



AOK-MEDIENSERVICE

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

04/21

POLITIK

 @AOK_Politik

ams-Interview: WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber zum Krankenhaus-Report

- **„Wir brauchen zentral gesteuerte Stufenkonzepte“** 2

ams-Grafik Krankenhaus-Report 2021

- **Covid-19: 86 Prozent der Fälle in der Hälfte der Kliniken** 5

ams-Stichwort: Soziale Selbstverwaltung

- **Ansprechpartner und Interessenvertreter der Versicherten** 6

EU-Ticker

- **Bewegung im Streit um Bewertungsverfahren** ... 8

Zahl des Monats

- **Auf 410,8 Milliarden Euro ...** 10

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 11

- **Gesetzgebungskalender** 13

- **Kurzmeldungen** 18



ams-Interview mit Jürgen Klauber

Krankenhaus-Report: „Wir brauchen zentral gesteuerte Stufenkonzepte“

15.04.21 (ams). Die Krankenhausfallzahlen sind in der zweiten Pandemiewelle trotz eines deutlich höheren Infektionsniveaus etwas weniger stark gesunken als in der ersten Pandemiewelle. Das belegt eine aktuelle Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) anlässlich der Vorstellung des neuen Krankenhaus-Reports, für die Daten von rund 25 Millionen AOK-Versicherten ausgewertet wurden. Ein möglicher Grund für die Unterschiede zur ersten Welle sei, dass die Finanzierungsregelungen zur Freihaltung von Krankenhausbetten im Laufe des Jahres 2020 deutlich differenzierter erfolgten, sagt WiDO-Geschäftsführer Jürgen Klauber. Im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams) fordert er einen Stufenplan für eine zentral gesteuerte Versorgung von schwer erkrankten Covid-19-Patienten, die stationär behandelt werden müssen.



Jürgen Klauber
ist Geschäftsführer des WiDO
und Mitherausgeber des Kran-
kenhaus-Reports 2021

Herr Klauber, wie sollte ein Stufenplan zur Behandlung schwer erkrankter Covid-Patienten aussehen?

Klauber: Zwei Dinge sind wichtig. Primär sollten Krankenhäuser, die Covid-19-Fälle behandeln, über adäquate Ausrüstung, ausreichende Beatmungserfahrung und entsprechend qualifiziertes Personal verfügen. Zweitens sollten je nach regionaler Pandemie-Intensität weitere Krankenhäuser in der Versorgung von Covid-19 hinzukommen – und dies gestuft nach der vorliegenden Behandlungserfahrung. Solche Konzepte machen es dann auch leichter, die Versorgung von Covid-19 und anderen Erkrankungen gut separiert nebeneinander zu organisieren. Das gilt nicht nur jetzt für die Corona-Pandemie, sondern auch für mögliche kommende Krisen dieser Art.

Der AOK-Bundesverband fordert schon seit Jahren mehr Zentralisierung und Spezialisierung. Haben diese in der Corona-Pandemie nicht sozusagen von sich aus stattgefunden?

Klauber: Versorgung an der Erfahrung auszurichten ist ja generell das Argument für mehr Zentralisierung und Spezialisierung. Und die WiDO-Zahlen untermauern das auch für die aktuelle Pandemie. Circa 1.250 Häuser betreuten 2020 von März bis Ende November Corona-Patienten. Etwa die Hälfte davon versorgte 86 Prozent der Fälle. Hier sehen wir ganz klar einen Zentralisierungseffekt. Auf der anderen Seite gibt es aber folglich auch mehr als 600 Krankenhäuser mit zum Teil sehr kleinen Fallzahlen. Ein ähnliches Konzentrationsbild sehen wir für die Verteilung der beatmeten Fälle auf die Häuser. Es ist wichtig, dass die Patienten bei solch einem schweren Krankheitsbild, das unterschiedliche Organe betreffen kann und häufig eine Beatmung erfordert, in den Kliniken mit der größten Erfahrung behandelt werden. Es ist auch nicht gut, wenn Patienten zur Beatmung oder zur Weiterbeatmung erst in ein qualifizierteres Krankenhaus verlegt werden müssen. Das sollte möglichst vermieden werden – und wenn es doch nötig ist, möglichst zeitnah erfolgen. Die Erfahrungen



aus der Pandemie bestätigen die Forderung nach mehr Spezialisierung und Zentralisierung der Kliniken, die für viele Krankheitsbilder unter Qualitätsaspekten geboten sind.

