wird im Falle einer chronischen Mandelentzündung offensichtlich immer noch zu früh operiert. Das legt eine aktuelle Datenanalyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) nahe. Die Auswertung zeige, dass eine konservative Therapie mit Antibiotika nach wie vor nicht ausgeschöpft werde, obwohl die Leitlinie zur Behandlung der Tonsillitis dies seit 2015 so vorsehe, kritisiert Christian Günster, Leiter des Bereichs Qualitäts- und Versorgungsforschung im WIdO. Das sei bei etwa der Hälfte der AOK-Versicherten der Fall, denen zwischen 2012 bis 2018 die Gaumenmandeln entfernt worden seien.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Covid-19: Erzieherinnen mit den meisten Krankschreibungen

21.12.20 (ams). Berufe in der Betreuung und Erziehung von Kindern haben zwischen März und Oktober 2020 mehr als doppelt so oft wegen einer Corona-Infektion am Arbeitsplatz gefehlt wie der Durchschnitt der Beschäftigten. Insgesamt waren circa 155.610 der 13,2 Millionen AOK-versicherten Erwerbstätigen im Zusammenhang mit Covid-19 krankgeschrieben. Das zeigt eine Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-Mitglieder durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO). Auch Gesundheitsberufe waren überdurchschnittlich oft betroffen, stehen aber nicht mehr an der Spitze des Rankings wie noch in der ersten Phase der Pandemie von März bis Mai.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen





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:
