

# AOK-MEDIENSERVICE

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

02/23 POLITIK

 @AOK\_Politik

ams-Interview I Dr. David Scheller-Kreinsen, AOK-Bundesverband:

**Krankenhausreform: Finanzierung  
und Planung müssen Hand in Hand gehen** ..... 2

ams-Interview II mit Jürgen Klauber, WIdO

**QSR-Veröffentlichung unterliegt  
strengen Kriterien** ..... 7

ams-Grafik: Liquidität des Ausgleichsfonds der SPV

**Angespannte Lage** ..... 10

EU-Ticker

**Deutschland schneidet bei der  
Krebsbehandlung überdurchschnittlich ab** ..... 11

Zahl des Monats

**36.958.742 physiotherapeutische Leistungen ...** ..... 15

Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss ..... 16

Gesetzgebungskalender ..... 17

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

ams-Interview I mit Dr. David Scheller-Kreinsen

## Finanzierung und Planung müssen Hand in Hand gehen

22.02.23 (ams). Die ersten Gespräche von Bund, Ländern und Regierungsfractionen über die Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform sind gelaufen, am 23. März stand die nächste Runde der Beratungen an. Unterdessen sorgt eine von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vorgestellte Auswirkungsanalyse für erregte Diskussionen. Die vorgestellte Maximal-Variante geht aber an der Realität vorbei, sagt Dr. David Scheller-Kreinsen, Referatsleiter für Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband, im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams).



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

**Die Mitte Februar vorgestellte Auswirkungsanalyse zur Krankenhaus-Reform hat vor allem in den Ländern einige Wellen geschlagen. Ist die Aufregung aus Ihrer Sicht berechtigt?**

**Scheller-Kreinsen:** Ich denke, einige Beteiligte sollten die Debatte mit etwas weniger Schaum vor dem Mund führen. Die Auswirkungsanalyse hat ja das Spektrum der möglichen Auswirkungen dargestellt. Die Kritiker der Reformvorschläge haben sich danach auf die Maximal-Variante gestürzt. Diese Extrem-Variante wird aber sicher nicht am Ende des Prozesses stehen. Zudem ist bei solchen Simulationen immer zu bedenken, dass bestimmte relevante Informationen zur Ausstattung und zu den Merkmalen der Krankenhäuser in den verfügbaren Daten gar nicht enthalten sind. Dadurch entstehen gewisse Verzerrungen. Wenn laut der Simulation drei Krankenhaus-Standorte in eine Level-II-Klinik umgewandelt werden, ist es in der Realität vielleicht so, dass zwei der drei Standorte durch kluge Planungs-Entscheidungen als stationäre Standorte erhalten bleiben und nur einer zu einem Level-II-Haus umgewandelt wird.

Ich finde es auch nicht gut, dass einige Akteure mit den Ängsten der Menschen in den ländlichen Regionen spielen. Dabei befinden sich zwei Drittel der „kleinen“ und nicht ausreichend spezialisierten Klinik-Standorte in urbanen und verdichteten Gebieten und nicht auf dem Land. Auch hier können die geplanten „Level-II“-Häuser eine wichtige Rolle spielen, um ambulante und stationäre Versorgung besser zu verzahnen. Das darf nicht vergessen werden.

Insgesamt sollten wir das große Ziel der Reform in der Diskussion nicht aus dem Auge verlieren – und das ist die Verbesserung der Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten. Hier muss sich angesichts der immer noch weit verbreiteten Gelegenheitsversorgung etwas ändern. Da sind sich eigentlich auch alle Beteiligten einig.

**Die Krankenhausgesellschaft hat in ihren jüngsten Vorschlägen zur Reform gefordert, statt der Level-Einteilung vor allem die Leistungsgruppen zum bundesweiten Instrument der Krankenhausplanung zu machen. Wie steht die AOK zu diesen Vorschlägen?**

**Scheller-Kreinsen:** Mit den Leveln ist es ein bisschen wie mit der Steuererklärung auf dem Bierdeckel: Klingt erst mal gut. Denn natürlich ist es attraktiv, die komplizierten Krankenhausstrukturen drei oder vier Stufen zuzuordnen und daran sowohl die künftige Planung als auch Teile einer reformierten Vergütung festzumachen. Allerdings wäre das aus unserer Sicht nicht zielführend. Denn der Teufel steckt im Detail.

Das Etablieren von Leveln würde dazu führen, dass wir die Krankenhausstrukturen in Deutschland grundlegend in kurzer Zeit ganz neu aufstellen müssten. Die DKG-Analysen zeigen trotz einiger Übertreibungen ganz gut, welche zusätzlichen Probleme ein starres Level-System verursachen würde. Zudem fehlen uns die Mittel zur Umsetzung, denn das würde nach allen Prognosen zwischen 80 und 100 Milliarden Euro kosten. Selbst wenn wir die Mittel aufbringen könnten, stellt sich die Frage, ob diese Investitionen gut angelegt sind und ob wir damit ein gutes Verhältnis von Aufwand und Nutzen erreichen. Wir haben da deutliche Zweifel. Und es gibt sicher bessere und schnellere Wege die Versorgungsqualität zu erhöhen – zumal es ja auch noch andere Bereiche der Daseinsvorsorge gibt, die dringend modernisiert werden müssen.

### **Aber kann man die Level nicht auch einführen, ohne die ganze Krankenhauslandschaft umzukrempeln?**

**Scheller-Kreinsen:** Das ist zumindest mit Risiken verbunden. Denn es kann dazu führen, dass sehr „flexible“ Level-Einteilungen definiert und dennoch mit Geld hinterlegt werden. Nach dem Motto: Wenn ein Standort zehn von 20 möglichen Fachabteilungen aufweist, wird er dem Level 3 zugeordnet und erhält einen höheren Preis oder eine leistungsunabhängige Pauschale. Wir sind dann im Prinzip bei einer Türschild-Finanzierung, die den Status quo konserviert. Jegliche Modernisierungseffekte würden ausbleiben – und die Chance, den dringend notwendigen Strukturwandel einzuleiten, würde mal wieder vertan. Im aktuellen politischen Umfeld würde es aber vermutlich auf diese Variante hinauslaufen.

Daher sollten die Level aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht überbetont werden. Level können als Zielbild eine gute Orientierungshilfe darstellen und am Ende einer Krankenhaus-Strukturreform stehen, wenn Versorgungsaufträge auf Basis von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen definiert wurden, die den Anker der Reform darstellen müssen. Die Level ergeben sich dann aus den zugewiesenen Leistungsgruppen und nicht umgekehrt.

### **Warum sind Leistungsbereiche und Leistungsgruppen aus Sicht der AOK besser geeignet, um die Reform voranzubringen?**

**Scheller-Kreinsen:** Die Landesregierung in NRW hat es gut auf den Punkt gebracht: „Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen“. Will man diesen Anspruch erfüllen, müssen Planung und Vergütung auf einer Systematik aufbauen, die einerseits vom Einzelfall abstrahiert, denn es geht ja um die Verfügbarkeit und Vorhaltung von Leistungen. Andererseits muss aber auch festgelegt werden, welche Strukturen künftig mit einem Versorgungsauftrag verknüpft sind und wofür konkret in der Zukunft fallunabhängig Gelder der Versicherten an die Kliniken mittels der Vorhaltepauschalen überwiesen werden. Nur so ist sichergestellt, dass keine Mitnahmeeffekte entstehen, die nicht mit einer Verbesserung der Versorgung verbunden sind. Die Leistungsbereiche und Leistungsgruppen erfüllen die genannten Voraussetzungen. Sie sollten daher der Anker der Krankenhausreform werden.

Die von der Regierungskommission geforderte verbindliche Verknüpfung von Vorhaltekostenfinanzierung und differenzierten Planungsentscheidungen auf Basis von Leistungsgruppen der Länder begrüßen wir daher ausdrücklich. Das ist eine gute Basis dafür, dass Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung künftig Hand in Hand gehen.

### **Aber greift das nicht zu sehr in die Kompetenzen der Länder ein, die ja für die Krankenhausplanung zuständig sind?**

**Scheller-Kreinsen:** Die Entscheidung, welche Klinik welchen Versorgungsauftrag erhält ist, bleibt ja wie bislang eine Entscheidung der Planungsbehörden auf der Landesebene. Allerdings ist es wesentlich, dass eine bundeseinheitliche Planungssprache eingeführt wird, die verpflichtend anzuwendende Leistungsbereiche- und gruppen definiert.

Ohne einheitliche Planungssprache und einem einheitlichen Maßstab für die Allokation von Vorhaltepauschalen würde es zu Verwerfungen zwischen der Bundes-, Landes- und Ortsebene kommen. Das hat schon bei früheren Reformen, zum Beispiel beim Pflegebudget, zu massiven Fehlentwicklungen und Umsetzungsdefiziten geführt. Zudem führt eine bundeseinheitliche Planungssprache dazu, dass wir eine transparente Basis für die Bundesland-übergreifende Krankenhausplanung bekommen. Das Planungsrecht der Länder sollte aus unserer Sicht auch mit der Pflicht verbunden sein, die Umsetzung nachvollziehbar und transparent zu machen.

### **Besteht in einem solchen Modell nicht die Gefahr, dass es zu einer inflationären Vergabe von Versorgungsaufträgen kommt?**

**Scheller-Kreinsen:** Das stimmt, diese Gefahr sehen wir. Deshalb ist es zentral, dass der Aufsattpunkt für die Definition der Leistungsbereiche die zu versorgende Bevölkerung und nicht eine aus der Perspektive des Krankenhauses definierte Fallmenge wird. Für die Umsetzung der Versorgungsaufträge kann zunächst auf die bisherige Hospitalisierungsinzidenz in den jeweiligen Regionen zurückgegriffen werden. Perspektivisch sollte der Bevölkerungsbezug weiterentwickelt werden. Er sollte dann stärker auf der Nachfrageseite ansetzen und sich von der historischen Inanspruchnahme lösen. Das ist eher ein Dekadenprojekt, aber wir sollten jetzt endlich damit beginnen.

### **Welche Rolle sollte der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Reform aus Sicht der AOK spielen?**

**Scheller-Kreinsen:** Das „Bashing“ von Institutionen und insbesondere des GBA ist ja in der Gesundheitsszene zuletzt ziemlich in Mode gekommen. Wir halten es für richtig, dass die einheitliche Planungssprache, genau wie alle anderen bundeseinheitlichen Vorgaben, vom GBA definiert wird. Wenn man jetzt extra neue Institutionen für diese Aufgabe schaffen würde, würde nur wertvolle Zeit vergehen, die wir besser in die inhaltliche Arbeit investieren. Und der Aufbau neuer, professioneller Strukturen zur Umsetzung dieser Aufgaben benötigt auch zusätzliche Mittel.

### **Apropos Kosten: Die DKG schlägt einen fixen Notfallversorgungszuschlag und eine Vorhaltefinanzierung „mit einer relativen Fallzahlunabhängigkeit“ vor. Was ist von diesen Vorschlägen zu halten?**

**Scheller-Kreinsen:** Der Vorschlag der DKG kommt für uns nicht überraschend. Natürlich fordern die Krankenhäuser mehr Geld. Für den Umbau der Krankenhausstrukturen

wird es ja auch Investitionen brauchen, um eine Modernisierung zu ermöglichen. Das ist nachvollziehbar. Gleichzeitig ist ein Ziel der Reform jedoch auch eine Absenkung des Mengenanreizes. Daher ist es nicht zielführend, bei der Betriebskostenfinanzierung zunächst einfach noch etwas drauf zu packen, um dann irgendwann auf eine fallunabhängige Pauschale umzustellen. Dieses Vorgehen würde nicht zu einer Reduzierung des Mengenanreizes beitragen. Die Vorhaltepauschalen müssen schon durch eine Ausgliederung aus den Fallpauschalen finanziert werden. Sonst geht die Gleichung nicht auf.

### **Die von der DKG vorgeschlagene Regelung der Vorhaltefinanzierung über die Budgetverhandlungen auf der Ortsebene sei keine gute Idee, hieß es in einer ersten Stellungnahme der AOK. Warum?**

**Scheller-Kreinsen:** Die Krankenhäuser sind schlecht beraten, wenn sie für eine Abwicklung von Vorhaltepauschalen auf der Ortsebene argumentieren. Wenn man die Ausgleichs im Rahmen der Budgetverhandlungen festsetzen müsste, würde das die Komplexität auf der Ortsebene weiter erhöhen. Das würde zum Beispiel zu Debatten über Nachweise zu den schon geflossenen Vorhaltekosten führen. Dazu müssten dann entsprechende Vereinbarungen geschlossen werden. Schon jetzt hinken wir bei den Budgetverhandlungen zeitlich hinterher, und eine weitere Erhöhung der Komplexität würde prospektive Budgetverhandlungen praktisch unmöglich machen – zumal wir hier über ein erhebliches Volumen von etwa 20 Prozent des jeweiligen Klinikbudgets sprechen.

### **Wie sollte es denn die Vorhaltefinanzierung stattdessen geregelt werden?**

**Scheller-Kreinsen:** Das Ganze sollte laufen wie bei der Finanzierung der Feuerwehr. Für diesen Teil der Krankenhaus-Ausgaben darf die Inanspruchnahme keine Rolle spielen.

Die Auszahlung könnte, wie der Regierungskommission vorgeschlagen, über einen Fonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung laufen. Das könnte über jährliche oder monatliche Zahlungen erfolgen. Ein solches Vorgehen würde allen Beteiligten höhere finanzielle Sicherheit bieten und die Resilienz der Krankenhausfinanzierung erhöhen.

Bei Auszahlung von Vorhaltekosten über die Budgetebene würde das Krankenhaus ja seine Vorhaltekosten – wie bislang – unterjährig in Abhängigkeit von der Fallzahl erhalten. Bei Auslastungsschwankungen würde es dann also weniger Vorhaltefinanzierung geben, obwohl die Vorhaltungskosten gleich groß sind. Mit jährlichen oder monatlichen pauschalen Vorhaltekostenzahlungen würden dagegen übliche saisonale Schwankungen in den Fallzahlen genauso ausgeglichen wie außerordentliche Veränderungen der Inanspruchnahme. Somit erhalten die Krankenhäuser die Vorhaltevergütung dann so, wie auch ihre entsprechenden Ausgaben im Jahresverlauf anfallen. Und gleichzeitig wird das System dadurch krisenfester.

### **Die Krankenhausgesellschaft plädiert dafür, im Zuge der Reform auf die bisherigen Strukturvorgaben im Rahmen der Qualitätssicherung zu verzichten und stattdessen auf die Mindeststrukturvorgaben zu den Leistungsgruppen zu setzen. Können Sie da mitgehen?**

**Scheller-Kreinsen:** Dieser Vorschlag ist irritierend. Eine gut aufgestellte Qualitätssicherung inklusive der bisherigen Strukturvorgaben wird man immer brauchen. Daran ändern ja auch mögliche Vorhaltepauschalen nichts. Über den Ausbau der

Verwendung von Routinedaten zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes oder andere Aspekte kann man ja streiten. Aber pauschale Forderungen wie die der DKG führen sicher nicht zu einer effektiveren Versorgung oder zu einer höheren Versorgungsqualität.

**Vorschläge der Regierungskommission zur Klinikreform:**

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

> Themen > Gesundheitswesen > Krankenhausreform

---

**Auswirkungsanalyse der DKG:**

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

---

**AOK-Positionen für eine Reform der**

**Vorhaltekostenfinanzierung im Krankenhausbereich:**

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

---



ams-Interview II mit Jürgen Klauber

## Klauber: QSR-Veröffentlichung unterliegt strengen Kriterien

02.02.23 (ams). Vertreter von Universitätskliniken und vom Verband der Universitätsklinika (VUD) haben sich in Medienberichten kritisch über das Verfahren zur Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) geäußert. Auf Basis des QSR-Verfahrens informiert die AOK in ihrem Gesundheitsnavigator über die Qualitätsunterschiede zwischen Kliniken bei bestimmten Operationen und Behandlungen. Zum Vorwurf, die Risikoadjustierung im QSR-Verfahren sei nicht ausreichend und Routinedaten nicht für die Qualitätsbewertung geeignet, äußert sich WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams). Alle Schritte des Bewertungsverfahrens erfolgten in enger Abstimmung mit medizinischen Expertenpanels.

**Herr Klauber, einige Vertreter von Universitätsklinika zeigen sich überrascht, dass sie bei bestimmten Operationen schlecht abschneiden. Wie kann es sein, dass solche Kliniken, die den Anspruch haben, Spitzenmedizin anzubieten, bei manchen Eingriffen wie Blindarmentfernungen oder Mandeloperationen im Gesundheitsnavigator unterdurchschnittlich bewertet werden?**

**Klauber:** Zunächst muss man sagen, dass Universitätskliniken nicht automatisch bei jedem Eingriff immer die beste Versorgungsqualität bieten. Generell gilt, dass Universitätskliniken bei der Gesamtbewertung in den QSR-Leistungsbereichen nicht systematisch schlechter abschneiden als andere Kliniken. Es gibt Universitätskliniken in allen QSR-Bewertungskategorien, so dass einige Kliniken in einigen Leistungsbereichen auch unterdurchschnittliche Ergebnisse haben. Unbestritten findet in den Universitätsklinika Spitzenmedizin statt - und sie haben gerade bei der Behandlung von relativ seltenen oder komplizierten Erkrankungen großes Know-how. Im QSR-Verfahren betrachten wir aber in erster Linie die besonders häufig vorkommenden OPs, die als „Routine-Eingriff“ gelten, aber trotzdem mit Risiken für die Patientinnen und Patienten verbunden sind. Bei diesen Eingriffen sind die Fallzahlen von Universitätsklinika nicht unbedingt höher als in spezialisierten Kliniken. Nimmt man das Beispiel der Orthopädie, so ist hier der Zusammenhang zwischen Fallzahl und Behandlungsergebnis für die endoprothetischen Eingriffe an Hüfte und Knie wissenschaftlich klar belegt. Es kommt vor allem auf die Routine und die Erfahrung im Team an - und da kann es durchaus sein, dass eine orthopädische Fachklinik mit entsprechender Fallzahl besser abschneidet als eine Uniklinik. Die Unterschiede bei den Komplikationsraten zwischen den Krankenhäusern sind übrigens erheblich. Das „schlechteste“ Viertel der Kliniken hat meist mindestens doppelt so hohe Komplikationsraten wie das „beste“ Viertel. Wenn eine Klinik ihre Ergebnisse nicht nachvollziehen kann, können sich die Verantwortlichen jederzeit an uns wenden - dann gehen wir der Sache nach. Dies kann dann auch zur Nachschärfung der Bewertungs-Regelungen führen.



**Jürgen Klauber**

ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

**Die Klinik-Vertreter argumentieren, die Risikoadjustierung im QSR-Verfahren sei nicht ausreichend. So würde zum Beispiel bei der Bewertung nicht berücksichtigt, dass Universitätsklinika mehr schwere Fälle mit Komplikationen behandelten als andere Krankenhäuser. Was halten Sie dieser Argumentation entgegen?**

**Klauber:** Ich möchte erst einmal betonen, dass alle Schritte des Bewertungsverfahrens in enger Abstimmung mit medizinischen Expertenpanels vollzogen werden. Hier sind in der Regel neben anderen Experten auch Vertreterinnen und Vertreter von Universitätsklinika beteiligt. Die Fachpanels sind das Herzstück des QSR-Verfahrens. Die Expertinnen und Experten aus der Praxis definieren die Aufgreifkriterien für die Leistungen und erarbeiten die Indikatoren für die Qualitätsbewertung. Die Expertenpanels begleiten die QSR-Leistungsbereiche auch nach der Entwicklung im Routinebetrieb weiter. In der jährlichen Überprüfung werden auch Hinweise und Rückmeldungen von Kliniken, Fachgesellschaften und Einzelpersonen beraten. Bei der Entwicklung der Indikatoren in den Panels geht es wesentlich auch darum, wie man Verzerrungen der Ergebnisse durch die unterschiedlichen Patientenmerkmale in den verschiedenen Kliniken mittels Risikoadjustierung ausgleichen kann. So wird bei der Festlegung der betrachteten Leistungen darauf geachtet, dass besonders komplizierte Konstellationen nicht in die QSR-Bewertung eingehen. Weiterhin werden dann bei der Berechnung der Ergebnisse je nach Leistungsbereich unter anderem auch spezielle Faktoren wie der Behandlungsanlass, der Schweregrad der Erkrankung, das angewendete Operationsverfahren, Begleiterkrankungen oder andere Behandlungen vor dem Eingriff berücksichtigt. Dabei kommen etablierte statistische Methoden zur Anwendung. Nur wenn das Expertenpanel zu der Einschätzung gelangt, dass ein fairer Vergleich möglich ist, erfolgt eine öffentliche Berichterstattung. Bei den entsprechenden Beschlüssen der Panels hat das WIdO übrigens kein Stimmrecht. Die Wirkung der QSR-Risikoadjustierung wird jährlich im Rahmen einer Revision der Indikatoren auch daraufhin überprüft, ob Auffälligkeiten bei bestimmten Klinikgruppen wie Unikliniken, Maximalversorger oder Fachkliniken bestehen.

**Haben Sie auch ein Angebot für Kliniken, die sich mit ihren QSR-Ergebnissen näher beschäftigen wollen?**

**Klauber:** Ja, wir wollen den Kliniken mit unserem QSR-Verfahren auch eine Basis bieten, um Qualitäts-Defizite bei bestimmten Operationen zu erkennen und anzugehen. Dazu gibt es einen Klinikbericht, in dem jedes Jahr die aktualisierten QSR-Ergebnisse individuell für das einzelne Krankenhaus aufbereitet werden. Dieser hat für die Kliniken einen erheblichen Mehrwert, da die Kliniken sonst nur die Daten aus dem kurzen stationären Aufenthalt vorliegen haben. Im QSR-Bericht sehen sie aber auch, in welchem Umfang Komplikationen nach der Entlassung hinzugekommen sind. Im Übrigen ist jeder öffentlichen Berichterstattung im Gesundheitsnavigator der AOK eine einjährige Einführungsphase vorgeschaltet, in der die Krankenhäuser die Möglichkeit haben, Ergebnisse zu hinterfragen und in den Dialog mit dem WIdO einzutreten. Seit mehr als zehn Jahren informiert die AOK in einem eingespielten Verfahren zunächst die Kliniken und veröffentlicht die QSR-Ergebnisse erst danach im Navigator. Neben der öffentlichen Berichterstattung gibt es im QSR-Verfahren auch mehrere Leistungsbereiche, in denen zwar Komplikationsraten erhoben und den Kliniken mitgeteilt werden, die aber wegen nicht ausreichender Risikoadjustierung nicht im Gesundheitsnavigator veröffentlicht werden. Die Kritiker befürchten, dass Kliniken aus Angst vor einer öffentlichen Negativ-Bewertung künftig besonders komplizierte Fälle ablehnen könnten.



### **Ist diese Befürchtung aus Ihrer Sicht berechtigt?**

**Klauber:** Diese Aussage unterstellt ja, dass das QSR-Verfahren nicht adäquat funktionieren würde. Sie geht davon aus, dass nicht berücksichtigte kompliziertere Fälle eine Klinik bei der QSR-Bewertung relativ zu anderen Kliniken schlechter stellen würden. Das verhindern wir aber durch die beschriebenen Verfahren. Eine nicht ausreichende Risikoadjustierung führt dazu, dass die Ergebnisse von den zuständigen Expertenpanels nicht für die öffentliche Berichterstattung im Navigator freigegeben werden. Im Übrigen darf die mitschwingende Logik, öffentliche Qualitätstransparenz beeinflusse das Marktverhalten der Krankenhäuser negativ, nicht verfangen. Leistungstransparenz und bewusste Klinikwahl der Patienten sollen schließlich dazu beitragen, eine gute Qualität der stationären Versorgung in der Zukunft zu sichern. Wenn einzelne Kliniken in bestimmten Leistungsbereichen öfter deutlich erhöhte Komplikationsraten haben, die in einem wissenschaftlich validen Verfahren ermittelt wurden, ist es aus meiner Sicht ethisch nicht vertretbar, diese Informationen nicht zu veröffentlichen.

### **Der Verband der Universitätsklinika hält es für ein Kernproblem, dass das WIdO bei seinen Auswertungen Daten verwendet, die nicht für die Qualitätsbewertung erhoben werden, sondern zur Abrechnung der Klinikleistungen. Ist das nicht tatsächlich ein Problem?**

**Klauber:** Das ist eine uralte Diskussion, von der wir denken, dass sie eigentlich längst beendet und zugunsten der Nutzung von Routinedaten entschieden ist. Die Nutzung von Routinedaten in der Qualitätsmessung und Qualitätsforschung ist mittlerweile in Deutschland und international fest etabliert. Die Studienlage verweist auf ein breites Spektrum von aufwandsarmen Nutzungsmöglichkeiten der Routinedaten zur Qualitätssicherung und für die Versorgungsforschung. Dies wird unter anderem auch durch eine Vielzahl von Projekten des Innovationsfonds deutlich. In Deutschland bekennt sich nicht nur die Initiative Qualitätsmedizin IQM, ein Zusammenschluss von rund 500 Kliniken aller Trägergruppen, klar zur Nutzung von Routinedaten und speziell auch der QSR-Indikatoren. Auch das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, also das Institut zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung, setzt zunehmend auf den Weg der Nutzung von Routinedaten. Dass man dabei immer methodisch sorgfältig mit den Möglichkeiten und Grenzen der Nutzung von Routinedaten umgehen muss, sollte in allen Projekten eine Selbstverständlichkeit sein.

Informationen zum QSR-Verfahren:  
[www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de](http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de)

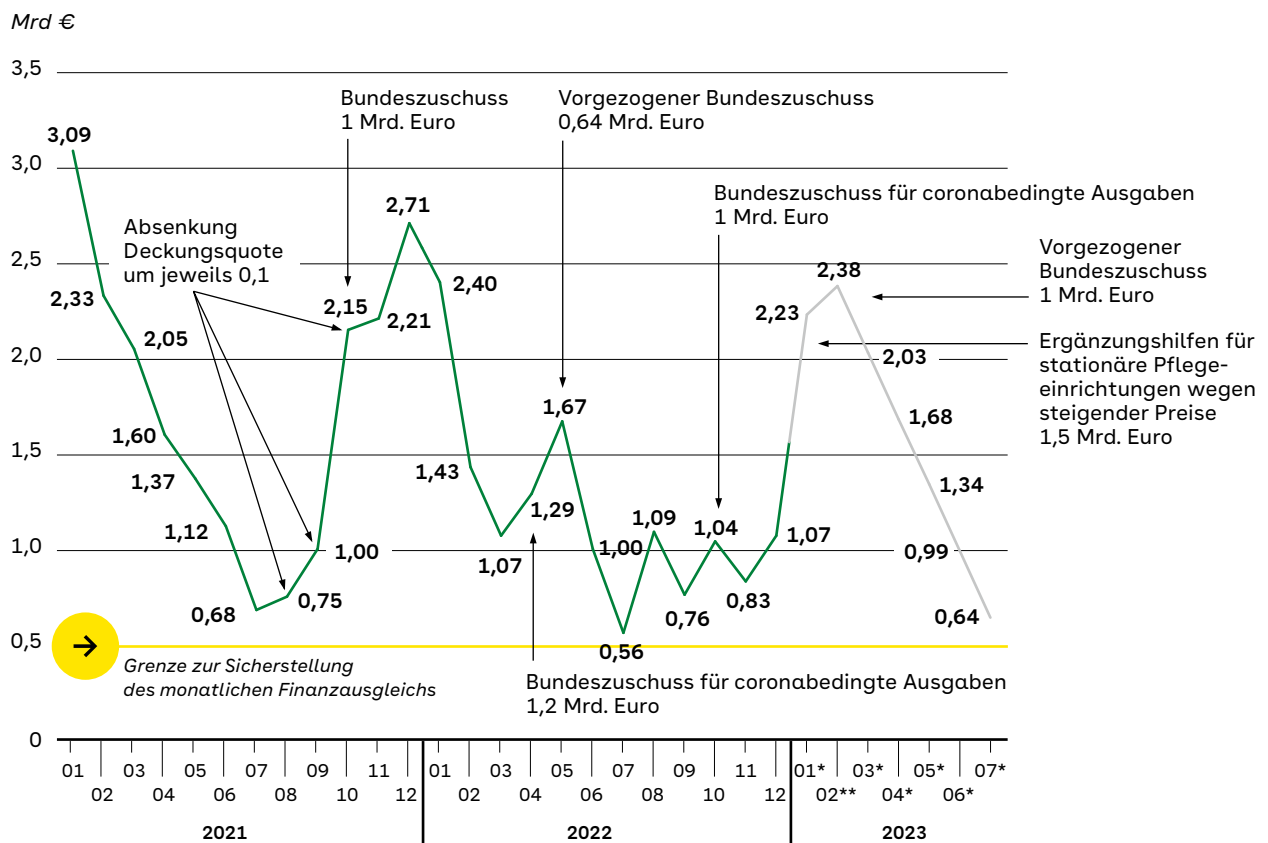


Die AOK-Gesundheitsnavigator:  
[www.aok.de/gesundheitsnavigator](http://www.aok.de/gesundheitsnavigator)



ams Grafik

## Angespannte Lage - Entwicklung der Liquidität des Ausgleichsfonds der SPV



Quelle: BAS; Grafik AOK-Mediendienst

\* Fortschreibung, ab Januar bis November 2023 keine Abführung an Vorsorgefonds

\*\* im Februar einmalige Abführung wegen Erhöhung der Monatsausgabe durch Umstieg auf HHP 2023

Die finanzielle Lage des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bleibt angespannt. 1,5 Milliarden Euro aus dem Wirtschaftsfonds für Ergänzungshilfen nach Paragraph 154 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) und der vorgezogene Bundeszuschuss nach Paragraph 61a SGB XI könnten die Liquidität bis zum Sommer 2023 sichern. Im Laufe der vergangenen beiden Jahre hat der Bund immer wieder mit verschiedenen Maßnahmen die Zahlungsfähigkeit der SPV absichern müssen. Inzwischen liegt ein Referentenentwurf für eine Pflegereform vor. Er beinhaltet „beinhaltet Leistungsausweitungen sowie differenzierte Beitragssatzerhöhungen. Ein dauerhafter Steuerzuschuss ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht vorgesehen. Kassen- und Sozialverbände hatten in einem gemeinsamen Brandbrief an Bundeskanzler Olaf Scholz und Finanzminister Christian Lindner dauerhafte Unterstützung der SPV aus Steuermitteln gefordert. Die Koalition löse ihr Versprechen aus dem Koalitionsvertrag – etwa die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund – nicht ein.

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

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > AOK-Bilderservice > Pflege

EU-Ticker

## Bei Krebsbehandlung im EU-Vergleich überdurchschnittlich

20.02.23 (ams). Deutschland hat im EU-Vergleich die höchsten direkt auf Krebs zurückzuführenden Gesundheitsausgaben. 2018 betrug die Ausgaben hierzulande 524 Euro pro Kopf, der EU-Schnitt liegt bei 324 Euro. Das geht aus den „Länderprofilen Krebs 2023“ der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der EU-Kommission von Anfang Februar hervor. Die Kosten sind laut Bericht vor allem auf den hohen medizinischen Standard und den ungehinderten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Einwohner zurückzuführen. Gleichzeitig ist in Deutschland die „Fünf-Jahres-Nettoüberlebensrate“ zwischen 2004 und 2014 bei fast allen der häufigsten Krebsarten gestiegen oder gleich geblieben und liegt ebenfalls über dem Schnitt der 27 EU-Staaten. „Bei Menschen mit seltenen Krebserkrankungen liegt die Fünf-Jahres-Überlebensrate über dem EU-Durchschnitt, bleibt aber unter jener der leistungsstärksten Länder“, so die OECD.

Laut Ranking liegt Deutschland allerdings auch bei den Krebsrisikofaktoren Rauchen und Alkohol über dem EU-Schnitt. 2019 gaben 22 Prozent der deutschen Bevölkerung an, täglich zu rauchen (EU-Schnitt: 18 Prozent). Deutsche ab 15 Jahren konsumierten 2020 pro Kopf 10,6 Liter reinen Alkohol (EU-Schnitt: 9,8 Liter). Krebs ist der EU-Kommission zufolge mit einem Anteil von 26 Prozent die zweithäufigste Todesursache im EU-Raum nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zur Behandlung von Krebs gaben die EU-Länder 2018 knapp 170 Milliarden Euro aus. Mit dem vor zwei Jahren gestartete Europäischen Krebsplan will die EU die Früherkennung verbessern, Forschung unterstützen, Behandlungsqualität verbessern und die Krankheitsursachen bekämpfen. Schweden hat sich für die laufende Ratspräsidentschaft das Vorantreiben der entsprechenden Programme und Vorhaben als Schwerpunkt gesetzt. Dazu fand am 1. Februar eine Konferenz mit EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides statt, bei der es insbesondere um Maßnahmen gegen Ungleichheiten beim Zugang zur Krebsbehandlung in den einzelnen EU-Ländern ging.

OECD-Länderprofile „Krebs 2023“:  
[www.oecd.org](http://www.oecd.org) > Health

Länderbericht für Deutschland:  
[www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org) > Germany

Europäischer Plan zur Krebsbekämpfung  
[commission.europa.eu](http://commission.europa.eu) > Strategie > Prioritäten  
> Förderung unserer europäischen Lebensweise  
> Europäische Gesundheitsunion



Bericht über die EU-Krebskonferenz am 1. Februar in Stockholm:  
[swedish-presidency.consilium.europa.eu](http://swedish-presidency.consilium.europa.eu) > News

### Längere Fristen bei Medizinprodukte

20.02.23 (ams). In einem Dringlichkeitsverfahren hat das Europäische Parlament am 16. Februar in Straßburg dem Vorschlag der EU-Kommission zugestimmt, die Fristen zur Neuzertifizierung vorhandener Medizinprodukte um bis zu vier Jahre zu verlängern. Laut Beschluss bleibt zur Ausstellung neuer Konformitätsbescheinigungen für Produkte mit höherem Risiko (zum Beispiel Herzschrittmacher) Zeit bis Ende 2027, für Produkte mit mittlerem und geringerem Risiko (Spritzen oder wiederverwendbare chirurgische Instrumente) bis Ende 2028 und für implantierbare Sonderanfertigungen der höchsten Risikoklasse bis zum 26. Mai 2026. Die Zustimmung des Europäischen Rates gilt als sicher, da der Kommissionsvorschlag vom 6. Januar auf eine entsprechende Aufforderung der EU-Gesundheitsminister zurückging. Die längeren Fristen sollen helfen, Versorgungsengpässe zu vermeiden, da die Prüfororganisationen („Benannte Stellen“) nur schleppend vorankommen. Nach geltendem Recht müssten alle vor Inkrafttreten der neuen Medizinprodukteverordnung (MDR) im Mai 2021 ausgestellten und derzeit noch gültigen Konformitätsbescheinigungen spätestens bis zum 26. Mai 2024 durch die Benannten Stellen erneuert werden. Nach einem Bericht der EU-Kommission, über den das Magazin G+G in seiner Februar-Ausgabe berichtet, sind bisher EU-weit nur 36 Benannte Stellen tätig. Die könnten bis Mai 2024 lediglich rund 7.000 Neuzertifizierungen abschließen. Bis dahin laufen jedoch fast 21.400 noch gültige Bescheinigungen ab. „Diese Entscheidung rettet Menschenleben“, sagte der CDU-Europaabgeordnete und gesundheitspolitische Sprecher der EVP-Fraktion, Peter Liese, nach der Abstimmung. Eine strengere MDR mit unangemeldeten Kontrollen und einer besseren Überprüfung der Benannten Stellen bleibe „im Kern richtig“. Durch Brexit und Pandemie seien aber unerwartete Schwierigkeiten eingetreten. Die Europaververtretung der Deutschen Sozialversicherungen (DSV) in Brüssel bezeichnete die längeren Übergangsfristen als „sinnvoll, um Engpässen entgegenzuwirken“. Um die Patientensicherheit zu garantieren, sei es aber „elementar, dass keine Sicherheits- und Qualitätsanforderungen der MDR abgeschwächt werden“.

**Vom Europaparlament angenommener Text:**  
[www.europarl.europa.eu/plenary/de](http://www.europarl.europa.eu/plenary/de)  
> Angenommene Texte > 2023/0005 (COD)

**Infos zum Vorschlag der EU-Kommission:**  
[germany.representation.ec.europa.eu](http://germany.representation.ec.europa.eu) > Aktuelle Meldungen

**Beitrag in der G+G 02/23:**  
[gg-digital.de](http://gg-digital.de) > 02/23 > Brüsseler Bühne

**Presseinfo Liese:**  
[www.peter-liese.de](http://www.peter-liese.de)

**Stellungnahme DSVE:**  
[www.dsv-europa.de](http://www.dsv-europa.de) > Positionspapiere 01/2023



### Verhandlungen über Verbot „ewiger Chemikalien“

20.02.23 (ams). Deutschland, Dänemark, Norwegen, die Niederlande und Schweden haben einen Vorstoß für ein Verbot oder Produktionseinschränkungen sogenannter „ewiger Chemikalien“ in der EU führen gestartet. Dabei geht es nach Angaben der EU-Chemikalienagentur (ECHA) in Stockholm um rund 10.000 per- und polyfluorierte Chemikalien (PFAS), die als besonders langlebig und widerstandsfähig gelten. Sie kommen laut Agentur von Shampoos über Kühlmittel, Autos, Textilien oder Windrädern in fast allen Lebensbereichen vor. Mehrere Studien kamen bereits zu dem Schluss, dass diese Industriechemikalien gesundheitsschädigend sein können. So könnten die PFAS etwa Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit haben, Entwicklungsstörungen bei Kindern verursachen oder das Risiko für einzelne Krebsarten erhöhen. Laut EU-Agentur könnten ohne einschränkende Maßnahmen allein in der EU in den nächsten 30 Jahren bis zu 4,4 Millionen Tonnen PFAS in die Umwelt gelangen. Laut Behörde sollen die zuständigen Ausschüsse der ECHA im März zunächst prüfen, ob der Vorschlag der fünf EU-Länder mit der „REACH-Verordnung“ der EU vereinbar ist. Diese Verordnung wurde laut ECHA erlassen, „um den Schutz der menschlichen Gesundheit und der Umwelt vor den Risiken, die durch Chemikalien entstehen können, zu verbessern und zugleich die Wettbewerbsfähigkeit der chemischen Industrie der EU zu erhöhen“. Wenn dies der Fall sei, könnten die Ausschüsse mit der wissenschaftlichen Bewertung des Vorschlags beginnen. Am 22. März will die EU-Kommission eine sechsmontatige öffentliche Anhörung (Konsultation) zu einem möglichen Verbot oder Produktionseinschränkungen bei PFAS starten.

ECHA-Mitteilung:  
[echa.europa.eu](http://echa.europa.eu) > Nachrichten

Infos zur REACH-Verordnung:  
[echa.europa.eu](http://echa.europa.eu) > Gesetzgebung



### Erstmals Grenzwerte für Diisocyanate am Arbeitsplatz geplant

20.02.23 (ams). Die EU-Kommission hat am 13. Februar eine weitere Absenkung der Grenzwerte für Blei-Emissionen am Arbeitsplatz vorgeschlagen. Zudem sollen erstmals aus Höchstwerte für Diisocyanat-Expositionen eingeführt werden. „Im Fall von Blei wird ein deutlich niedrigerer Expositionsgrenzwert dazu beitragen, Gesundheitsproblemen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern wie der Beeinträchtigung der Fortpflanzungsfunktionen und der fötalen Entwicklung vorzubeugen“, sagte der EU-Kommissar für Beschäftigung und soziale Rechte, Nicolas Schmit. Im Fall der Diisocyanate solle ein neuer Expositionsgrenzwert Asthma und andere Atemwegserkrankungen verhindern. Laut Folgenabschätzung der Kommission sind derzeit rund 4,2 Millionen Beschäftigte in der EU Diisocyanaten ausgesetzt. Diese Chemikalien sind insbesondere in der Bauindustrie wichtige Rohstoffe für die Herstellung von Polyurethanen (zum Beispiel Bauschaum) und Polyharnstoffen. Dem Vorschlag ist nach Angaben der Kommission ein Beratungsprozess vorangegangen, in den neben Wissenschaftlern auch Wirtschafts- und Arbeitnehmerorganisationen aus den Mit-

gliedsländern einbezogen worden seien. Stimmen EU-Parlament und Europäischer Rat zu, haben die Mitgliedstaaten zwei Jahre Zeit, die Richtlinie in nationales Recht umzusetzen.

Presseinfo der EU-Kommission:  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Nachrichten



## Strengere Pestizidwerte für Lebensmittel

17.02.23 (ams). Die EU-Kommission hat neue Vorgaben für die Höchstmenge von Rückständen zweier Pestizide in Lebensmitteln verabschiedet. Dabei geht es um die Chemikalien Clothianidin und Thiamethoxam aus der Gruppe der Neonicotinoide. Die beiden Stoffe stellen nach Angaben der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) ein hohes Risiko für Bienen dar und haben weltweit bereits zu einem Rückgang bestäubender Insekten beigetragen. Innerhalb der EU ist die Verwendung beider Chemikalien im Freien bereits seit 2018 verboten. Die jetzt festgelegten Rückstandshöchstwerte entsprechen nach Angaben der EU-Kommission dem niedrigsten Wert, der mit den neuesten Technologien gemessen werden kann. Die Grenzwerte sollen für alle in der EU hergestellten Produkte, aber auch für importierte Lebensmittel und Futtermittel gelten. Die neuen Werte sollen allerdings erst ab 2026 gelten, um Drittländern – besonders Entwicklungsländern – Zeit zur Umstellung zu geben.

Presseinfo der EU-Kommission  
[germany.representation.ec.europa.eu](http://germany.representation.ec.europa.eu) > Aktuelle Meldungen



EFSA-Hintergrund zur Gefahr für Bienen durch Neonicotinoide:  
[www.efsa.europa.eu](http://www.efsa.europa.eu) > Newsroom

## EU und Indien wollen Lieferketten stärken

20.02.23 (ams). Die EU und Indien haben einen gemeinsamen Handels- und Technologierat eingerichtet. „Damit wollen beide Seiten ihre strategische Partnerschaft stärken und ihr Engagement in den Bereichen Handel und Technologie vertiefen“, teilte die EU-Kommission am 6. Februar mit. Eine der drei vorgesehenen Schwerpunktarbeitsgruppen des Rates soll sich im Zusammenhang mit den Themen Handel und Investitionen um „widerstandsfähige Wertschöpfungsketten“ kümmern. Dabei dürfte es auch in den Arzneimittelmarkt gehen. Indien ist mit 70 Prozent der Weltproduktion der wichtigste Generika-Lieferant der Welt. Indische Pharmaunternehmen beziehen allerdings ihrerseits einen Großteil der notwendigen Grundstoffe aus China. Die Einrichtung des Technologierates wurde bereits im April 2022 von EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen und dem indischen Premierminister Narendra Modi vereinbart. Die Arbeitsgruppen haben nach Angaben der Kommission ihre Tätigkeit bereits aufgenommen. Der Ministerrat werde künftig mindestens einmal pro Jahr abwechselnd in Europa und Indien zusammenkommen.

Presseinfo der EU-Kommission:  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Nachrichten



Zahl des Monats

## 36.958.742 physiotherapeutische Leistungen ...

08.02.23 (ams) ... verordneten Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2021 Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das entspricht laut Heilmittelbericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) einem Anteil von 79 Prozent an allen Heilmittelleistungen. Der Umsatz in diesem Bereich stieg im Vergleich zu 2020 um zehn Prozent auf 7,3 Milliarden Euro. Sie haben damit einen Anteil von 71,5 Prozent am GKV-weiten Heilmittelumsatz von 10,2 Milliarden Euro.