Gerade am Anfang der Pandemie stand die politische Vorgabe, dass planbare Eingriffe zugunsten der Corona-Versorgung verschoben werden sollten. Wie hat sich das im Laufe der Pandemie entwickelt?

Klauber: Vor allem in der ersten Pandemiewelle war das so. Hier gab es deutliche Rückgänge bei planbaren Operationen, um Betten für Covid-Patienten freizuhalten. So gingen etwa Hüftprothesenimplantationen wegen Arthrose fast um die Hälfte zurück. Nachdem es in den Sommermonaten wieder mehr planbare Hüftgelenkersatz-Operationen als im Vergleichszeitraum des Vorjahres gab und Termine wohl zum Teil nachgeholt wurden, gingen die Operationen ab Herbst erneut zurück – allerdings nicht so stark wie in der ersten Welle der Pandemie. Eine ähnliche Entwicklung sehen wir bei solchen Gebärmutterentfernungen, die vor dem Hintergrund einer gutartigen Neubildung als weniger dringlich gelten.

Und wie sieht es bei bösartigen Tumoren, also schwerwiegenden Krebserkrankungen, aus?

Klauber: Auch hier finden sich durchaus auffällige Einbrüche. Bei Brustkrebs waren es in der ersten Pandemiewelle zehn und in der zweiten Pandemiewelle fünf Prozent. Möglicherweise hängt der Rückgang in der ersten Welle auch damit zusammen, dass deutlich weniger Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden. Das Mammographie-Screening für Brustkrebs wurde in der ersten Pandemiewelle ausgesetzt, die Zahl der Mammographien bei AOK-versicherten Frauen sank in diesem Zeitraum um fast die Hälfte. Besonders deutlich sind die Einbrüche bei den Darmkrebsoperationen: 17 Prozent in der ersten und 20 Prozent in der zweiten Welle. Gleichzeitig ist auch hier eine reduzierte Diagnostik für die erste Pandemiewelle bekannt. Die Zahl der Darmspiegelungen bei AOK-Versicherten war gegenüber dem Vorjahr um rund ein Viertel reduziert. Ob weniger Krebsoperationen und reduzierte Diagnostik Konsequenzen für Patienten haben, etwa verspätete Behandlung von Krebserkrankungen im fortgeschrittenem Stadium, ist noch nicht bekannt. Das muss zukünftige Forschung aufzeigen.

Es steht die These im Raum, dass Menschen mit Notfallsymptomen aus Angst vor einer Corona-Infektion gezögert haben, einen Arzt oder den Rettungsdienst zu alarmieren. Was wissen wir darüber?

Klauber: Betrachtet haben wir unter anderem Herzinfarkte und Schlaganfälle. In beiden Pandemiewellen haben wir für diese Indikationen in den Krankenhäusern weniger Fälle registriert. Bei Schlaganfällen sank die Zahl der Behandlungen in der zweiten Welle um 13 Prozent, bei Herzinfarkten um elf Prozent. Damit war der Fallzahlenbruch bei diesen Erkrankungen im Herbst nur leicht schwächer als in der ersten Welle. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Patienten aus Sorge vor einer Infektion bei leichteren Beschwerden nicht den Arzt oder Rettungsdienst gerufen haben. Wiederholt haben Klinikärzte berichtet, dass Herzinfarkt-Patienten später im Krankenhaus angekommen sind, als ihr Herz schon stärker geschädigt war. Bei den Schlaganfällen hat das WHO für die erste Pandemiewelle eine signifikante Steigerung der Sterblichkeit der Krankenhausfälle innerhalb der ersten 30 Tage festgestellt. Auch die absolute Zahl der Todesfälle ist hier im Vergleich zum Vorjahr angestiegen, obwohl deutlich weniger Fälle im Krankenhaus ankamen. Ob es gesundheitliche Folgeschäden bei leichteren Herzinfarkten und Schlaganfällen gibt, weil Menschen nicht behandelt



wurden, wird sich erst mittelfristig zeigen. Wir appellieren weiterhin an die Bevölkerung, auch in der Pandemie bei Notfallsymptomen nicht zu zögern, den Arzt beziehungsweise Rettungsdienst zu kontaktieren. Herzinfarkt oder Schlaganfall sind lebensbedrohlich – und mit den Gefahren einer Corona-Infektion können die Krankenhäuser und Arztpraxen professionell umgehen.

WEITERE DATEN UND ZAHLEN:

www.wido.de

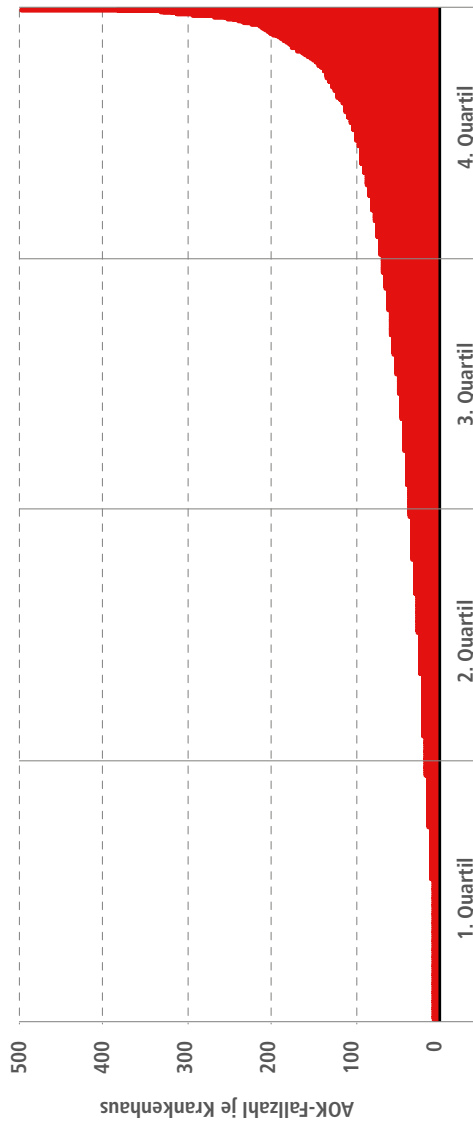
> Buchreihen > Krankenhaus-Report > 2021





Covid-19: 86 Prozent der Fälle in der Hälfte der Kliniken

ams Politik 04/21



Quelle: Wifo, Grafik AOK-Mediendienst

Die Analyse des Wifo dokumentiert einerseits einen gewissen Zentralisierungseffekt in der Covid-19-Versorgung. Rund 1.250 Kliniken waren im Zeitraum von März bis Ende November 2020 an der Behandlung von Covid-Patienten beteiligt. Etwa die Hälfte der Häuser, die Covid-19-Fälle versorgt haben, behandelte dabei 86 Prozent aller Covid-19-Fälle. Andererseits verteilen sich die übrigen 14 Prozent der Fälle auf mehr als 600 Krankenhäuser mit zum Teil sehr kleinen Fallzahlen.

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



ams-Stichwort: Die soziale Selbstverwaltung

Ansprechpartner und Interessenvertretung der Versicherten

12.04.21 (ams). Vor gut einem Jahr hat eines der umfangreichsten Gesetzgebungsprojekte der auslaufenden Legislaturperiode seinen Abschluss gefunden. Nachdem zunächst der Bundestag am 13. Februar 2020 das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FKG) verabschiedet hatte, billigte einen Monat später auch der Bundesrat das Gesetz. Neben der Weiterentwicklung des GKV-Finanzausgleichs, kurz Morbi-RSA, plante die Bundesregierung seinerzeit auch eine Reform der Organisationsstrukturen des GKV-Spitzenverbandes, wonach unter anderem ehrenamtliche Selbstverwalter nicht mehr Teil des Verwaltungsrates sein sollten. Der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes bezeichnete die Pläne in einer eigens verfassten Resolution als „falsch und gefährlich“. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes sprach von „Entmachtung der sozialen Selbstverwaltung“. Am Ende konnten die Vertreter der Versicherten und die Vertreter der Arbeitgeber für sich verbuchen, das Schlimmste verhindert zu haben.

Die soziale Selbstverwaltung taucht vor allem dann in der breiten öffentlichen Berichterstattung auf, wenn es wie zuletzt 2017 um die Sozialwahlen geht. Zwischen den Wahlen werden in der Öffentlichkeit die Aufgaben der ehrenamtlichen Vertreter in den Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen kaum wahrgenommen. „Zu Unrecht!“, meint Knut Lambertin, alternierender Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes für die Versichertenseite. „Über ihre Vertreter in der Selbstverwaltung haben Versicherte und Arbeitgeber Einfluss auf ihre Krankenkasse und damit auf einen entscheidenden Akteur in der gesundheitlichen Versorgung und bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.“

Das Ehrenamt nicht geringschätzen

Lambertin bedauert, dass „in der Öffentlichkeit leider viel zu unbekannt ist, dass die Interessen einerseits der Mitglieder und Familienversicherten sowie andererseits deren Arbeitgeber im Verwaltungsrat einer Krankenkasse repräsentiert werden. Unter anderem können Versicherte, die mit einer Entscheidung ihrer Kasse nicht einverstanden sind, sich an vom Verwaltungsrat berufene Widerspruchsausschüsse wenden. Die ehrenamtlichen Ausschussmitglieder stehen in direktem Kontakt zur Verwaltung und können so die Probleme der Versicherten sachgerecht und lebensnah lösen“, unterstreicht der Gewerkschafter. Im seit Jahren praktizierten Kurs der Politik, die Aufgaben der Selbstverwaltung immer weiter einzuschränken, sieht er eine der Hauptursachen für ungerechtfertigte Kritik an der Arbeit der ehrenamtlichen Vertreter. „Die Krankenkassen und damit die Selbstverwalter brauchen mehr statt weniger Gestaltungsspielräume, um eine auch nach außen wahrnehmbare Interessenvertretung der Patienten und Beitragszahler zu ermöglichen“, fordert Dr. Volker Hansen, Lambertins Pendant für die Arbeitgeberseite. Ansonsten verkomme das regelmäßig in



Koalitionsverträgen vorgetragene Bekenntnis zur Stärkung der Selbstverwaltung zur leeren Phrase.

Letztlich, davon sind die beiden Aufsichtsratschefs des AOK-Bundesverbandes überzeugt, profitieren Politik, Wirtschaft und jeder gesetzlich Versicherte von der Selbstverwaltung und der Sozialpartnerschaft von Arbeitgebern und Gewerkschaften. Die Selbstverwaltung biete ihnen die Möglichkeit, ihre jeweiligen Belange in die Ausgestaltung des Gesundheitswesens und das praktische Handeln der Krankenkassen einzubringen. Auch hinter den Informationsangeboten der Krankenkassen für Versicherte und Patienten wie etwa den AOK-Gesundheitsnavigatoren für die einfache und transparente Suche nach dem richtigen Krankenhaus, Arzt oder Pflegeheim stehe die Selbstverwaltung als treibende Kraft.

Externer Sachverstand für die Verwalter der Sozialversicherungen

Die Selbstverwaltung ist tragendes Prinzip der Sozialversicherung. Rund 10.000 ehrenamtliche Vertreter in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung werden alle sechs Jahre bestimmt. Das nächste Mal wird das wieder im Jahr 2023 der Fall sein. Die Sozialwahlen dienen auch dazu, die Perspektive der Versicherten und Arbeitgeber in die Verwaltung der Sozialversicherungen einzubeziehen, und diejenigen, die über die Beitragszahlung unmittelbar die Finanzierung der Leistungen sicherstellen, an den Entscheidungen etwa der Krankenkassen zu beteiligen. „Die Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts und erledigen Aufgaben, die ihnen vom Gesetzgeber übertragen werden“, erläutert Hansen. „Krankenkassen stehen für ein qualitativ hochwertiges Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung und einen wirtschaftlichen Umgang mit Beitragsgeldern ein.“

Die Ursprünge der Verwaltungsräte in den Krankenkassen gehen auf die Gründung der GKV 1883 zurück. Damals wollte Reichskanzler Otto von Bismarck ein staatlich gelenktes System, konnte sich damit aber nicht gegen die Parteien im Reichstag durchsetzen. Es war also ein Akt der Selbstständigkeit gegenüber dem Staat, dass Arbeitnehmer und deren Arbeitgeber die von ihnen finanzierte Krankenversicherung zwar in einem staatlich gesetzten Rahmen, aber unter eigener Verantwortung ausgestalten wollten. In der NS-Diktatur wurde die Selbstverwaltung 1933 abgeschafft. 1952 führte die Bundesrepublik das Prinzip in den Sozialversicherungen wieder ein. Dass die alle sechs Jahre zur Wahl stehenden Verwaltungsräte eher im Hintergrund arbeiten als im Licht der Öffentlichkeit zu stehen, liegt auch an den nicht gerade spektakulär klingenden, aber durchaus bedeutenden Aufgaben. Die Verwaltungsräte der gut 150 Krankenkassen vertreten die Kasse gegenüber den Vorständen, berufen jeweils die hauptamtlichen Vorstände und beschließen den Haushalt. Sie legen die Satzungen und Höhe des Zusatzbeitrages fest sowie die grundsätzliche Ausrichtung der jeweiligen Kasse. Auch entscheiden sie über Schließung und Fusion einer Krankenkasse.

INFORMATIONEN ZUR SOZIALEN SELBSTVERWALTUNG DER AOK:

www.aok-bv.de > Die AOK > Selbstverwaltung

www.aok-bv.de > Die AOK > AOK-Bundesverband > Aufsichtsrat

INFORMATIONEN ZUR SOZIALEN SELBSTVERWALTUNG INSGESAMT:

www.soziale-selbstverwaltung.de





EU-Ticker

Bewegung im Streit um Bewertungsverfahren auf EU-Ebene

21.04.21 (ams) Der Europäische Rat hat sich auf eine gemeinsame Position im Streit um die Nutzenbewertung von neuen Gesundheitstechnologien auf EU-Ebene verständigt. „Damit gibt es nach mehr als zwei Jahren endlich eine Grundlage für weitere Verhandlungen mit der Kommission und dem Europaparlament“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. Eine Einigung beim Thema Health-Technology-Assessment (HTA) sei noch in diesem Jahr möglich. Die EU-Verordnung könnte dann nach einer Übergangsphase 2024 in Kraft treten. Die EU-Kommission hatte im Januar 2018 einen Vorschlag zur Neuregelung der HTA-Zusammenarbeit vorgelegt. Danach sollten alle EU-Länder dazu verpflichtet werden, die unter Federführung der Kommission erfolgten Nutzenbewertungen automatisch zu übernehmen. Dieser Vorschlag scheiterte jedoch am Widerstand von Europaparlament und Rat. Das Parlament verabschiedete Ende 2018 Änderungsvorschläge, die deutlich weniger Kompetenzen für Brüssel und mehr Rücksicht auf nationale Belange beinhalten.

„Auch das aktuelle Positionspapier des Rates sieht jetzt unter anderem vor, dass die nationalen HTA-Einrichtungen nach der Marktzulassung neuer Arzneimittel durch die Europäische Arzneimittelagentur weiterhin eigene Analysen zur Nutzenbewertung durchführen können, auch auf der Grundlage von Studiendaten, die erst im Laufe des Verfahrens verfügbar werden“, erläutert AOK-Europaexperte van Lente.

WEITERE INFORMATIONEN UND DAS POSITIONSPAPIER DES EUROPÄISCHEN RATES:

www.consilium.europa.eu
> Presse > Pressemitteilungen



EU-Parlament beschließt Vorgaben für Lieferkettengesetzgebung

21.04.21 (ams) Das Europäische Parlament hat den Weg für ein neues EU-Gesetz geebnet, das Unternehmen dazu verpflichten soll, Menschen- und Arbeitsrechte sowie den Umweltschutz innerhalb ihrer Wertschöpfungsketten zu berücksichtigen. Die mit großer Mehrheit angenommene „legislative Entschließung“ gibt der EU-Kommission den inhaltlichen Rahmen für einen Verordnungsvorschlag vor. Er soll nach Angaben des EU-Justizkommissars Didier Reynders noch vor der Sommerpause kommen. Die deutschen Europaparlamentarier Axel Voss (CDU) und Bernd Lange (SPD) forderten deshalb die Bundesregierung auf, mit dem geplanten nationalen Lieferkettengesetz auf die EU-Gesetzgebung zu warten. Deutschland müsse eine EU-Richtlinie später ohnehin in nationales Recht umsetzen. Die Parlamentarier warnten vor unterschiedlichen Regelungen im Binnenmarkt und damit verbundenen rechtlichen Problemen für Unternehmen. Bundesarbeitsminister Hubertus Heil (SPD) und Entwicklungsminister Gerhard Müller (CSU) begrüßten die Initiative des Europaparlaments ausdrücklich. Es sei aber gut, „dass Deutschland inzwischen mit einer eigenen nationalen Regelung vorangeht“. Die Bundesregierung hatte Anfang März den Entwurf für ein „Sorgfaltspflichtengesetz“ beschlossen. „Unser Ziel ist eine einheitliche europäische Regelung.“



In Brüssel mahlen die Mühlen aber manchmal langsam“, sagte Müller dem AOK-Magazin G+G (Aprilausgabe). Die AOK-Gemeinschaft erwartet durch die Lieferketten-Gesetzgebung auf nationaler und europäischer Ebene Rückenwind für eigene, neue Vergabekriterien im Bereich der Arzneimittelrabattverträge. Im Jahr 2020 hatte die AOK eine Initiative für bessere Versorgungssicherheit, Arbeits- und Umweltschutzstandards im Bereich der Arzneimittelproduktion gestartet.

ENTSCHLISSUNG DES EUROPAPARLAMENTES

www.europarl.europa.eu
> Aktuelles > Presseraum



GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG

www.bmas.de > Presse > Pressemitteilungen > 2021

G+G-BEITRAG „WETTBEWERB UM SORGFALTPFLICHTEN“

www.gg-digital.de > Ausgabe 04/21



Mehr Transparenz bei der Risikobewertung von Lebensmitteln

21.04.21 (ams) EU-Bürger haben jetzt Zugang zu allen Studien und Informationen, die Unternehmen der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) im Verlauf der Risikobewertung ihrer Produkte vorlegen. Bewirkt hat die am 27. März in Kraft getretene Neuregelung die EU-Bürgerinitiative „Verbot von Glyphosat und giftigen Pestiziden“. Nach der massiven Kritik der Bürgerbewegung an nicht öffentlich zugänglichen Studien zu den Gesundheitsrisiken von Herbiziden und Pestiziden hatte die Kommission im April 2018 mehr Transparenz zugesagt. Die Regelung sieht jetzt außerdem vor, dass Interessenverbände und Öffentlichkeit zu den vorgelegten Studien konsultiert werden. „Die Zivilgesellschaft wird ebenso wie EU-Staaten und Parlament auch stärker in die Arbeit der EFSA einbezogen“, so die EU-Kommission.

PRESSEINFO DER EU-KOMMISSION

www.ec.europa.eu/germany/news



Freier Zugang zu allen EU-geförderten Wissenschaftsarbeiten

21.04.21 (ams) Alle von der EU geförderten wissenschaftlichen Veröffentlichungen sollen künftig frei und kostenlos zugänglich sein. Dazu hat die EU-Kommission die Online-Plattform „Open Research Europe“ freigeschaltet. „Wir müssen wissenschaftliche Erkenntnisse durch mehr kooperative und offene Forschungspraktiken schneller verbreiten“, sagte EU-Forschungskommissarin Mariya Gabriel zum Start. Durch die Unterstützung Forschender bei der Veröffentlichung ihrer Ergebnisse fördere „Open Research Europe“ den Wissensfluss und die wissenschaftliche Debatte.

EU-PLATTFORM „OPEN RESEARCH EUROPE“

open-research-europe.ec.europa.eu/





Zahl des Monats

Auf 410,8 Milliarden Euro ...

... beliefen sich laut Statistischem Bundesamt (Destatis) die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 2019. Das waren 4.944 Euro je Einwohnerin beziehungsweise Einwohner. Demnach stiegen die Gesundheitsausgaben im Vor-Corona-Jahr insgesamt um 19,3 Milliarden Euro oder 4,9 Prozent gegenüber 2018 und überschritten damit erstmals die Grenze von 400 Milliarden Euro. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag 2019 bei 11,9 Prozent und damit 0,2 Prozentpunkte höher als 2018.

252,2 Milliarden Euro davon, also etwa 61,4 Prozent, entfielen laut den endgültigen Rechnungsergebnissen (KJ 1) des Bundesgesundheitsministeriums auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Für das Jahr 2020 liegen derzeit lediglich die vorläufigen Finanzergebnisse (KV 45) vor. In dieser Statistik erreichen die GKV-Ausgaben 262,6 Milliarden Euro.

Nur sechs Jahre zuvor, im Jahr 2012, hatten die Gesundheitsausgaben in Deutschland die Grenze von 300-Milliarden-Euro durchbrochen. Davor hatte es doppelt so lange, nämlich 14 Jahre, gedauert bis die jeweils nächste 100-Milliardenmarke durchbrochen wurde. Die 200-Milliarden-Euro-Grenze hatten die Gesundheitsausgaben in Deutschland den Destatis-Angaben zufolge im Jahr 1998 überschritten.

WEITERE INFORMATIONEN

www.destats.de > Pressemitteilungen

www.bundesgesundheitsministerium.de
>Themen > Krankenversicherung > Zahlen und Fakten
> Kennzahlen, Daten, Bekanntmachungen

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Presse > Pressemitteilungen > 2021





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Mammographie:Nutzenbewertung für weitere Altersgruppen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) lässt überprüfen, ob ein Mammographie-Screening auch für Frauen im Alter zwischen 45 und 49 Jahren sowie 70 Jahren und älter von Nutzen ist. Bisher haben Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren einen Anspruch, am Programm zur Früherkennung von Brustkrebs teilzunehmen. Der GBA wird das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragen, Studien zu recherchieren und auszuwerten. Ein Stellungnahmeverfahren erwartet der GBA in der zweiten Jahreshälfte 2022. Hintergrund für die Aufnahme der Beratungen ist eine Aktualisierung der europäischen Brustkrebsleitlinie der EU-Kommission, die empfiehlt, auch jüngere beziehungsweise ältere Frauen mit in das Früherkennungsprogramm mit einzubeziehen.

GBA verlängert Corona-Sonderregeln

Um Arztpraxen zu entlasten und direkte Arzt-Patienten-Kontakte so gering wie möglich zu halten, hat der GBA die Corona-Sonderregeln ein weiteres Mal verlängert. Er reagiert damit auf das anhaltend hohe Infektionsgeschehen. Menschen mit leichten Erkältungssymptomen müssen für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach wie vor nicht zwingend zum Arzt, sondern können sich bis Ende Juni telefonisch bis zu sieben Kalendertage – und weitere sieben Folgetage – krankschreiben lassen. In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung besteht – ebenfalls bis 30. Juni 2021 – die Möglichkeit zur telefonischen Beratung. Die Sonderregelungen Videobehandlung, Verordnungen nach telefonischer Anamnese, Verlängerung der Vorlagefrist für Verordnungen und erleichterte Vorgaben für Verordnungen wurden bis zum 30. September 2021 verlängert. Krankenhausärzte können auch künftig bei Entlassungen eine Arbeitsunfähigkeit für eine Dauer von bis zu 14 Kalendertagen ausstellen sowie häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie und Hilfs- und Heilmittel für einen Zeitraum von zwei Wochen verordnen. Die Regelung gilt bis zum Ende der epidemischen Lage. Ebenso müssen Krankentransportfahrten von Covid-19-positiven Personen oder Menschen unter Quarantäne zu dringend notwendigen ambulanten Behandlungen – ebenfalls bis zu diesem Zeitpunkt – nicht von der Krankenkasse genehmigt werden.

Ausnahmen zur Qualitätssicherung in Kliniken werden verlängert

Damit sich das Klinikpersonal auch in der dritten Welle der Corona-Pandemie ganz auf die Patientenversorgung konzentrieren kann, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) eine Reihe von Ausnahmeregelungen im Bereich der Qualitätsanforderungen bis zum 30. September 2021 verlängert. Dokumentations- und Nachweispflichten werden dadurch zum Teil ausgesetzt. Betroffen sind die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, die Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen, die Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma sowie die Richtlinie zur Kinderherzchirurgie und -onkologie.



Bis Ende Juni wird es auch keine Kontrollen im Sinne der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des GBA durch den Medizinischen Dienst in Krankenhäusern geben. Spätestens zwei Wochen vor dem Auslaufen der Verlängerungen, also Mitte Juni sowie Mitte September 2021, wird der GBA über eine mögliche weitere Verlängerung entscheiden.

[WEITERE INFORMATIONEN ZU BESCHLÜSSEN UND ZUR ARBEIT DES GBA](#)

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Das „Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen“ ist verabschiedet, der bundesweite Rahmen für den „Brücken-Lockdown“ noch in Vorbereitung. Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ hat die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages ebenso hinter sich gebracht wie das „Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz“. Seit nunmehr über einem Jahr auf Eis liegt die Reform der Notfallversorgung. Der Referentenentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium stammt vom 10. Januar 2020. Diese und ältere Gesetze (Stand: 14. April 2021) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege

Mit dem „Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege“ (DVPMG) will das Bundesgesundheitsministerium an das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und an das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) anknüpfen. Es hat inzwischen die öffentliche Anhörung im Bundestag durchlaufen. Am 25. März hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn das Gesetz in den Bundestag eingebracht. Am 5. März stand das DVPMG erstmals auf der Tagesordnung des Bundesrates, nachdem das Bundeskabinett seinen Entwurf am 20. Januar 2021 verabschiedet hatte. Den Referentenentwurf hatte das Bundesgesundheitsministerium am 15. November 2020 vorgelegt.

Das DVPMG soll insbesondere die Grundlage für eine weitgehende Anbindung der Pflege an die Telematik-Infrastruktur (TI) legen, die Funktionen der elektronischen Patientenakte (ePA) und des elektronischen Rezeptes (eRezept) erweitern, die Fernbehandlung ausweiten und digitale Pflegeanwendungen auf Kosten der Sozialen Pflegeversicherung einführen. Die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen soll schneller und sicherer werden.

