

# AOK-MEDIENSERVICE

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

03/22 POLITIK

 @AOK\_Politik

Gesundheitspolitische Reformpläne der Ampel-Koalition

**AOK rechnet mit zusätzlich  
zehn Milliarden Euro Kosten** ..... 2

ams-Interview mit Dr. David Scheller-Kreinsen, AOK-Bundesverband

**Pflegebudgets:  
An zeitnahen Abschlüssen interessiert** ..... 4

ams-Hintergrund: Beschleunigte Nutzenbewertung

**AOK kritisiert Privileg von Orphan Drugs** ..... 6

EU-Ticker

**Gesundheitsversorgung  
Geflüchteter aus der Ukraine** ..... 8

Zahl des Monats

**Mit 5,4 Prozent ...** ..... 13

Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss ..... 14

Gesetzgebungskalender ..... 15

Kurzmeldungen ..... 22

Herausgeber: Pressestelle des AOK-Bundesverbandes, Berlin  
Redaktion: AOK-Mediendienst, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Bernhard Hoffmann (verantwortlich),  
Ralf Breitgoff, Barbara Huhn, Telefon: 030/22011-200, Telefax: 030/22011-105, Grafik: Kerstin Conradi  
E-Mail: aok-mediendienst@bv.aok.de, Internet: www.aok-presse.de

**AOK-Bundesverband  
Die Gesundheitskasse.**



Gesundheitspolitische Reformpläne der Ampel-Koalition

## AOK rechnet mit zusätzlich zehn Milliarden Euro Kosten

15.03.22 (ams). Nach Schätzungen der AOK werden die gesundheitspolitischen Vorhaben der Bundesregierung das Gesundheitswesen im kommenden Jahr zusätzlich mit zehn Milliarden Euro belasten. „Allein die Einführung der sogenannten Pflegepersonalbemessung PPR 2.0 im Krankenhaus schlägt mit 5,8 Milliarden Euro zu Buche“, sagte Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (FAZ). „Zudem kostet die geplante Übernahme der Behandlungspflege durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) drei Milliarden Euro.“ Hinzu kommen laut AOK-Bundesverband die Aufhebung der Budgetierung ärztlicher Honorare bei hausärztlichen Leistungen, die höhere Finanzierung von Geburtshilfe, Pädiatrie und Notfallversorgung, veränderte Regelungen in der psychotherapeutischen Versorgung und der neue Personalschlüssel für Hebammen. „Noch weiß niemand, woher wir diese Mittel nehmen sollen“, sagte Reimann.

Bereits ohne Berücksichtigung der Ampel-Pläne rechnen die gesetzlichen Krankenkassen für 2023 mit einer Finanzierungslücke von 17 Milliarden Euro. Das Jahr 2021 hatten sie mit einem Rekordminus von rund 5,8 Milliarden Euro abgeschlossen. Die AOK-Chefin forderte daher vom Bund erneut „flankierende Maßnahmen“, um die GKV-Finanzierung im kommenden Jahr sicherzustellen. Der zusätzliche Finanzbedarf müsse in den Eckpunkten zum Bundeshaushalt berücksichtigt werden, unterstrich Reimann. Sie warnte davor, dass erhebliche Beitragserhöhungen nötig seien, wenn die Finanzierungslücke von 17 Milliarden Euro nicht geschlossen werde. „Der Zusatzbeitrag müsste dann von durchschnittlich 1,3 auf 2,3 oder 2,4 Prozent steigen.“

### Erneuter staatlicher Zugriff auf Kassenrücklagen nicht angemessen

Dass Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach laut Ankündigung erneut auf die Kassenrücklagen zurückgreifen will, um dem strukturellen Defizit zu begegnen, hält Reimann für „nicht angemessen“. Es gehe hier um Versichertenbeiträge, die aus „gutem Grund für Bedarfsfälle zurückgelegt werden“. Über deren Verwendung sollten die Kassen bestimmen, nicht die Politik. Aus Sicht der AOK müssten kurzfristig der Bundeszuschuss erhöht und die Ausgaben gesenkt werden, „gerade weil wir die Beitragszahler nicht weiter belasten wollen“. Sie forderte unter anderem eine Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Medikamente und eine Anhebung des Herstellerrabattes für patentgeschützte Arzneimittel.

Auch auf der Einnahmenseite sind aus Sicht der AOK-Chefin grundlegende Reformen nötig: „Es kann nicht sein, dass die Kranken- und Pflegeversicherungen derart viele versicherungsfremde Leistungen finanzieren“, kritisierte Reimann und nannte als Beispiel die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige.

Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung der Menschen, die derzeit aus der Ukraine nach Deutschland fliehen, betonte Reimann in der FAZ, dass unbürokratisch geholfen werde. „Sie durchlaufen ja kein Asylverfahren, sondern haben sofort einen Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“, sagte Reimann. „Wenn entsprechende regionale Vereinbarungen mit den Kassen geschlossen worden sind, übernehmen wir den bürokratischen Aufwand für die Kommunen. Die Krankenkassen zahlen die Leistungen und rechnen diese anschließend mit den Kommunen ab.“ Die AOK sei auch offen für eine bundesweit einheitliche Lösung, wie sie der Minister jetzt offenbar plane.

**Neue Nähe für ein gesünderes Deutschland**  
**AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2021:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Bundestagswahl 2021



ams-Interview mit Dr. David Scheller-Kreinsen

## Pflegebudgets: An zeitnahen Abschlüssen interessiert

**04.03.22 (ams).** Mit Entschiedenheit reagiert der AOK-Bundesverband auf Vorwürfe des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), die Krankenkassen verhinderten vielfach den Abschluss der Pflegebudgets. Das Gegenteil sei der Fall, sagt der Leiter des Referats Stationäre Versorgung, Dr. David Scheller-Kreinsen im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams).

**Was halten Sie dem Vorwurf des VKD entgegen, die Kassen würden in den Verhandlungen über die Pflegebudgets eine „Verzögerungstaktik“ anwenden?**

**Scheller-Kreinsen:** In der Tat sind die Verhandlungen über die Budgets der Krankenhäuser in den letzten zwei Jahren aus verschiedenen Gründen sehr schwierig geworden. Es ist aber eine Verdrehung der Tatsachen, dass das an den Krankenkassen liegt. Wir sind sehr an zeitnahen und verlässlichen Budgetabschlüssen interessiert. Neben der Corona-Pandemie und einer Vielzahl von Anpassungen in den Vereinbarungsgrundlagen ist auch das Verhalten einiger Krankenhausträger ein Grund für die niedrige Zahl der vereinbarten Pflegebudgets. So beobachten wir, dass einige Träger die Verhandlungen durch überhöhte Forderungen und fehlende Verhandlungsunterlagen belasten. Dahinter steht offenbar das Kalkül einiger Krankenhäuser, durch Verzögerungen der Verhandlungen gesetzliche Änderungen durch die Politik zu bewirken. Sie wollen so finanzielle Forderungen durchzusetzen, die durch die Gesetzeslage und die letzten Schiedsstellenentscheidungen nicht gedeckt sind. Die Krankenkassen sind selbstverständlich bereit, berechnete Ansprüche der Kliniken aufgrund der Einstellung von zusätzlichem Personal oder wegen Tarifierhöhungen zu erfüllen. Nicht akzeptabel sind aber Forderungen nach Vergütungserhöhungen um bis zu 25 Prozent, die durch Alarmmeldungen in Richtung Politik zur finanziellen Situation der Kliniken begleitet werden.

**Wie stellt sich denn die finanzielle Situation der Kliniken aus der Sicht der Krankenkassen dar?**

**Scheller-Kreinsen:** Die Behauptung des VKD, die Mehrzahl der Kliniken habe finanzielle Schwierigkeiten, ist nicht durch die Tatsachen gedeckt. Es gab zuletzt nicht weniger, sondern mehr Geld für die Krankenhäuser. So sind trotz der vielen ausgefallenen Operationen und Behandlungen und des Rückgangs der Behandlungsfälle um knapp 13 Prozent im ersten Pandemie-Jahr 2020 von der GKV 1,25 Milliarden Euro mehr überwiesen worden als 2019. Auch für 2021 und 2022 ist der Rettungsschirm mit Corona-Ausgleichsregelungen, Freihaltepauschalen und Versorgungsaufschlägen weit aufgespannt worden. Das Insolvenzrisiko ist für die Kliniken seit Jahren geringer als in der Gesamtwirtschaft. Wenn es im Einzelfall trotzdem zu Liquiditätsengpässen kommt, hatte die AOK schon 2021 unbürokratische Hilfe und Unterstützung zugesagt. Dazu ist es im Jahr 2021 in einigen wenigen Fällen gekommen. In diesem Jahr sind bislang noch gar keine Anfragen in diese Richtung eingegangen.



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

### **Der Verband der Krankenhausdirektoren kritisiert die angeblich überbordenden Nachweispflichten für die Kliniken. Gibt es beim Thema Pflegeentgelt zu viel Bürokratie?**

**Scheller-Kreinsen:** Die Krankenkassen waren nie für die Einführung des Pflegebudgets. Schon früh haben wir darauf hingewiesen, dass die Einführung der individuellen Pflegebudgets und des Selbstkostendeckungsprinzips zu vielen Konflikten führen wird. Das beginnt auf der Bundesebene, wo die Beteiligten eine Lösung finden mussten, um die anteiligen Kosten für „Pflege am Bett“ im DRG-System zu kalkulieren und auszugliedern. Letztendlich hat man zwar nach langen Diskussionen eine Lösung gefunden, aber die Unsicherheiten dieser neuen Vergütungssystematik und der Vereinbarung der Pflegebudgets setzen sich bis zum heutigen Tag in den örtlichen Budgetverhandlungen fort. Selbstkostendeckung für einen Teilbereich der Pflege hat zur Folge, dass die Krankenkassen Nachweise benötigen – unter anderem, um eine Doppelfinanzierung der Pflegekosten zu Lasten der Beitragszahler auszuschließen. Dafür ist beispielsweise Transparenz über die Ist-Kosten im Jahr 2019 als Ausgangsgrundlage notwendig – und der Nachweis, dass die Mittel wirklich für die Pflege am Bett verwendet werden. Es muss schließlich ausgeschlossen werden, dass Pflegepersonal abgerechnet wird, das in der Realität gar keine Patienten am Bett versorgt oder das bereits über die Fallpauschalen bezahlt wurde. Die notwendigen Unterlagen werden von einigen Klinikträgern aber nur zögerlich oder unvollständig vorgelegt. Zahlreiche Beispiele zeigen, dass es auch in einem guten Miteinander geht: Mit vielen Krankenhausträgern konnten die Pflegebudgets pragmatisch verhandelt und abgeschlossen werden. Gerade daher sollte der Gesetzgeber nicht auf die „Politisierung“ des Budgetgeschäfts anspringen. Sonst werden am Ende die Krankenhausträger belohnt, die sich nicht an die Regeln halten, die zwischen Krankenhausvertretern und Krankenkassen abgestimmt worden sind.

Weitere Informationen im Dossier:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) < Hintergrund > Dossiers > Krankenhaus



ams-Hintergrund: Beschleunigte Nutzenbewertung

## AOK kritisiert Privileg von Orphan Drugs

07.03.22 (ams). Der AOK-Bundesverband macht sich für eine strengere Nutzenbewertung bei Arzneimitteln gegen seltene Erkrankungen stark, sogenannte Orphan Drugs (englisch orphan, „die Waise“). Viele Menschen, die an seltenen Krankheiten litten, hätten bis zur Diagnose schon viel Leid erfahren. Deshalb bräuchten sie die Gewissheit, dass der Nutzen der verordneten Medikamente auch nachgewiesen sei, erklärt Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes. Jedoch zeige eine aktuelle Analyse des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dass dies nur für jedes zweite Medikament gelte. „Deshalb gehören die Ausnahmeregelungen für Orphan Drugs abgeschafft“, verlangt Reimann.

Der AOK-Chefin zufolge werden Orphan Drugs wegen des hohen Therapiebedarfs oft nur auf Grundlage kleiner oder unvollständiger Studien beschleunigt zugelassen, „obwohl auch bei solchen Medikamenten qualitativ hochwertige Studien nicht immer ausgeschlossen sind“. Außerdem seien sie zunächst von der Nutzenbewertung befreit. Seit 2011 regelt das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) die frühe Nutzenbewertung. Der Hersteller muss mittels Studien nachweisen, dass sein Präparat gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen hat. Da wegen der Seltenheit der Erkrankungen die Entwicklung von Orphan Drugs für die Hersteller mit einem höheren finanziellen Risiko verbunden ist, gilt der Zusatznutzen hier bereits mit der Zulassung als belegt. Das AMNOG-Verfahren greift erst, sobald diese Arzneimittel einen Jahresumsatz von mehr als 50 Millionen Euro erzielen. „Die beschleunigte Zulassung führt jedoch dazu, dass wir wenig über die Sicherheit und Wirksamkeit dieser Wirkstoffe wissen“, kritisiert Reimann.

### Belastung für die Solidargemeinschaft

Laut Bundesgesundheitsministerium gilt in der EU eine Krankheit als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen EU-weit von ihr betroffen sind. Hierzulande leiden demnach schätzungsweise vier Millionen Menschen an einer seltenen Erkrankung, in der EU etwa 30 Millionen; rund 6.000 seltene Erkrankungen sind bekannt. Die Präparate sind in der Regel extrem hochpreisig. Ein Beispiel dafür ist etwa das Medikament Zolgensma, ein Gentherapeutikum zur Behandlung einer seltenen Muskelkrankheit, das mit Therapiekosten von rund zwei Millionen Dollar 2019 als das teuerste Medikament der Welt Schlagzeilen machte.

Auch das IQWiG betont die Rolle der Orphan Drugs als Kostentreiber in der gesetzlichen Krankenversicherung, besonders für sehr spezielle Krebsarten, und verweist auf den Arzneimittel-Kompass 2021 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Demnach hatten Orphan Drugs in Deutschland im Jahr 2020 am Gesamtmarkt einen Versorgungsanteil nach verordneten Tagesdosen von 0,06 Prozent, aber einen

Kostenanteil von 11,6 Prozent an den gesamten Arzneimittelausgaben. „Die Fehlsteuerung wirkt sich zum einen negativ auf Patientenversorgung und Patientensicherheit aus und sorgt zum anderen für erhebliche Mehrausgaben“, erläutert Reimann. „Denn diese hochpreisigen Arzneimittel für seltene Erkrankungen werden eben nicht selten eingesetzt, sondern immer häufiger und belasten die Solidargemeinschaft. Das muss sich ändern, denn faire Arzneimittelpreise sind eine grundlegende Voraussetzung für ein nachhaltiges Gesundheitssystem.“

Für seine Studie untersuchte das IQWiG nach eigenen Angaben bei allen 41 Orphan Drugs, die seit 2011 die 50-Millionen-Euro-Umsatzschwelle überschritten, ob sich der unterstellte Zusatznutzen bestätigte und die Bevorzugung gerechtfertigt war. In 54 Prozent der Fälle konnte demnach kein Zusatznutzen belegt werden. Zehn Jahre nach Inkrafttreten des AMNOG sei es Zeit, das Privileg für Orphan Drugs abzuschaffen, bilanziert IQWiG-Chef Jürgen Windeler.

Die Studie des IQWiG:  
[www.iqwig.de](http://www.iqwig.de) > Pressemitteilungen



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



EU-Ticker

## Gesundheitsversorgung Geflüchteter aus der Ukraine

10.03.22 (ams). Die EU-Staaten gewähren Geflüchteten aus der Ukraine pauschal für ein Jahr einen sicheren Status. Sie müssen kein Asylverfahren durchlaufen und erhalten Zugang zu medizinischer Versorgung, Schulen und eine Arbeitserlaubnis. Auf Vorschlag der EU-Kommission reaktivierten die Innenminister der Union am 3. März einstimmig eine EU-Richtlinie zum vorübergehenden Schutz von Kriegsflüchtlingen aus dem Jahr 2001. Sie ermöglicht den Betroffenen auch den Zugang zu staatlichen Sozialleistungen. Gemäß der Richtlinie kann die Schutzfrist zweimal um jeweils sechs Monate verlängert werden.

Die AOK begrüßte die kurzfristig vereinbarten Rahmenbedingungen und versprach ihre Unterstützung für Lösungen zur Gesundheitsversorgung Geflüchteter zu. „Es ist wichtig, dass wir in dieser Situation solidarisch sind und den Menschen, die vor dem Krieg flüchten, unbürokratisch helfen“, sagte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann. Auch der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung sagte solidarisches Handeln zu. In Deutschland werde die medizinische Absicherung der Geflüchteten aus der Ukraine vorrangig über die Kommunen laufen, erläuterte der AOK-Bundesverband. Im ersten Schritt hätten die Menschen grundsätzlich Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Daneben gebe es noch die Möglichkeit, Leistungen der Krankenversicherung zu erhalten: „Voraussetzung dafür ist, dass das aufnehmende Bundesland und der für das Asylbewerberleistungsgesetz zuständige Träger (in der Regel die Kommune) eine Rahmenvereinbarung mit den Krankenkassen für die auftragsweise Betreuung dieser Personen geschlossen haben.“

Wenn Geflüchtete aus der Ukraine ein Familienmitglied haben, das bereits in Deutschland lebt und regulär gesetzlich krankenversichert ist, kann nach Darstellung der AOK auch die Familienversicherung greifen. Ein Krankenversicherungsschutz könne aufgrund der für Ukraine-Geflüchtete vorgesehenen sofortigen Arbeitserlaubnis auch über eine Pflichtversicherung bei Aufnahme einer Beschäftigung entstehen. „Menschen, die aus der Ukraine als Flüchtlinge nach Deutschland einreisen, erhalten hier ärztliche Versorgung in Arztpraxen oder Krankenhäusern“, betonte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach nach der Tagung der deutschen Gesundheitsministerkonferenz am 7. März. Das schließt auch die Testung auf und Impfungen gegen Covid-19 ein. Infizierte würden vor Ort angemessen untergebracht und versorgt.

**Beschluss der EU-Innenminister:**  
[eur-lex.europa.eu](http://eur-lex.europa.eu) > 2022/0069 (NLE)

**Infos zur Konferenz der EU-Innenminister:**  
[germany.representation.ec.europa.eu](http://germany.representation.ec.europa.eu) > Aktuelle Meldungen





Merkblatt des GKV-Spitzenverbandes zum Schutzstatus von Geflüchteten:  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Über uns > Presse > Fokus

Infos des Bundesgesundheitsministeriums und  
Erklärung der deutschen Gesundheitsministerkonferenz:  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Ministerium > Meldungen



## Gutachten empfiehlt Einschränkung bei Antibiotika

10.03.22 (ams). Die EU-Arzneimittelagentur (EMA) hat eine Liste mit Antibiotika und antimikrobiellen Mitteln zusammengestellt, die ausschließlich zur Behandlung von Infektionen bei Menschen eingesetzt werden sollten, da ihre Verwendung bei Tieren zur Entwicklung von Resistenzen beiträgt. Das Gutachten hatte die EU-Kommission in Auftrag gegeben. Es soll als Basis für Gespräche der Mitgliedsstaaten über die Begrenzung des Antibiotikaeinsatzes in der Nutztierhaltung dienen.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) begrüßte die EU-Initiative. „Damit es für schwer erkrankte Patientinnen und Patienten auch künftig noch Therapieoptionen gibt, müssen wir den teilweise sorglosen Einsatz von Antibiotika eindämmen“, sagte der WIdO-Vize Helmut Schröder.

„Allein in Deutschland werden in der Humanmedizin pro Jahr Antibiotikawirkstoffe im Umfang von etwa 350 Tonnen eingesetzt. In der Tiermedizin ist die Menge mit 700 Tonnen nahezu doppelt so hoch.“ Zwar schreibe das Arzneimittelgesetz seit 2014 vor, den Einsatz von Antibiotika in der Nutztierhaltung auf das therapeutisch unverzichtbare Mindestmaß zu reduzieren. Doch noch immer gelangten zu viele Antibiotikawirkstoffe durch tierische Ausscheidungen über Kläranlagen oder als Dünger ins Oberflächen- und Grundwasser. „Wir laufen Gefahr, dass die einstige Wunderwaffe gegen Infektionskrankhei

ten stumpf wird“, warnte der WIdO-Experte. Dazu trage auch ein zu sorgloser Einsatz sogenannter Reserveantibiotika bei: „2020 entfielen in der Humanmedizin in der ambulanten Versorgung 50 Prozent der Antibiotika-Verordnungen auf Mittel der Reserve. Selbst in der für den hohen Reserve-Antibiotika-Einsatz häufig kritisierten Hühnermast liegt dieser Anteil lediglich bei 40 Prozent.“ Zudem gebe es in der EU große Unterschiede beim Antibiotikaeinsatz. 2020 seien in Griechenland dreimal so viele Antibiotika pro 1.000 Einwohner verordnet worden wie in Österreich, dem EU-Land mit der niedrigsten Verschreibungsrate. Deutschland bewege sich im EU-Vergleich im unteren Drittel. Von einem gemeinsamen Vorgehen der EU verspricht sich das WIdO auch Druck auf die Pharmaindustrie. Unter den knapp

450 neuen Wirkstoffen, die die Industrie in den vergangenen zehn Jahren in Deutschland an den Start gebracht habe, seien nur elf neue Antibiotika gewesen, sagte Schröder. „Nationales Vorgehen alleine wird die Hersteller nicht dazu bewegen können, Forschung und Entwicklung antibiotischer Wirkstoffe zu forcieren.“ Hier könne die EU erfolgreich ihre Marktmacht einsetzen.

Infos zum EMA-Gutachten:  
[germany.representation.ec.europa.eu](http://germany.representation.ec.europa.eu) > Aktuelle Meldungen



WIdO-Zahlen zum Antibiotika-Verbrauch  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Arzneimittel



## EU-Experten wollen Krebsfrüherkennung erweitern

10.03.22 (ams). Ein Expertenbeirat der EU-Kommission hat die Erweiterung der bestehenden Krebsfrüherkennung in der Union empfohlen. Neben einer Verbesserung der laufenden Programme für Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs sollten die Mitgliedstaaten auch Vorsorgeuntersuchungen für Lungen- und Prostatakrebs aufbauen, heißt es in einem am 2. März vorgestellten Gutachten. Die siebenköpfige Wissenschaftlergruppe berät die Kommission bei der Umsetzung des „Europäischen Plans zur Krebsbekämpfung“. Das Gutachten soll laut EU-Kommission in die Aktualisierung der aus dem Jahr 2003 stammenden Ratsempfehlungen zur Krebsfrüherkennung einfließen.

Die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSVE) mahnte in einem Statement zur Vorsicht bei der Ausweitung bevölkerungsbezogener Früherkennungsprogramme. So hätten Studien zur Früherkennung von Prostatakrebs durch PSA-Screening „ein ungünstiges Risiko-Nutzen-Verhältnis“ ergeben. Ein Lungenkrebs-Screening sollte nach Ansicht der DSVE „wegen der Strahlenbelastung auf Hochrisikogruppen begrenzt werden“. Bei der Aktualisierung der Ratsempfehlung müsse „neben Wirksamkeit und Kosten ein ausgewogenes Verhältnis zwischen patientenrelevantem Nutzen und Schaden“ berücksichtigt werden. „Eine Ausweitung der Screening-Programme auf weitere Krebsarten erscheint nur bei genügend hoher Evidenz für deren Nutzen hinsichtlich Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit sowie einer ausgewogenen Nutzen-Schadens-Bilanz gerechtfertigt“, heißt es in der DSVE-Stellungnahme.

EU-Gutachten zum Stand der Krebsfrüherkennungsprogramme:  
[germany.representation.ec.europa.eu](http://germany.representation.ec.europa.eu) > Aktuelle Meldungen

Statement DSV-Europavertretung:  
[www.dsv-europa.de](http://www.dsv-europa.de) > News > Zwischenbilanz



Europäischer Plan zur Krebsbekämpfung:  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Themen > Öffentliches Gesundheitswesen

### Verhandlungen über internationalen Pandemievertrag

10.03.22 (ams). Der Europäische Rat hat die EU-Kommission Anfang März ermächtigt, für die 27 Mitgliedstaaten die Verhandlungen über einen internationalen Pandemievertrag und eine Erweiterung der internationalen Gesundheitsvorschriften zu führen. Die 194 Mitglieder der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatten im Dezember 2021 beschlossen, ein Übereinkommen, eine Vereinbarung oder ein anderes internationales Instrument auszuarbeiten und auszuhandeln, um die gemeinsame Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion zu verbessern.

„Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig die internationale Zusammenarbeit bei der Bekämpfung globaler Bedrohungen für die menschliche Gesundheit ist“ sagte der französische Gesundheitsminister Olivier Véran als amtierender Ratsvorsitzender. Die internationale Gemeinschaft müsse zusammenkommen, „um einen gleichberechtigten Zugang zu Impfstoffen und Therapeutika sowie den rechtzeitigen Austausch von Daten und Informationen zu gewährleisten und um die Zusammenhänge zwischen der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt anzugehen“. Nach Angaben des Rates soll die am 24. Februar eingesetzte WHO-Arbeitsgruppe bis zur 76. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2023 einen „Fortschrittsbericht mit dem Ziel vorlegen, das Instrument bis 2024 zu verabschieden“. Die nächste Sitzung des Gremiums findet am 1. August dieses Jahres statt.

**Beschluss des Europäischen Rates:**  
[www.consilium.europa.eu](http://www.consilium.europa.eu) > Presse > Pressemitteilungen

**Infos zum Internationalen Pandemievertrag**  
[www.consilium.europa.eu](http://www.consilium.europa.eu) > Themen > Covid-19  
> Reaktion der EU > Pandemievertrag



### Patientenrechte: Kommission sieht mehr Potenzial

10.03.22 (ams). Elf Jahre nach Verabschiedung der EU-Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (EU-Richtlinie 2011/24/EU vom 09.03.11) hat die EU-Kommission eine durchwachsene Zwischenbilanz gezogen. Die Richtlinie sei bisher für viele Patienten hinter den Erwartungen zurückgeblieben, heißt es in einer Stellungnahme der Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (DG Santé) zu einer Ende Februar veröffentlichten Bestandsaufnahme. Die von der Kommission in Auftrag gegebene Expertise benennt die Schwachstellen und zeigt Verbesserungsmöglichkeiten auf. Aktuell gebe es vor allem Hindernisse bei der praktischen Anwendung, so die DG Santé. So gebe es in vielen Ländern Probleme bei der Kooperation zwischen den Nationalen Kontaktstellen (NKS) und Patientenvereinigungen, Leistungsanbietern und Krankenversicherungen. Kritisch sieht die Kommission zudem, dass es in den meisten EU-Ländern Vorab-Genehmigungsverfahren für die Behandlung in einem anderen EU-Land gebe, obwohl die Richtlinie diese nicht vorgebe. Die Verfahren seien zudem national höchst unterschiedlich und für Patienten oft nicht verständlich. Um kurzfristig Verbesserungen zu erreichen, hat die Kommission auf ihrer Website eine „Toolbox“ mit Handreichungen für die Beteiligten zusammengestellt.

EU-Richtlinie 2011/24/EU vom 09.03.11:  
[eur-lex.europa.eu](http://eur-lex.europa.eu) > 2011/24/EU

---

Infos zur Studie (englisch):  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Public Health > Publications

---

„Toolbox for Cross-Border Healthcare“:  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Public Health > Cross-border healthcare > Toolbox

---

Website der deutschen Nationalen Kontaktstelle:  
[www.eu-patienten.de](http://www.eu-patienten.de)

---



Zahl des Monats

## Mit 5,4 Prozent ...

08.03.22 (ams) ... lag der Krankenstand der AOK-versicherten Erwerbstätigen im Jahr 2021 auf dem Niveau des Vorjahres. Das heißt: Jeder AOK-versicherte Beschäftigte hat im Laufe des Jahres 2021 im Durchschnitt 19,7 Tage mit einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gefehlt. Der Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) liegen die Daten von knapp 14,6 Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmern zugrunde, die 2021 in mehr als 1,6 Millionen Betrieben beschäftigt waren.

Häufigkeit und Dauer der Krankheitsarten unterscheiden sich dabei deutlich: 36,3 je 100 AOK-Mitglieder Arbeitsunfähigkeitsfälle betreffen Atemwegserkrankungen, was deutlich unter dem Niveau der Vorjahre liegt. Die durchschnittlich längste Falldauer haben mit 29,8 Fehltagen pro Fall psychische Erkrankungen. Ein durchschnittlicher Arbeitsunfähigkeitsfall aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung dauerte 17,6 Tage. Nach mehreren Auf- und Abwärtsbewegungen seit Beginn der Pandemie erreichte die Covid-19-Pandemie mit 1.097 Erkrankte je 100.000 Beschäftigte im Dezember 2021 ihren vorläufigen Höhepunkt.

Von Covid-19-Diagnosen am häufigsten betroffen waren im gesamten Pandemie-Zeitraum besonders Berufe in der Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege. Von März 2020 bis Dezember 2021 verzeichneten diese Tätigkeitsfelder 9.070 Krankschreibungen je 100.000 AOK-Mitglieder. 8.184 Krankschreibungen je 100.000 AOK-Mitglieder waren es in der Altenpflege. Ähnlich stark betroffen waren Berufe in der „nicht-ärztlichen Therapie und Heilkunde, wie Physio- oder Ergotherapeuten, Beschäftigte in Arztpraxen sowie in Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe. Die niedrigsten Covid-19-bedingten Fehlzeiten entfallen auf Berufe in der Landwirtschaft (1.489 je 100.000 AOK-Mitglieder), der Gastronomie (2.486 je 100.000) und der Hotellerie (2.996 je 100.000).

Die Auswertung des WIdO zeigt auch, dass die Mütter und Väter, die Kinderkrankengeld beansprucht haben, auch im Jahr 2021 vermehrt wegen psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig waren. Diese Gruppe verzeichnete knapp ein Viertel mehr psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeitsfälle als bei der nach Alter und Geschlecht vergleichbaren Gruppe aller AOK-versicherten Erwerbstätigen. Diese Tendenz zeigt sich auch bei den Muskel- und Skelett- und den Atemwegserkrankungen.

Weitere Informationen:  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Aktuelles



## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Neue Therapie für Knorpelschäden am Kniegelenk

Gesetzlich versicherte Patienten, die unter schweren Knorpelschäden am Kniegelenk leiden, können von einer neuen ambulanten Therapieoption profitieren. Mit der sogenannten matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) wird geschädigter Gelenkknorpel wiederaufgebaut. Wissenschaftliche Studien haben Vorteile im Vergleich zu anderen Therapien gezeigt. Das Verfahren ist die neueste Weiterentwicklung der autologen Chondrozytenimplantation, die Gelenkknorpel biologisch wiederherstellt. Bei der M-ACI werden kultivierte Knorpelzellen direkt auf eine Trägermatrix aufgetragen und gemeinsam mit ihr im Bereich des Knorpeldefekts befestigt. Knorpelschäden am Kniegelenk können unterschiedliche Ursachen haben, zum Beispiel Stürze und Fehlbelastungen. Je nach Schweregrad der Schädigungen – in der internationalen Klassifikation werden vier Stadien unterschieden – können die Betroffenen unter Bewegungseinschränkungen und Schmerzen leiden. M-ACI kann als neue ambulante Therapieoption bei Knorpeldefekten mit Schweregrad 3 oder 4 eingesetzt werden.

### Nagelspangenbehandlung auch beim Podologen

Voraussichtlich ab Anfang Juli können auch Podologen Patienten mit eingewachsenen Fußnägeln Nagelkorrekturspangen einsetzen. Bisher war eine solche Behandlung Ärzten vorbehalten. Mithilfe einer Nagelspangenbehandlung können Fehlstellungen korrigiert und künftiges Einwachsen verhindert werden. Zu den häufigsten Ursachen von eingewachsenen Fußnägeln gehören, neben einer genetischen Veranlagung, eine vermehrte Druckbelastung durch zu enges Schuhwerk oder eine falsche runde Schneidetechnik des Nagels. Bei der Nagelspangenbehandlung wird eine Korrekturspanne individuell angefertigt und an den betroffenen Nagel angepasst. Ziel ist eine mechanische Druckentlastung, um ein Fortschreiten des Einwachsens in das umliegende Gewebe oder des Entzündungsprozesses zu verhindern. Der Nagel kann dann wieder in seiner natürlichen Form nachwachsen. Eine podologische Nagelspannenbehandlung kann, sofern keine medizinischen Gründe dagegensprechen, in allen drei Erkrankungsstadien im Rahmen der Heilmittelversorgung verordnet werden. Daneben kommen auch ärztlich-konservative und chirurgische Maßnahmen infrage.

