

# AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes [www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de)

## Politik

03/15

 @AOK\_Politik



DEUTSCHER PFLEGETAG 2015	
■ PFLEGE SO WICHTIG WIE MINDESTLOHN UND ENERGIEWENDE	2
KRANKENHAUS-REPORT 2015	
■ ZERTIFIZIERTE ZENTREN SETZEN QUALITÄTSMASSTÄBE	5
AMS-STICHWORT: ZENTREN-ZERTIFIZIERUNG	
■ WIE DER QUALITÄTS-STEMPEL AUF DIE KLINIK KOMMT	8
AMS-GRAFIK 1: STERBLICHKEITSRATE VON FRÜHGEBORENEN	
■ QUALITÄT KANN LEBEN RETTEN	10
AMS-NACHGEFRAGT: UWE DEH ZUR KRANKENHAUS-REFORM	
■ „HERR DEH, SIND DIE WEICHEN RICHTIG GESTELLT?“	11
AMS-GRAFIK 2	
■ AUSGABEN DER GKV IM JAHR 2014	12
ZAHL DES MONATS	
■ 582.479 MEHR VERSICHERTE ...	13
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	14
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	16
KURZMELDUNGEN	22

Deutscher Pfl egetag 2015

## Pflege genauso wichtig wie Mindestlohn und Energiewende

12.03.15 (ams). Wann wird die Pflege endlich den Stellenwert bekommen, den sie braucht? Aus Sicht des Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, wird die gesellschaftliche Tragweite des Themas immer noch unterschätzt: „Mögen heute noch Mindestlohn oder Energiewende mehr Aufmerksamkeit erzeugen, langfristig wird das Pflege-Thema nach vorne drängen“, sagte Graalman anlässlich der Eröffnung des Deutschen Pfl egetages 2015 in Berlin. Pflege sei ein Großprojekt, das wie Bildungsoffensive und Energiewende gesamtgesellschaftlich angepackt werden müsse. Nächste Bewährungsprobe sei das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II).

Vor welchen gesellschaftlichen Herausforderungen Deutschland steht, verdeutlichen die Zahlen: Schon heute sind 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, bis 2050 wird diese Zahl noch einmal um rund zwei Millionen ansteigen. Drei von vier Frauen über 30 Jahren müssen damit rechnen, einmal pflegebedürftig zu werden. Bei den Männern ist es jeder zweite. „Wir brauchen natürlich mehr Pflegekräfte. Tatsächlich aber gehen Prognosen etwa der Ruhr-Universität Bochum davon aus, dass das Potenzial an Pflegepersonen bis 2030 um 30 Prozent sinken wird“, warnte Graalman. Vor allem die Zahl pflegender Angehöriger gehe zurück. Das hat zum einen demografische Gründe. Zum anderen wird es trotz gesetzlicher Verbesserungen schwierig bleiben, Familie, Pflege und Beruf unter einen Hut zu bringen. Die Belastungen für pflegende Angehörige sind enorm. „Pflege bleibt ein Thema von hoher gesamtgesellschaftlicher Relevanz und verdient auch mehr Aufmerksamkeit“, stellt der AOK-Vorstand fest.

### Angehörige leisten immensen gesellschaftlichen Beitrag

Die Pflege durch nahestehende Menschen ist ein tragender Pfeiler der Sozialen Pflegeversicherung ist. Rund 70 Prozent aller Betroffenen werden durch Angehörige, Freunde und Nachbarn zu Hause gepflegt. Abgesehen vom hohen ideellen Wert leisten die Ehrenamtlichen, aber auch Dienstleister wie etwa Einkaufs- und Reinigungshilfen einen immensen gesellschaftlichen Beitrag: Legt man beispielsweise für deren durchschnittlichen Zeitaufwand den Mindestlohn zugrunde, so käme man auf eine Arbeitsleistung von rund 29 Milliarden Euro. Die Ausgaben der Pflegeversicherung insgesamt umfassen aktuell rund 23 Milliarden Euro.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz werden die Beiträge in zwei Schritten um insgesamt 0,5 Prozentpunkte angehoben. Von dem zusätzlichen Geld

landet aber nur ein Bruchteil als Leistung bei den pflegenden Angehörigen. „Gefragt sind vor allem mehr bedarfsgerechte Entlastung, individuelle Unterstützung und echte Anerkennung“, fordert der Verbandschef. So wurden zumindest im Pflegestärkungsgesetz Regelungen aufgenommen, um mehr Wahlmöglichkeiten in der häuslichen Pflege zu schaffen. So soll es nun einfacher werden, haushaltsnahe Dienstleistungen wie den Einkauf oder die stundenweise Betreuung durch ehrenamtliche Dienste in Anspruch zu nehmen. Tatsächlich könnten diese niedrigschwelligen Angebote nach Einschätzung des AOK-Bundesverbandes die Flexibilität und Betreuungsaufkommen auch erhöhen und somit zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Stärkung ehrenamtlicher Strukturen beitragen.

## Rechtsanspruch auf Pflegeberatung

Wo drückt der Schuh, welche Erwartungen gibt es, was kann konkret helfen? Um mit pflegenden Angehörigen näher ins Gespräch zu kommen, nutzt die AOK den Deutschen Pfl egetag. „Denn für passende Lösungen brauchen wir noch mehr Rückmeldungen und Erfahrungsberichte aus dem Pflegealltag. Im Grunde wissen wir immer noch viel zu wenig über den tatsächlichen Bedarf von pflegenden Angehörigen“, bedauerte der AOK-Vorstandschef. Graalmann kündigte an, dass die AOK ihre Pflegeforschung weiter intensiviere. Im kommenden Jahr widmet das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) seinen Pflegereport schwerpunktmäßig den Motiven und Bedarfslagen pflegender Angehöriger. „Schon jetzt zeichnet sich ab, dass pflegende Angehörige einen ganz eigenen Beratungsbedarf haben. Diese Tatsache sollte die Politik als eigenen Rechtsanspruch im Zweiten Pflegestärkungsgesetz berücksichtigen.“

## Engagement für pflegende Angehörige ausbauen

Das Teilleistungssystem der Sozialen Pflegeversicherung steht und fällt mit dem Engagement pflegender Angehöriger und ehrenamtlicher Helfer. Erstens, weil es sich eine große Mehrheit der Pflegebedürftigen so wünscht – nach allen bekannten Umfragen wollen die Deutschen am liebsten in den eigenen vier Wänden vom Partner gepflegt werden. Zweitens, weil es eine große Bereitschaft der Angehörigen zur täglichen Betreuung gibt.

Deshalb will die AOK ihr Engagement für pflegende Angehörige kontinuierlich ausbauen. Neben der flächendeckenden Pflegeberatung durch rund 700 Experten haben die AOKs eine Reihe von Initiativen gestartet, um speziell pflegende Angehörige zu erreichen und zu unterstützen. Das Programm „PfiFF – Pflege in Familien fördern“ der AOK Nordost geht in diese Richtung. Im Rahmen von Pflegekursen erhalten hier pflegende Angehörige praktische Anleitung durch Fachkräfte aus Krankenhäusern. Ein weiteres gutes Beispiel ist die seit 2008 existierende Pflegeleitstelle Demenz der AOK Rheinland/Hamburg, die pflegende Angehörige bei der Suche nach Beratungsstellen und Selbsthilfe-

gruppe vor Ort oder in Krisensituationen unterstützt. Neue Wege geht die AOK Rheinland/Hamburg auch mit dem Projekt „Gesunde Nachbarschaften“. Das Angebot reicht von Besuchsdiensten über Patenschaften bis hin zu gemeinsamen Kochkursen. Ziel ist es, ältere Menschen so lange wie möglich ein Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. Die ersten 17 gesunden Nachbarschaften sind gerade an den Start gegangen. Jeder zweite Pflegebedürftige ist bei einer AOK versichert. Graalman nannte das Engagement der AOK „selbstverständlich“. Gleichzeitig wünschte er sich stärkere Unterstützung: „Zusammen mit engagierten Kommunen, die ihre Verantwortung aktiv wahrnehmen und gezielt Entlastungs- und Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörigen schaffen, wären wir sicherlich noch viel erfolgreicher.“

Beim Projekt Pflege müssen künftig alle mitziehen. Dabei steht für die AOK die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Begutachtungssystems im Fokus. „Gelingt hier der Durchbruch, so kann das die Pflege enorm aufwerten und ihre Potenziale extra befördern“, zeigt sich Graalman optimistisch und sieht Chancen, auch auf anderen Reformfeldern stärker voranzukommen, etwa bei der Qualitätssicherung oder der Entbürokratisierung – Stichwort Pflege-TÜV beziehungsweise Pflegedokumentation.

(rbr)

**Der Deutsche Pflageetag 2015 im Überblick:**  
[www.deutscher-pflageetag.de](http://www.deutscher-pflageetag.de)



**Wichtige Informationen zum Thema „Pflage“  
in der Themenausgabe 01/14 des AOK-Medienservice:**  
[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) > AOK-Medienservice > ams-Thema

**und im Dossier „Soziale Pflageversicherung:**  
[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) > Gesundheit > Pflage



Krankenhaus-Report 2015

## Zertifizierte Krebszentren setzen Qualitätsmaßstäbe

12.03.15 (ams). Der qualitätsorientierte Umbau der Krankenhauslandschaft ist für den Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, Prof. Dr. Jürgen Wasem, das wichtigste gesundheitspolitische Vorhaben der Legislaturperiode. „Es ist gut, dass die Regierung den Handlungsbedarf endlich erkannt hat“, sagte der renommierte Gesundheitsökonom und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2015 anlässlich der Veröffentlichung des Reports. Die Kliniklandschaft leidet aus seiner Sicht an zu großen Kapazitäten, zu hohen Kosten und zu geringen Investitionen. Wasem ist der festen Überzeugung, dass die historisch gewachsenen Klinikstrukturen den aktuellen Anforderungen nicht mehr genügen.

Im Dezember 2014 hatten Bund und Länder gemeinsame Eckpunkte für eine Klinikreform vorgelegt. In den kommenden Wochen will das Bundesgesundheitsministerium einen Gesetzentwurf präsentieren, der auf den Vorschlägen aufbaut. Das Papier ginge an vielen Stellen in die richtige Richtung, allerdings bliebe das Investitionsproblem ungelöst, kritisierte Wasem. Außerdem fehle ein schlüssiges Handlungsprogramm, wie man die angedachte Qualitäts-offensive praktisch umsetzen könne. Das meint auch Uwe Deh. Der Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes warnte davor, dass von der Klinikreform am Ende nur eine große Finanzspritze bleibe: „Wir brauchen schnell mehr Stringenz und Verbindlichkeit bei den Qualitätsvorgaben für Kliniken.“

### Ein Plädoyer für Spezialisten

Wie der Strukturumbau funktionieren kann, zeigt der Krankenhaus-Report 2015. In zahlreichen Beiträgen plädieren Experten aus dem Gesundheitswesen nachdrücklich dafür, das noch gültige Prinzip „Alle machen alles“ endlich aufzugeben. Stattdessen solle sich die Versorgung auf besonders qualifizierte Zentren konzentrieren, in denen Ärzte mehrerer Fachrichtungen und Spezialisten für seltene und komplexe Behandlungen zusammenarbeiten.

Beispielgebend sind die bereits existierenden Krebszentren. Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) bietet Kliniken an, sich freiwillig als spezialisiertes Zentrum zertifizieren zu lassen (siehe auch das **ams**-Stichwort auf Seite 6). „Die Überlebensrate von Patientinnen, die in von uns zertifizierten Brustkrebszentren behandelt wurden, liegt nach vier Jahren bei 90 Prozent“, konstatierte Simone Wesselmann. „Bei Behandlungen außerhalb zertifizierter Zentren sind es dagegen nur 83 Prozent.“ Wesselmann leitet den Bereich Zertifizierung bei in der Krebsgesellschaft. Ähnliche Erfahrungen gebe es in

Zentren für Prostatapatienten. So gelinge an zertifizierten Zentren häufiger als anderswo, die drohende Inkontinenz zu vermeiden.

Nach Wesselmanns Angaben wird in der Regel ein Viertel der Bewerber zum Verfahren nicht zugelassen, weil sie die entsprechenden Qualitätsanforderungen nicht erfüllen. Auch würden Zertifizierungen entzogen. Derzeit gebe es die meisten zertifizierten Standorte in der Onkologie für Brustkrebs (335 Zentren) und Darmkrebs (272 Zentren), so die Zertifizierungsexpertin der DKG.

## Vorteile auf beiden Seiten

Für AOK-Vorstand Deh sind die zertifizierten Krebszentren funktionierende Ansätze, auf denen die Politik eine qualitätsorientierte Klinikreform aufbauen kann. Hier hätten die Beteiligten durch freiwilliges Engagement bereits ein gutes Stück des Weges zurückgelegt. Verfolge man diesen Ansatz konsequent weiter, hätten Patienten und Kliniken gleichermaßen davon einen Nutzen. Auch für behandelnde Einrichtungen ergäben sich Vorteile. „Durch jährliche Kontrolle bekommen die Kliniken Transparenz über ihre Behandlungsergebnisse,“ bestätigte Simone Wesselmann. Die Kliniken nutzten die Zertifizierung, um ihre Behandlungsqualität zu verbessern. Das Zertifikat der Krebsgesellschaft helfe außerdem den Patienten, sich in einer komplexen Versorgungslandschaft zu orientieren.

Für Patienten spielt die Qualität der Behandlung eine immer wichtigere Rolle. Nach Worten des AOK-Vorstands Uwe Deh hat sich die Zahl der Anfragen von Versicherten, die Kliniken mit hoher Qualität suchen, im vergangenen Jahr verdoppelt. Auch zeigt eine Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aus dem aktuellen Krankenhaus-Report, dass Patienten bereit sind, für gute Behandlungsqualität längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. So ließen sich 63 Prozent der AOK-Patientinnen in einem zertifizierten Brustkrebszentrum behandeln, obwohl andere Kliniken näher gewesen wären. Bei Darmkrebs waren es 55 Prozent.

## Patienten selbst schon weiter als die Politik

„Die Entfernung vom Wohnort ist für die Patienten nur ein Kriterium bei der Krankenhauswahl, die erwartete Versorgungsqualität ist häufig wichtiger“, betonte Jörg Friedrich, Forschungsbereichsleiter Krankenhaus im WIdO. Bei zertifizierten Brustkrebszentren sei die Verteilung bereits gut: „79 Prozent aller Patientinnen werden heute schon an zertifizierten Zentren behandelt. Sollten alle Betroffenen in diesen Zentren behandelt werden, würde sich der durchschnittliche Anfahrtsweg lediglich um acht Kilometer erhöhen“, so Friedrich.

Gleichzeitig warnte Friedrich vor Wildwuchs unter den Behandlungszentren. „Entscheidend ist, unter den vielen Zentren die Perlen zu finden.“ Nicht jedes Zentrum trage diesen Namen zu Recht. Helfen sollen einheitliche Qualitäts-

standards, die die AOK seit langem fordert. „Es mangelt in Deutschland nicht an engagierten Ärzten, Psychologen oder Sozialarbeitern. Es mangelt an einheitlichen Rahmenbedingungen, die helfen, Gutes vor Schlechtem zu schützen“, beschrieb Uwe Deh die aktuelle Situation.

## Instrument für effizienten Mitteleinsatz

Für die AOK ist die Versorgung in spezialisierten Zentren das Gebot der Stunde. Sie helfe, Ressourcen zu bündeln und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Gleichzeitig wies Deh darauf hin, dass der Aufbau spezialisierter Zentren von einem Bereinigungsprozess des begleitet werden muss: „Kliniken, die die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, sollen die entsprechenden Behandlungen nicht mehr anbieten dürfen.“ Es gehe darum, dass nur solche Kliniken im Markt bleiben, die gute medizinische Behandlung böten.

Spezialisierung und Zentralisierung seien auch wichtige Mittel, um Kosten im Gesundheitssystem im Griff zu halten, ergänzte Gesundheitsökonom Wasem. Für eine Fachabteilung müsse eine Klinik technische Ausstattung und Fachpersonal vorhalten. Wenn jedes Krankenhaus für alles eine Fachabteilung unterhalte, werde es für das System umso teurer. Dagegen arbeiteten Spezialisten effizienter: „Die Logik der Fallpauschalen ist: Je höher die Zahl der Behandlungen, desto billiger wird der einzelne Fall.“ Die Konzentration der Versorgung würde also dafür sorgen, dass die Ausgaben für Krankenhäuser weniger schnell stiegen. Es sei allerdings illusorisch zu glauben, dass die Kosten dadurch sogar sanken, so Wasem.

(sin/rbr)

**Weitere Informationen und zusätzliches Material zum Download unter:**  
[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) > Presse > Pressemitteilungen

[www.wido.de](http://www.wido.de) > Themenbereiche > Krankenhaus >  
Krankenhaus-Report > KHR 2015



ams-Stichwort: Zentren-Zertifizierung

## Wie der Qualitäts-Stempel auf die Klinik kommt

**12.03.15 (ams).** Die Überlebensrate von Patientinnen liegt in zertifizierten Brustkrebszentren bei 90 Prozent, in nicht zertifizierten Kliniken bei nur 83 Prozent. Das ist eines von zahlreichen Ergebnissen, die im Krankenhaus-Report 2015 nachzulesen sind. Für den Geschäftsführenden Vorstand des AOK-Bundesverbandes Uwe Deh sind Krebszentren beispielgebend für eine Klinikreform, die auf Qualität setzt. Verfolgte man diesen freiwilligen Ansatz konsequent weiter, würden Patienten und gute Kliniken gleichermaßen profitieren, ist Deh überzeugt. Der AOK-Medienservice (ams) erläutert das Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

Der Nationale Krebsplan unterscheidet in einem Stufenmodell drei Formen zertifizierter Zentren: Organkrebszentrum, Onkologisches Zentrum und Onkologisches Spitzenzentrum. Während Organkrebszentren auf die Behandlung eines Organs spezialisiert sind, betreuen die Onkologischen Zentren mehrere Tumorarten unter einem Dach. Der Schwerpunkt Onkologischer Spitzenzentren liegt auf der Entwicklung neuer Therapiestrategien.

Trotz unterschiedlicher Aufgabenspektren unterziehen sich alle Zentren in diesem System freiwillig einer strengen Qualitätskontrolle nach einheitlichen Maßstäben. Die Einheitlichkeit stellt sicher, dass unabhängig von der Einrichtung, in der ein Patient behandelt wird, dieselben Regeln für die onkologische Versorgung gelten und somit die Behandlungsergebnisse vergleichbar sind.

### Jährlicher Qualitätscheck

Die Zentren müssen jährlich nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen für die Behandlung einer Tumorerkrankung erfüllen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen. Die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe haben dafür 2013 ihre Anforderungskataloge harmonisiert und in einem einheitlichen Erhebungsbogen zusammengefasst.

Kern dieses Erhebungsbogens ist die Erfassung und damit der Nachweis eines Netzwerks aus stationären und ambulanten Einrichtungen, in dem alle an der Behandlung eines Krebspatienten beteiligten Fachrichtungen eng zusammenarbeiten. Neben Chirurgen, Radioonkologen, Pathologen, Experten für die medikamentöse Tumortherapie und weiteren Fachdisziplinen gehören dazu unter anderem auch onkologische Pflegekräfte, Psycho-Onkologen und Sozialarbeiter. Das Netz umfasst Krankenhäuser ebenso wie niedergelassene Ärzte und Rehabilitationseinrichtungen.



Das gesamte Zertifizierungssystem und somit auch die Durchführung der Audits werden durch das unabhängige Institut OnkoZert betreut. Der Prozess der Zertifizierung hilft den Kliniken, ihre Versorgung von Krebspatienten immer weiter zu verbessern, und das Zertifikat kann den Patienten als Richtschnur bei der Wahl ihrer Klinik dienen.

(rbr)

**Weitere Informationen zur Zertifizierung unter:  
[www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) > Zertifizierung**

**Die stets aktuelle Übersicht aller Onkologischen Zentren mit DKG-Zertifizierung:  
<http://www.oncomap.de>**

**Informationen zur stationären Versorgung im Dossier „Krankenhaus“:  
[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) > Gesundheit > Versorgungsbereiche > Krankenhaus**

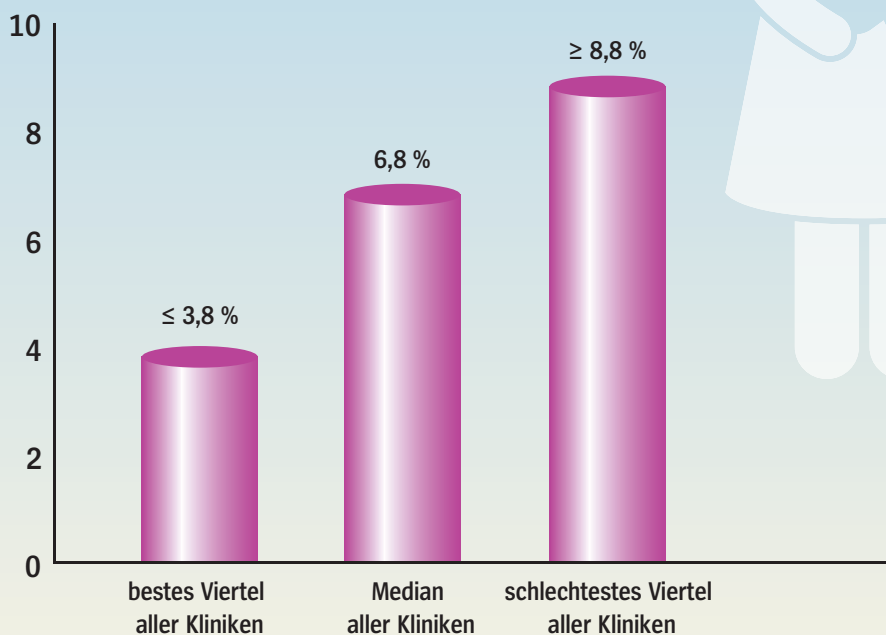


## Qualität kann Leben retten

### Sterblichkeitsrate bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm

Untersuchungszeitraum: 2008 bis 2012

Datengrundlage: 145 Perinatalzentren mit mindestens 30 AOK-Fällen



Quelle: Krankenhaus-Report 2015 des WIdO, Grafik: AOK-Mediendienst

Im schlechtesten Viertel der Perinatalzentren in Deutschland ist die Sterblichkeitsrate von frühgeborenen Säuglingen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm mit mindestens 8,8 Prozent mehr als doppelt so hoch wie im besten Viertel (maximal 3,8 Prozent). Im Durchschnitt liegt die Sterblichkeitsrate von Frühgeborenen bei 6,8 Prozent. Tendenziell sinkt die Sterblichkeit mit der Anzahl der Behandlungsfälle. Auch das ist ein Ergebnis der WIdO-Studie.

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

ams-nachgefragt: Uwe Deh, AOK-Bundesverband

## „Herr Deh, sind die Weichen für die stationäre Versorgung richtig gestellt?“

12.03.15 (ams). „Die Weichen mögen ja richtig gestellt sein, aber es fehlt noch der Dampf, um den dringend notwendigen Umbau der Kliniklandschaft in Gang zu setzen. Immerhin: Die Regierung hat den Handlungsbedarf klar artikuliert und die Ausrichtung auf Qualität als Leitmotiv ist richtig. Vieles an den Eckpunkten der Bund-Länder Arbeitsgruppe ist momentan aber leider nur Stückwerk. Dies ist insbesondere dann gefährlich, wenn beispielsweise Länder für sich Ausnahmeregelungen zum Unterschreiten von Mindeststandards einfordern. Die Qualitätsstandards müssen hingegen bundesweit gelten und die Länder sollten den Anreiz setzen, dass Kliniken diese Standards toppen. Damit von der Reform nicht einfach nur eine sehr große Finanzspritze für die Kliniken übrigbleibt, muss sichergestellt werden, dass Patienten und Beitragszahler tatsächlich einen Nutzen von der Reform haben.

Die vorgesehenen Zu- und Abschläge für Qualität etwa sind der falsche Ansatz. Richtig wäre es, für schlechte Qualität gar kein Geld auszugeben. Krankenhäuser mit dauerhaft schlechter Qualität bei bestimmten Eingriffen liefern, sollten diese Leistungen also gar nicht mehr erbringen dürfen. Dass Mindestmengen rechtssicher ausgestaltet werden und man damit beispielsweise die medizinische Versorgung von Frühgeborenen verbessert, ist wiederum ein echter Fortschritt. Ein brennendes Problem bleibt, dem die Politik auf die Dauer nicht ausweichen kann: Die Länder haben sich nicht auf eine Investitionsquote verpflichten lassen, sondern legen sich lediglich auf den Durchschnitt ihrer Ausgaben in den Jahren 2012 bis 2014 fest. Es bleibt also dabei, dass die Länder jährlich drei Milliarden Euro zu wenig in die Krankenhäuser investieren.“

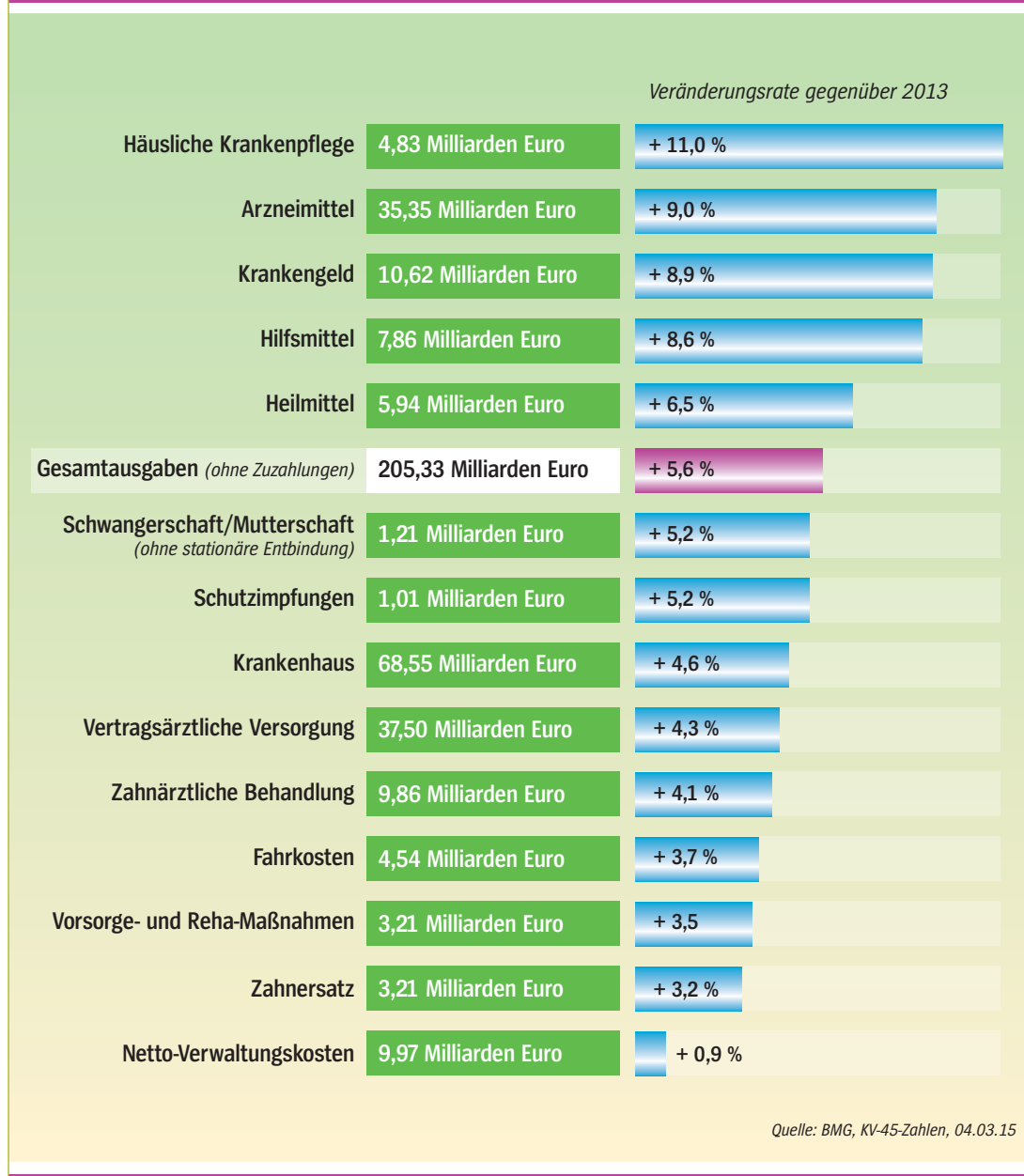


**Uwe Deh ist  
Geschäftsführender  
Vorstand des  
AOK-Bundesverbandes**

**Weitere Informationen zur Krankenhaus-Reform auch in G+G-Spezial 02/15:  
[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) > Mediathek > G+G-Spezial**



## Ausgaben der GKV im Jahr 2014



Erstmals seit 2010 verzeichnete GKV 2014 wieder ein Defizit. Einnahmen von 204,1 Milliarden Euro standen Ausgaben von 205,3 Milliarden Euro gegenüber. Das Minus gehe zum Großteil auf Prämienzahlungen (711 Millionen Euro) und freiwillige Satzungsleistungen (313 Millionen Euro) der Krankenkassen zurück, so das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Gleichzeitig hatte die Große Koalition den Zuschuss zum Gesundheitsfonds um 3,5 Milliarden Euro gekürzt.

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

Zahl des Monats

## 582.479 mehr Versicherte ...

... verzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen Ende 2014 im Vergleich zum Jahresende 2013. Damit lag die Gesamtzahl der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei 70.646.162. Das geht aus der sogenannten Mitgliederstatistik KM 1 des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) hervor. Die AOK-Gemeinschaft legte in diesem Zeitraum um 85.926 Versicherte auf nun insgesamt 24.416.343 zu. Die Statistik KM 1 wird monatlich erstellt und umfasst die Entwicklung der Mitglieder und Versicherten in den Kranken- und Pflegekassen, aufgeschlüsselt nach Kassenarten. Das sind die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Innungskrankenkassen (IKK), die Landschaftlichen Krankenkassen (LKK), die Knappschaft-Bahn-See (KBS) und die Ersatzkassen (EK). Unter ähnlichen Kürzeln wie KM 1 gibt es in der GKV eine Reihe von periodischen Statistiken. Hierzu gehören auch die sogenannten KV 45, mit denen für jedes Quartal die vorläufigen Rechnungsergebnisse angegeben werden. Die endgültigen Rechnungsergebnisse werden in den KJ 1 detailliert aufgeschlüsselt.

Wenn wie im Jahr 2014 die Zahl der Versicherten steigt, beeinflusst allein diese Entwicklung schon die Ausgaben der Krankenkassen. So weist das BMG zusammen mit den KV 45 jeweils neben den absoluten Zahlen für die einzelnen Ausgabenbereiche auch die Veränderungsraten pro Versicherten ausgewiesen.

**Die Ausgaben 2014 und die Veränderungsraten pro Versicherten:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Zahlen > Zum Gesundheitswesen > GKV-Finanzentwicklung 2014



## Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

### Erstes sektorübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren

Die Qualität der medizinischen Behandlung bestimmter Eingriffe mit einem Herzkatheter soll ab 2016 sowohl ambulant als auch stationär gesichert werden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss Mitte Februar beschlossen. Mit dem Verfahren sollen nun valide und vergleichbare Aussagen zur Qualität der Koronarangiographie und der perkutanen Koronarintervention (PCI) unabhängig vom Ort gewonnen werden. Bei der Koronarangiographie wird über die Blutgefäße ein Katheter (Linksherzkatheter) in die Herzkranzgefäße geschoben, so dass diese mit Kontrastmittel sichtbar gemacht und untersucht werden können. Bei der perkutanen Koronarintervention (PCI) wird dieser Katheter bis in verengte Arterien weiter vorgeschoben, um diese wieder durchgängiger zu machen und damit die Versorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff wieder zu verbessern. Dadurch werden insbesondere belastungsabhängige Herzschmerzen (Angina pectoris) gebessert oder im Fall der Akutbehandlung eines Herzinfarktes das verschlossene Herzkranzgefäß wieder aufgemacht und damit weiterer Schaden verhindert. Insbesondere soll nach Willen des GBA die Indikationsstellung, die Durchführung der Eingriffe und die Langzeit-Ergebnisqualität in den Blick genommen werden. Hierzu sollen Datensätze eines Patienten aus unterschiedlichen Behandlungsorten und -sektoren und die Abrechnungsdaten der Krankenkassen über einen längeren Zeitraum pseudonomisiert zusammengeführt und ausgewertet werden. In Deutschland zählt der akute Myokardinfarkt zu den häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter. Bei der koronaren Herzkrankheit kommt es aufgrund von Gefäßverkalung zu einer Verengung der Herzkranzgefäße, die zu u.a. zu Schmerzen, einer Herzschwäche und zu einem akuten Myokardinfarkt – einem Herzinfarkt – führen kann.

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

### GBA-Premiere: Bestnote für Arzneimittel

Erstmals hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der frühen Nutzenbewertung einem Arzneimittel einen erheblichen – und damit den maximalen – Zusatznutzen attestiert. Die Einstufung beschränkt sich allerdings auf eins der drei Teilanwendungsgebiete. Es ist gleichzeitig die erste Bewertung eines als Kinderarzneimittel zugelassenen Produkts.

Das Medikament heißt Hemangiol (Wirkstoff Propranolol) und dient der Behandlung von Blutschwämmchen bei Säuglingen, sogenannten proliferativen infantilen Hämangiomen, die eine systemische Therapie benötigen. Solche Hämangiomen sind überwiegend gutartige embryonale Tumore der Blutgefäße

mit meist unkomplizierten Verläufen, die jedoch abhängig von Ort und Größe Komplikationen hervorrufen können. Dazu zählen unter anderem Geschwüre, Blutungen, zurückbleibende Narben oder gar lebensbedrohliche Atem- oder Herzinsuffizienz. Bisher zählten zu Behandlungsmöglichkeiten das abwartende Vorgehen, operative Eingriffe oder – bei schweren Verläufen – eine Therapie mit Kortison mit allerdings mit erheblichen Nebenwirkungen. Der GBA hat zwischen drei Patientengruppen unterschieden: Kindern mit lebens- oder funktionsbedrohenden Blutschwämmchen, Kindern mit ulzeriertem, also geschwürartigem, Hämangiom, das Schmerzen verursacht beziehungsweise nicht auf einfache Wundpflegemaßnahmen anspricht. Und schließlich: Kindern, bei dem die Gefahr von bleibenden Narben oder Entstellung besteht. Für letztere konnte nun der erhebliche Zusatznutzen festgestellt werden. Der Zusatznutzen für die anderen Patientengruppen wurde als „nicht quantifizierbar“ gewertet. Bei der frühen Nutzenbewertung müssen Arzneimittelhersteller bei der Markteinführung eines Arzneimittels mit neuem Wirkstoff oder einer Indikationserweiterung den medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie belegen.

## GBA lässt Therapie gegen Fersensporn prüfen

Der G-BA prüft nach einem Antrag der GKV, ob die „Extrakorporalen Stoßwellentherapie“ (ESWT) beim „Fersenschmerz“ zukünftig eine Kassenleistung im ambulanten Sektor werden soll. Grundlage für diesen Antrag war eine Bewertung der Studienlage durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS). Laut MDS gäbe es Hinweise, dass diese Therapie bei Fersenschmerzen, die sich nicht unter konservativer Therapie bessern, Schmerzen lindern und die körperliche Aktivität der Betroffenen fördern kann. Ursache des Fersenschmerzes ist zumeist eine entzündliche Reizung der Sehnenplatte der Fußsohle im Fersenbereich. Diese Entzündung und die Belastungen können auch dazu führen, dass sich ein sogenannter Fersensporn – ein spornartiger Auswuchs am Fersenbein – bildet. In den meisten Fällen kann der Fersensporn mit einer konservativen Therapie, insbesondere durch Entlastung und Krankengymnastik, erfolgreich behandelt werden. Bei die Patienten, die weiterhin unter Beschwerden leiden, könnte die Stoßwellentherapie eine Behandlungsoption sein. Bei der Behandlung des Fersenschmerzes mit ESWT werden sehr kurze Schallstoßwellen erzeugt, die das erkrankte Gewebe reizen. Das soll die Durchblutung und Zellstoffwechsel im Gewebe fördern und so Heilungsprozesse begünstigen und Schmerzen lindern.

**Weitere Informationen zum GBA und seinen Entscheidungen unter:**  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

2015 stehen zahlreiche kleinere und große Reformvorhaben in der Gesundheits- und Sozialpolitik auf dem Programm der Großen Koalition von CDU, CSU und SPD. Der AOK-Mediendienst bietet einen Überblick über die wichtigsten Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 11. März 2015). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: [www.aok-bv.de/politik/gesetze](http://www.aok-bv.de/politik/gesetze).

### Anti-Korruptionsgesetz

Die Bundesregierung nimmt einen neuen Anlauf zur stärkeren strafrechtlichen Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Das Bundesjustizministerium hat jetzt einen Referentenentwurf vorgelegt. Er hat zum Ziel, im Strafgesetzbuch den Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für alle Heilberufe zu verankern. Durch den neuen Paragraphen 299a sollen strafrechtliche Lücken bei der Bekämpfung von „korruptiven Praktiken“ geschlossen werden. Entsprechende Delikte sollen mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren geahndet werden. In besonders schweren Fällen drohen für Bestechlichkeit oder Bestechung bis zu fünf Jahre Haft. Beinahe zeitgleich hat Bayern dem Bundesrat einen Gesetzesantrag vorgelegt, mit dem ebenfalls im Strafgesetzbuch ein Straftatbestand der Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen eingeführt werden soll. Die Länderkammer überwies die Initiative am 6. Februar 2015 in die zuständigen Ausschüsse. Anlass für die Initiativen ist ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) aus dem Jahr 2012, nach dem es derzeit nicht illegal ist, wenn niedergelassene Ärzte Geschenke als Gegenleistung für die Verordnung von Medikamenten entgegennehmen. Ein ähnlicher Gesetzentwurf der schwarz-gelben Bundesregierung war kurz vor der Bundestagswahl 2013 vom Bundesrat an den Vermittlungsausschuss verwiesen worden und konnte somit nicht weiterverfolgt werden.

Der Antrag Bayerns:  
[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Drucksachen > 16/15



### E-Health-Gesetz

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat am 13. Januar 2015 einen Referentenentwurf des „Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ („E-Health-Gesetz“) vorgelegt. Mit dem Gesetz soll die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorangetrieben werden, um Qualität und Wirt-



schaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Beispielsweise soll es für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) neue Funktionen geben. So sollen Ärzte Notfalldatensätze ihrer Patienten erstellen und auf der eGK speichern können. Für einen verbesserten Übergang in den ambulanten Bereich ist geplant, dass Kliniken elektronische Entlassbriefe erstellen und diese auf der eGK speichern. Um die elektronische Nutzung der eGK anzukurbeln, sollen Vertragsärzte zwischen Juli 2016 und Juni 2018 für die Erstellung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes eine zusätzliche Vergütung erhalten. Auch die Kliniken sollen für jeden ausgestellten elektronischen Entlassbrief eine Pauschale bei den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen. Patienten mit mehr als fünf verschiedenen verordneten Arzneimitteln werden demnach spätestens ab Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan haben. Dieser wird von Ärzten eingerichtet und Regeln zur Einnahme enthalten, um so die Arzneimitteltherapie-Sicherheit zu verbessern. In einer Übergangsphase sollen Ärzte die Medikationspläne in Papierform aushändigen. Langfristig ist auch die Speicherung auf der eGK geplant. Mit dem E-Health-Gesetz sollen Leistungserbringer wie Vertragsärzte, Apotheker und Krankenhäuser dazu aufgefordert werden, ihre informationstechnischen Systeme besser miteinander zu verknüpfen. Die Gesellschaft für Telematikinfrastruktur und Gesundheitskarte (gematik) soll dazu ein sogenanntes „Interoperabilitätsverzeichnis“ aufbauen, um die Eigenheiten der digitalen Anwendungen in den Berufsgruppen besser vergleichen zu können. Im Entwurf setzt das BMG Fristen für die Umsetzung. Erfüllen Kassen, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker und Zahnärzte diese nicht, müssen sie mit finanziellen Sanktionen rechnen. Wegen der zweijährigen Anschubfinanzierung für die neuen Funktionen der eGK veranschlagt das Ministerium die jährlichen Mehrausgaben der Krankenkassen auf bis zu 31 Millionen Euro. Der Bundesrat muss laut Entwurf dem E-Health-Gesetz nicht zustimmen. Der Kabinettsbeschluss ist für Ende April geplant, die erste Lesung im Bundestag soll nach der Sommerpause im September anstehen.

## Fünftes SGB-IV-Änderungsgesetz

Das Meldeverfahren in der sozialen Sicherung wird verbessert. Das sieht das „Fünfte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze“ (5. SGB-IV-ÄndG) vor, das der Bundestag am 26. Februar 2015 verabschiedet hat. Das Vorhaben enthält unter anderem Neuregelungen, die die Kommunikation zwischen Arbeitgebern und den gesetzlichen Krankenkassen verbessern soll. Die Krankenkassen sind zuständig für den Beitragseinzug aller Sozialversicherungen. Das Vorhaben ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig. Benötigt eine Krankenkasse zur Erstattung von Krankengeld beispielsweise noch wichtige Informationen zum Beschäftigungsverhältnis, dürfen Arbeitgeber und Kasse künftig auch elektronisch in Kontakt treten. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Bundesagentur

für Arbeit, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sollen gemeinsam ein sicheres Übermittlungsverfahren erarbeiten. Auch die Kommunikation zwischen Arbeitgeber und Kassen bei fehlerhaften Meldungen wird vereinfacht. Außerdem wird klargestellt, dass die zwischen Pharmaunternehmen und Krankenkassen ausgehandelten Erstattungsbeträge für Arzneimittel auch für die Gesetzliche Unfallversicherung gelten. Zugleich wird mit dem Gesetz klargestellt, dass die Krankenkassen für Frauen unter 20 Jahren auch künftig die Kosten für rezeptfreie Notfallkontrazeptiva wie die „Pille danach“ übernehmen. Voraussetzung dafür ist eine ärztliche Verordnung. Diese Neuregelung war bereits im vom Bundeskabinett am 19. Dezember 2014 beschlossenen Gesetzentwurf (Bundestags-Drucksache 18/3699) enthalten. Anlass dafür ist, dass für die „Pille danach“ grundsätzlich keine Verschreibungspflicht mehr besteht.

**Der Regierungsentwurf:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/3699

**Die Beschlussempfehlung des BT-Ausschusses Arbeit und Soziales:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/4114



## GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Der Bundestag hat am 5. März 2015 das geplante GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in erster Lesung beraten. Damit will die Bundesregierung insbesondere die ambulante ärztliche Versorgung verbessern. So sollen die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen in überversorgten Regionen frei gewordene Arztsitze aufkaufen. Allerdings sind zahlreiche Ausnahmen vorgesehen. Wenn etwa besondere „Versorgungsgründe“ dafür sprechen, dürfen auch weiterhin Arztsitze nachbesetzt werden. Patienten sollen vor planbaren Operationen einen Rechtsanspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung erhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wird beauftragt, eine Liste mit den dafür in Frage kommenden Indikationen zu erarbeiten. Laut Kabinettsbeschluss dürfen Krankenkassen darüber hinaus auch in Zukunft zusätzliche ärztliche Zweitmeinungsangebote als Satzungsleistungen anbieten. Mit sogenannten Terminservicestellen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Patienten innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin vermitteln. Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige erhalten Anspruch auf zusätzliche zahnmedizinische Präventionsleistungen. Um die Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Sektor zu fördern, ist vorgesehen, dass Kliniken mehr ambulante Leistungen übernehmen. Für eine lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang vom Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt soll es ein besseres Entlassmanagement geben. So dürfen dem Entwurf zufolge künftig Klinikärzte beispielsweise

in begrenztem Umfang Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verschreiben. Erstmals ist eine Nutzenbewertung von Medizinprodukten der beiden höchsten Risikoklassen durch den GBA vorgesehen, bevor diese grundsätzlich von der GKV übernommen werden. Im Bereich der Ärztevergütung ist eine sogenannte Konvergenzregelung geplant: Demnach könnten Regionen mit einer unterdurchschnittlich hohen morbiditätsorientierten Gesamtvergütung, die die Kassen an die KVen zahlen, künftig Ausgleichszahlungen erhalten. Innovative Projekte sollen künftig durch finanzielle Mittel aus einem Innovationsfonds unterstützt werden, den Krankenkassen und Gesundheitsfonds mit jährlich 300 Millionen Euro speisen. Außerdem wird der GBA damit beauftragt, bis 2016 weitere chronische Erkrankungen zu benennen, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) eingerichtet werden. Bei anderen selektivvertraglichen Versorgungsformen, etwa bei der Integrierten Versorgung (IV), sollen die Verhandlungspartner mehr Gestaltungsmöglichkeiten erhalten. Der sogenannte Apothekenabschlag, den die Apotheken den Krankenkassen pro verordnetem Medikament zu gewähren haben, wird nicht mehr wie bisher zwischen Kassen und Apotheken ausgehandelt, sondern gesetzlich festgeschrieben. Der Bundesrat hat am 6. Februar 2015 in seiner Stellungnahme zum Kabinettsentwurf mehr als 80 Änderungen vorgeschlagen. So warnt die Länderkammer bei der geplanten Nutzenbewertung von Medizinprodukten vor negativen Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort Deutschland. Die Medizintechnik sei eine sehr wichtige Investitionsbranche mit erheblichem Beschäftigungs- und Wachstumspotenzial. Innovationen dürften nicht behindert werden. Die Länderkammer spricht sich unter anderem für Haushaltshilfen als verpflichtende Kassenleistung aus, wenn ein Arzt bescheinigt, dass Versicherte aufgrund einer akuten schweren Erkrankung nicht in der Lage sind, ihren Haushalt zu führen. Einrichtungen zur Verbesserung der Patientensicherheit sollen stärker gefördert werden. Außerdem halten die Länder im Gegensatz zur Bundesregierung das GKV-VSG für zustimmungsbedürftig.

**Der Regierungsentwurf:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/4095

**Die Stellungnahme des Bundesrats:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 641/14 (B)



## Operationstechnische Assistenten

Der Bundesrat hat erneut einen Gesetzentwurf beschlossen, um die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA) zu regeln. So soll die Ausbildung drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Bisher werden OTA ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ausgebildet.

Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Wegen der Zunahme der apparativen Versorgung und der Komplexität der Versorgung sei die Ausbildung von Spezialisten für die Operationstechnische Assistenz aber notwendig. Der Bundestag hat den Entwurf des Bundesrates aufgenommen, ihn aber noch nicht beraten. Der Entwurf ist wortgleich mit einem Gesetzentwurf der Länder aus der vorherigen Legislaturperiode. Dieser war vom Parlament vor der Bundestagswahl 2013 nicht mehr beraten worden und musste deshalb wegen des Grundsatzes der Diskontinuität erneut eingebracht werden. Grundlage des Länder-Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006.

**Der Gesetzentwurf des Bundesrats:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/1581

**Der Gesetzentwurf aus der 17. Legislaturperiode:  
Bundestags-Drucksache 17/1223**



## Präventionsgesetz

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Kabinettsentwurf eines Präventionsgesetzes am 6. Februar 2015 zahlreiche Änderungen vorgeschlagen. So plädiert die Länderkammer dafür, die Ausgaben der Pflegekassen für Leistungen zur Prävention Pflegebedürftiger von bisher 0,30 auf 0,70 Euro pro Versichertem anheben. Das wären 49 Millionen Euro im Jahr anstelle von jetzt 21 Millionen Euro. Die Dauer des Anspruchs auf Hebammenhilfe sollte auf insgesamt sechs Monate verlängert werden. Der Stellenwert einer gesundheitsförderlichen Ernährung sollte angemessen berücksichtigt werden; daher bitten die Länder die Bundesregierung, im weiteren Gesetzgebungsverfahren entsprechende Maßnahmen vorzuschlagen. Auch werde das Gesundheitsförderungspotenzial vor und nach einer Geburt bisher zu wenig berücksichtigt. Mit dem Gesetz, sollen die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Bürger – also in Schulen, KiTas oder Betrieben – gestärkt, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Arbeitsschutz verbessert werden. Ärzte sollen bei Vorsorgeberatungen in Zukunft auch über Impfeempfehlungen unterrichten. Vor der Aufnahme in eine Kindertagesstätte sollen Eltern an einer obligatorischen, ärztlichen Beratung zum Thema „Impfschutz“ teilnehmen. Weiterhin geplant ist eine nationale Präventionskonferenz, um neue Strategien zur Gesundheitsförderung zu erarbeiten. Damit soll sich die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen verbessern. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll Krankenkassen künftig beraten und dabei unterstützen, gezielte Präventionsprojekte zu entwerfen, um damit spezielle Zielgruppen

zu erreichen. Zur Finanzierung soll der Richtwert für die Ausgaben der Krankenkassen zur primären Prävention, also für die Vorbeugung von Krankheiten, auf sieben Euro je Versicherten steigen. Vier Euro davon sind fest gebunden: Der Mindestwert für BGF-Leistungen und für Präventionsleistungen in den Lebenswelten der Versicherten soll künftig jeweils zwei Euro je Versicherten betragen. Mindestens 50 Cent der zwei Euro für nichtbetriebliche Präventionsprojekte sollen die Kassen zur Unterstützung von Präventionsmaßnahmen der BZgA zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen müssen ab 2016 mit jährlichen Mehrausgaben von 250 bis 300 Millionen pro Jahr rechnen. Die privaten Krankenversicherungen können sich freiwillig an der Nationalen Präventionskonferenz beteiligen. In diesem Fall würden sie jährlich mit 18 Millionen Euro belastet. Private Pflegeversicherungen müssen mit Mehrausgaben von insgesamt 2,7 Millionen Euro rechnen. Außerdem sollen Hebammen künftig maximal zwölf Wochen lang finanziell unterstützt werden, um Haftpflichtversicherungsbeiträge tragen zu können. Im Bundestag soll das Vorhaben voraussichtlich im März erstmals beraten werden. Das Gesetz soll noch in diesem Jahr in Kraft treten.

**Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 640/14



## Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Die Bundesländer haben einen erneuten Vorstoß unternommen, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen. Er soll als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert werden. Dies 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. Der Bundestag hat den Gesetzentwurf der Länder angenommen, ihn aber noch nicht beraten. Bereits im März 2013 hatte die Länderkammer einen gleichlautenden Gesetzentwurf eingebracht, der jedoch vor der Bundestagswahl 2013 vom Parlament nicht mehr abschließend beraten worden war und folglich unter das Prinzip der Diskontinuität fiel.

**Der Gesetzesantrag des Bundesrats:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/1289



## Kurzmeldungen

### Um den Pflegeberuf verdient gemacht

12.03.15 (ams). Der Deutsche Pflegerat ehrt die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin Malu Dreyer mit dem Deutschen Pflegepreis 2015. Dreyer wird die Auszeichnung bei der AOK-Abendveranstaltung im Rahmen des Deutschen Pflorgetages 2015 (12. bis 14. März) übergeben. Der Deutsche Pflegerat als Ausrichter des Kongresses zeichnet damit Dreyers Engagement für die Belange der Pflege aus. Mit ihrem Eintreten als Sozialministerin für die Einrichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz habe Dreyer Pflegegeschichte geschrieben.

Weitere Infos: [www.deutscher-pflorgetag.de](http://www.deutscher-pflorgetag.de)



### AOK PLUS doppelt spitze

12.03.15 (ams). Gleich zweimal in zwei Monaten ist die die AOK PLUS in einem Ranking auf Platz eins gelandet. Im Januar siegte sie bei „Focus Money“ im Preis-Leistungs-Check vor der Techniker Krankenkasse. Focus Money hatte zusammen mit dem mit dem Deutschen Finanz-Service-Institut 92 Kassen unter die Lupe genommen. Im Februar setzte auch das Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung (IMK) in Erfurt die AOK PLUS ganz nach oben.

Weitere Infos: [www.aokplus-online.de](http://www.aokplus-online.de)



### AOK-Sonderpreis: Gleich zwei Schülerzeitungen ganz vorn

12.03.15 (ams). Ins Ruhrgebiet und nach Hessen geht der AOK-Sonderpreis 2015 beim Schülerzeitungswettbewerb der Länder. Sieger sind sowohl die Redaktion „Schulgeflüster“ des Friedrich-Albert-Lange Berufskollegs in Duisburg als auch die Redaktion von „Ätzkalk“ der Jakob-Mankel-Schule in Weilburg. Die Jury würdigte beide Schülerzeitungen für ihre facettenreiche Auseinandersetzung mit dem Thema „Sucht“. Beide Redaktionen erhalten je ein Preisgeld von jeweils 500 Euro.

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



**Dialog-Fax: 030/220 11-105**  
**Telefon: 030/220 11-200**

**AOK-Medienservice**

Informationen des AOK-Bundesverbandes [www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de)

**Redaktion**  
**AOK-Mediendienst**  
**Rosenthaler Straße 31**  
**10178 Berlin**

Name: \_\_\_\_\_

Redaktion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Adressenänderung**

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: \_\_\_\_\_

Redaktion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

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

@

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

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

@

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

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_