Die drei weiteren großen Heilmittelbereiche Ergotherapie, Sprachtherapie und Podologie erzielten jeweils Umsätze in Höhe von 1,5 Milliarden Euro, 1,1 Milliarden Euro beziehungsweise 0,3 Milliarden Euro. Daraus ergibt sich ein Umsatzanteil von 15,2 Prozent für die Ergotherapie, 10,4 Prozent für Sprachtherapie und 2,9 Prozent für die Podologie. 1,1 Millionen Euro entfallen auf Ernährungstherapie und Nachforderungen aus dem Vorjahr.

Pro gesetzlich Versichertem kommt der Heilmittelbereich insgesamt auf einen Umsatz von 139,69 Euro. Davon entfallen 99,90 Euro auf die Physiotherapie und 21,28 auf die Ergotherapie. Es folgen die Sprachtherapie und die Podologie mit 14,48 Euro beziehungsweise 4,02 Euro pro Versicherten.

Kinder sind eine besondere Patientengruppe, da sie nicht nur nach Unfällen oder Erkrankungen mit Heilmitteln behandelt werden, sondern häufiger bei Störungen der natürlichen Entwicklung. So liegt beispielsweise der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter den Patientinnen und Patienten mit Sprachtherapie dem WIdO-Heilmittelbericht zufolge bei 70,3 Prozent. Die meisten sprachtherapeutischen Behandlungen bei Kindern erfolgen demnach rund um die Einschulung zwischen fünf und sieben Jahren.

Nach dem Ende der zweiten Pandemiewelle Anfang 2021 haben AOK-versicherte Kinder trotz fortbestehender Beschränkungen wieder häufiger Arztpraxen und Therapeuten aufgesucht. Die Rate der Fünf- bis Siebenjährigen, die sprachtherapeutisch behandelt wurden, pendelte sich Ende 2021 wieder bei rund 5,5 Prozent ein. Das entspricht dem Niveau wie unmittelbar vor der Pandemie. Zu Beginn der Pandemie war der Wert im zweiten Quartal 2020 deutlich auf 4,9 Prozent zurückgegangen.

Der Heilmittelbericht des WIdO:  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Publikationen > Buchreihen > Heilmittelbericht



## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Gesundheitsversorgung 2023 absichern und ausbauen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat in seinem Arbeitsprogramm 2023 zugesichert, im Bereich Qualitätssicherung, Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie der Einstufung von neuen Arzneimitteln bestehende Regelungen zu aktualisieren und an veränderte Anforderungen anzupassen. Ziel ist, für die 74 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland eine Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau abzusichern und mit Hilfe von Studien auszubauen. Zusätzlich zur routinemäßigen Aktualisierung der Richtlinien wird der GBA 2023 unter anderem die Themen Verdacht auf Long-Covid, Methodenbewertung und Disease-Management-Programme bearbeiten.

### Portal „Qualitätsberichte Krankenhäuser“ mit neuen Funktionen online

Künftig profitieren Nutzerinnen und Nutzer des Datenportals „Qualitätsberichte der Krankenhäuser“ (Qb-Datenportal) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) von einem vereinfachten Zugang. Dies geschieht unter anderem durch einen zentralen Einstieg, mehr Übersichtlichkeit und einer Erweiterung der Funktionen. Die Qualitätsberichte enthalten zum Beispiel Angaben zum Diagnose- und Behandlungsspektrum, zur Häufigkeit einer Behandlung, zur Personalausstattung, zur Anzahl der Komplikationen bei bestimmten Leistungen sowie zur Barrierefreiheit. Krankenhäuser sind verpflichtet, jährlich in Qualitätsberichten über ihre Arbeit und ihre Strukturen zu informieren. Die Angaben lassen sich beispielsweise von Patientinnen und Patienten nutzen, um Krankenhäuser zu vergleichen und auszuwählen. Der GBA legt für jedes Berichtsjahr fest, welche Informationen abzubilden und welche Verfahren und Fristen bei der Datenübermittlung zu beachten sind.

Weitere Beschlüsse und Informationen zur Arbeit des GBA:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Seit dem 21. Februar liegt der Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege“ (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) und seit dem 14. Februar der Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln“ (Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz – ALBVVG) vor. Das „Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)“ hat bereits die Erste Lesung im Bundestag und den ersten Durchgang im Bundesrat hinter sich gebracht. Die von Minister Karl Lauterbach angekündigte „revolutionäre“ Krankenhausreform und ein Konzept zur nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung lassen noch auf sich warten. (Stand: 27. Februar 2023). Die Klinikreform ist zurzeit Gegenstand monatlicher Bund-Länder-Beratungen. Hier ist der Referentenentwurf für Sommer in Aussicht gestellt. Die wichtigsten Reformgesetze seit 1989 auch im Internet: [www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de).

### Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG)

Neben den bereits im Dezember 2022 vorgestellten Eckpunkten beinhaltet vorliegende Entwurf auch die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) angekündigten Sonderregelungen für Reserveantibiotika. Um der Pharmaindustrie angesichts geringer Absatzzahlen finanzielle Anreize zur Entwicklung neuer Antibiotika zu geben, sollen diese künftig nicht mehr das Nutzenbewertungs- und Preisfindungsverfahren für neue Arzneimittel durchlaufen. Für sie könnten die Hersteller so dauerhaft den selbst festgesetzten Preis erhalten.

Bei den Arzneimittelrabattverträgen für Generika sollen die Vertragspartner der Krankenkassen künftig den Bedarf für mehrere Monate vorrätig halten. Laut Gesetzesentwurf sollen die Kassen zudem bei der Vertragsvergabe Unternehmen mit Wirkstoffproduktion in Europa bevorzugen. Dies soll jedoch zunächst nur für Krebsmedikamente und Antibiotika gelten.

Im Zusammenhang mit der Infektionswelle im Dezember und Januar waren bereits die Erstattungshöchstbeträge für bestimmte Kinderarzneimittel, darunter Fiebersäfte, ausgesetzt worden. Der Gesetzesentwurf sieht jetzt vor, „altersgerechte Darreichungsformen für Kinder“ generell von der Festbetragsregel auszunehmen. Hersteller dürften den Preis für entsprechende Arzneimittel dann „um bis zu 50 Prozent über den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu berechnenden Festbetrag“ anheben.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) will das Bundesgesundheitsministerium zudem einen Beirat zur Bewertung der Versorgungslage etablieren und ein „Frühwarnsystem zur Erkennung von drohenden versorgungsrele-

vanten Lieferengpässen“ einrichten. Die Behörde soll die Öffentlichkeit genauer und schneller über mögliche Versorgungsprobleme informieren. Für den Fall von Lieferengpässen sieht der Gesetzentwurf überdies vereinfachte Austauschregeln in den Apotheken vor.

Der Referentenentwurf:  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Ministerium > Gesetze und Verordnungen



## Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) soll künftig durch eine rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts getragen werden. Das sieht der am 21. Dezember 2022 beschlossene Kabinettsentwurf. Die Verbändebeteiligung lief bis zum 11. November 2022. Der GKV-Spitzenverband hat eine Stellungnahme für die Kassenverbände abgegeben.

„Mit der Stiftungslösung wird insbesondere den Kriterien der Unabhängigkeit, der Staatsferne sowie der Dauerhaftigkeit der Informations- und Beratungsstrukturen in hohem Maße Rechnung getragen“, heißt es zur Begründung. Ziel der Stiftung sei es, „die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen“.