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



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Der Ausbruch des Ukraine-Krieg hat die Prioritäten der aktuellen politischen Agenda ein weiteres Mal verschoben. Zudem gilt das gesundheitspolitische Hauptaugenmerk der Pandemiebekämpfung und -eindämmung. Konkrete Gesetze jenseits dessen liegen weiterhin noch nicht vor: weder Referentenentwürfe noch Kabinettsvorlagen. Der AOK-Medienservice (ams) dokumentiert stattdessen das Kapitel „Gesundheit und Pflege“ im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Die wichtigsten Reformgesetze der vergangenen 32 Jahre gibt es im Internet: [www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de)

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

### Pflege

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

### **Aus- und Weiterbildung in Gesundheit und Pflege**

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

### **Öffentlicher Gesundheitsdienst**

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

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

### **Digitalisierung im Gesundheitswesen**

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

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

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

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

## Gesundheitsförderung

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

## Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung

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

sundheitskioske) für Behandlung und Prävention. Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindefürsprecherinnen und Gesundheitslotsen aus. Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.

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

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

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

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

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

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

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

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

## Krankenhausplanung und -finanzierung

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

## Rechte von Patientinnen und Patienten

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

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

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

### Versorgung mit Arzneimitteln und Impfstoffen

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

### Drogenpolitik

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

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

### Gesundheitsfinanzierung

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

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

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

**Der vollständige Koalitionsvertrag zum Download:**  
[www.spd.de](http://www.spd.de) > Koalitionsvertrag 2021–2025



## Kurzmeldungen

### Dritte „GemüseAckerdemie“ startet im April

09.03.22 (ams). Die AOK unterstützt ab April 2022 die dritte Auflage des Präventions- und Bildungsprogramms „GemüseAckerdemie“ für Schulen. Ziel des Programms ist die Steigerung der Ernährungskompetenz. Kinder und Jugendliche bauen dabei auf dem eigenen Schulacker Gemüse an und sollen so erfahren, wo Lebensmittel herkommen und wie viel Arbeit und Spaß es macht, Gemüse selbst anzupflanzen, zu pflegen und zu ernten. „Ziel ist es, die Heranwachsenden für gesunde Ernährung zu sensibilisieren“, sagt AOK-Präventionsexperte Prof. Dr. Kai Kolpatzik. 2021 Jahr beteiligten sich 650 Schulen an der „GemüseAckerdemie“.

Weitere Informationen:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Engagement > Aktionen



### Biologische Unterschiede stärker berücksichtigen

07.03.22 (ams). Die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, fordert, dass biologische Unterschiede stärker in Forschung und Versorgung einfließen müssen. „Denn das Geschlecht beeinflusst über genetische, epigenetische und hormonelle Faktoren die Funktionsweise des Organismus“, sagte Reimann anlässlich des Internationalen Frauentages am 8. März. Die medizinische Forschung sei lange Zeit überwiegend auf den männlichen Organismus ausgerichtet gewesen. Das soziale Geschlecht spiele auch beim Gesundheitsverhalten und beim Zugang zur Gesundheitsversorgung eine nicht zu unterschätzende Rolle, ergänzte die Verbandschefin.

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



### Altersdepression erkennen: Neues Online-Angebot

24.02.22 (ams). Studien zufolge leidet fast jeder fünfte Mensch über 75 Jahren unter depressiven Symptomen. Die AOK hat deshalb ihren „Familiencoach Depression“ um den Bereich „Depressionen im Alter“ erweitert. Die meisten dächten bei dem Thema nicht an ältere Menschen, sagte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann. Wenig bekannt sei auch, dass die Suizidrate in dieser Altersgruppe am höchsten ist. Das neue Angebot hilft Angehörigen und Freunden, Anzeichen einer Altersdepression zu erkennen, informiert über Behandlungsmöglichkeiten und unterstützt bei der Bewältigung der Erkrankung.

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



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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Adressenänderung**

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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

Wenn Sie künftig den AOK-Medienservice Politik nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail** erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender Web-Adresse an:

[www.aok-bv.de/presse/medienservice](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:

---

---

---

---