Finanziert werden soll die Stiftung weiterhin von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV). Wie schon der der Ministeriumsentswurf sieht auch der Erntwurf der Bundesregierung eine deutliche Anhebung des jährlichen Beitrags von derzeit zehn Millionen auf 15 Millionen Euro vor. Davon soll die PKV sieben Prozent tragen.

Leiten soll die neue aufgestellte UPD dem BMG-Entwurf zufolge ein zweiköpfiger Stiftungsvorstand, der durch einen Stiftungsrat bestellt und abberufen wird. Dem elfköpfigen Stiftungsrat sollen die oder der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, zwei Mitglieder des Bundestages, je eine Vertreterin oder ein Vertreter des BMG und des Verbraucherschutzministeriums sowie des GKV-Spitzenverbandes und des PKV-Verbandes angehören. Hinzu kämen vier ehrenamtliche Vertreter von Patientenorganisationen, die nicht Mitglied des Stiftungsvorstandes sein dürften.

Laut Entwurf würde die oder der Patientenbeauftragte den Stiftungsrat im Einvernehmen mit den beiden beteiligten Ministerien benennen. Das Stimmrecht der Mitglieder von GKV und PKV soll sich danach auf Finanzfragen beschränken. Die Arbeit der Stiftung soll jedes Jahr durch einen unabhängigen Gutachter überprüft werden.

Im Mai 2021 hatte der alte Bundestag die fristgemäß Ende vergangenen Jahres anstehende Neuausschreibung der UPD ausgesetzt, um der neuen Bundesregierung nach der Wahl Zeit für eine grundlegende Reform zu geben. Der Auftrag für den bisherigen Anbieter Sanvartis wurde um ein Jahr bis Ende 2023 verlängert.

Der Kabinettsentwurf:  
[dip.bundestag.de](http://dip.bundestag.de)

Dokumente > Drucksache 20/5334



## Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)

Der Referentenentwurf zum PUEG sieht differenzierte Beitragssatzerhöhungen zur sozialen Pflegeversicherung (SPV) noch im Jahr 2023 vor. So soll der gesetzliche Beitragssatz zum 1. Juli von derzeit 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent steigen, der für Kinderlose von 3,4 auf 4,0 Prozent. Eltern mit mehr als einem Kind werden laut Entwurf weniger belastet: Ihr Beitrag würde ab dem zweiten Kind wieder um 0,15 Prozentpunkte pro Kind gesenkt, die Entlastung aber auf maximal 0,6 Prozentpunkte begrenzt. Damit setzt das Ministerium ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts um. Sollte die Liquidität der SPV kurzfristig gefährdet sein, soll die Bundesregierung künftig ohne Zustimmung des Bundesrates den Beitragssatz per Rechtsverordnung anpassen dürfen. Ein dauerhafter Steuerzuschuss zur SPV ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht vorgesehen.

Im Gegenzug sieht der Entwurf Leistungserhöhungen vor. Das Pflegegeld steigt demnach ab 2024 um fünf Prozent. 2025 und 2028 sollen die Geld- und Sachleistungen entsprechend der Preisentwicklung weiter angepasst werden. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in der ambulanten Pflege würden ab 2024 in einen Jahresbetrag zusammengeführt, den Pflegebedürftige für ihre Zwecke flexibel einsetzen dürften. Arbeitnehmer, die wegen einer akut auftretenden Pflegesituation eines Angehörigen nicht arbeiten können, hätten künftig nicht nur pro Kalenderjahr insgesamt bis zu zehn Arbeitstage Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld, sondern je pflegebedürftiger Person. Um Pflegebedürftige in Heimen zu entlasten, sollen 2024 die Zuschüsse zu den Eigenanteilen um fünf bis zehn Prozentpunkte steigen.

Ein neu geschaffenes Förderbudget soll sicherstellen, dass Länder und Kommunen gemeinsam mit der Pflegeversicherung in Modellvorhaben investieren, um die Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige zu erleichtern und den Zugang zu vorhandenen Hilfemöglichkeiten zu verbessern. Die Pflegeversicherung soll hierfür 50 Millionen Euro pro Jahr bereitstellen, wenn sich das jeweilige Bundesland beziehungsweise die jeweilige Kommune daran zur Hälfte beteiligt.

Ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege soll Potenziale zur Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden heben. Das bereits laufende Förderprogramm für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen zur Entlastung des Pflegepersonals wird ausgebaut. Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege sollen künftig auch förderfähig sein. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sollen spätestens ab 1. Juli 2024 an die Telematikinfrastruktur angebunden sein sowie Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) bekommen.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll neu strukturiert und damit übersichtlicher werden. Um mehr Transparenz zu schaffen, sollen unter anderem

die Landesverbände der Pflegekassen künftig ihre Landesrahmenverträge zur pflegerischen Versorgung veröffentlichen müssen.

In der stationären Pflege soll die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens durch Vorgabe weiterer Ausbaustufen beschleunigt und das Förderprogramm von 100 Millionen Euro pro Jahr bis zum Ende des Jahrzehnts verlängert werden. Ziel ist es, insbesondere die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu verbessern.

## Kurzmeldungen

### Ausbaufähige Ansätze

14.02.23 (ams). Im Grundsatz begrüßt der AOK-Bundesverband die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung. Der vorgelegte Referentenentwurf greife einen „Teil unserer langjährigen Forderungen“ wie die Pflicht zur Lagerhaltung bei Rabattverträgen auf, sagte die Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann. Die Wirksamkeit von Rabattverträgen dürfe aber nicht beschädigt werden, warnte Reimann. Dass die AOK die Stärkung der Wirkstoffproduktion in der EU als sinnvoll erachtet, habe bereits die Ausschreibung zu den Antibiotika-Verträgen 2020 bewiesen. Die AOK hält jedoch eine vergaberechtlich tragfähige Lösung für erforderlich. Zudem lösten höhere Festbetragsgrenzen und Preise nicht die globalen Probleme mit Lieferengpässen.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Statements



### Notfallversorgung „auf dem richtigen Weg“

13.02.23 (ams). Die Notfallversorgung in Deutschland soll neu aufgestellt werden. Wichtig ist aus Sicht der AOK, dass die sektorale Trennung in diesem Bereich überwunden wird“, kommentierte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, die Empfehlungen der Reformkommission der Bundesregierung. „Die Patientinnen und Patienten brauchen eine zentrale Anlaufstelle.“ Die vorgeschlagenen Integrierten Notfallzentren (INZ) wiesen den richtigen Weg, wenn sie als eigenständige Organisationseinheiten mit eigenständigem Budget und neuem Entgeltsystem verankert würden, so Reimann.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Statements



### Modernisierung im Auge behalten

13.02.23 (ams). Der AOK-Bundesverband sieht sich durch die Analyse der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in der Einschätzung bestätigt, dass durch die geplante Reform kein „Kahlschlag“ der Kliniklandschaft droht. Die AOK begrüße, dass sich auch die DKG für effizientere Strukturen ausspreche, sagte die Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann. Man sei sich mit der DKG einig darin, dass die Definition bundeseinheitlicher Leistungsgruppen sinnvoll sei und eng mit der geplanten Neuregelung der Vorhaltefinanzierung gekoppelt werden müsse. „Die Vorschläge der DKG zur Vorhaltefinanzierung sind aber unnötig kompliziert und würden zusätzliche Bürokratie schaffen“, kritisierte Reimann.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Statements



**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](http://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:

---

---

---

---