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

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



durch den Termindienst der Kassenärztlichen Vereinigungen vermittelt werden. Auch Heilmittelerbringer und Hebammen sollen künftig Videosprechstunden anbieten können.

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

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

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

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

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

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

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

GESETZENTWURF:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/27652



Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Seit über einem Jahr liegt nun der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums vor. Er stammt vom 10. Januar 2020. Weiter ist die Reform noch nicht vorangeschritten. Das Gesetz soll dafür sorgen, die bisher weitgehend getrennt organisierten Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System weiter zu entwickeln. Ziele der engeren Verzahnung sind eine bessere Orientierung für



Patientinnen und Patienten, kürzere Wartezeiten, ein effizienterer Einsatz von Personal und Geld sowie damit verbunden eine höhere Gesamtqualität der medizinischen Notfallversorgung. Der Entwurf sieht drei wesentliche Maßnahmen vor: ein gemeinsames Notfallsystem (GNL), integrierte Notfallzentren (INZ) und die Etablierung des Rettungsdienstes als eigenständiger GKV-Leistungsbereich.

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

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

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

Die aktuelle Fassung des Entwurfs ist so gestaltet, dass der Bundesrat nicht mehr zustimmen müsste. Ausgangspunkt der Debatte sind Vorschläge aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom Juli 2018.

Zuvor war das Vorhaben der Bundesländer, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen (Bundestags-Drucksache 18/1289), zwei Mal gescheitert. Der Gesetzesentwurf des Bundesrats, der gleichlautend schon in der vorherigen Legislaturperiode in den Bundestag eingebracht worden war, zielt darauf ab, den Rettungsdienst als eigenständigen medizinischen Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verankern, damit 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 führt nach Ansicht der Länder zu unnötigen Krankenhauseinweisungen .

REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Notfallversorgung





Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Die Anhörung im Gesundheitsausschuss ist abgeschlossen. Die darauffolgende zweite und dritte Lesung ist für den 6. oder 7. Mai ins Auge gefasst. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte das GVWG am 26. Februar in den Bundestag eingebracht. Nach der Verabschiedung des Kabinettsentwurfs am 16. Dezember 2020, hatte der Bundesrat den Gesetzentwurf erstmals am 12. Februar beraten. Der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums stammt von Oktober vergangenen Jahres. Minister Jens Spahn will zahlreiche Vorhaben, die durch die Corona-Krise liegen geblieben sind, in einem Sammelgesetz auf den Weg bringen. Das GVWG formuliert fünf Hauptziele. Qualität und Transparenz in der Versorgung sollen gesteigert werden. Dazu sollen dem Gesundheitswesen die notwendigen Daten zu ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen „aktuell, dauerhaft und verlässlich“ zur Verfügung stehen. Erweiterte Leistungsansprüche und -angebote sollen die Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte verbessern. Für privat Krankenversicherte sieht der Entwurf eine Reform des Notlagentarifs vor. Schließlich will das BMG die Hospiz- und Palliativversorgung in Netzwerken finanziell fördern und die ambulante Kinderhospizarbeit stärken. Das GVWG soll in weiten Teilen noch vor der Bundestagswahl in Kraft treten.

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

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



GESETZENTWURF:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/26822

Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten

Die erste Lesung im Bundestag ist noch einmal von Ende März auf jetzt 15. April verschoben worden. Am 26. März war das Gesetz das erste Mal Thema im Bundesrat. Das Bundeskabinett hatte seinen Entwurf am 10. Februar beschlossen. Ziel des Gesetzes ist es, die



Krebsregisterdaten der Bundesländer länderübergreifend insbesondere für überregionale Forschungsprojekte besser nutzbar zu machen. Basis ist das seit 2009 geltende Bundeskrebsregisterdatengesetz (BKRG).

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

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

GESETZENTWURF:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/28185





Kurzmeldungen

Krankenkassen fordern auch 2022 ergänzenden Bundeszuschuss

24.03.21 (ams). Die gesetzlichen Krankenkassen vermissen im Entwurf des Bundeshaushalts 2022 zusätzliche Mittel, um die Beitragssätze zur Kranken- und Pflegeversicherung zu stabilisieren. „Damit wird ignoriert, dass allein die gesetzliche Krankenversicherung im kommenden Jahr einen zusätzlichen Finanzbedarf von etwa 16 bis 19 Milliarden Euro haben wird“, moniert der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Um höhere Zusatzbeiträge oder gar Leistungseinschränkungen auszuschließen, müsse der Bund den coronabedingt erhöhten Finanzbedarf 2022 durch ergänzende Bundesmittel ausgleichen.

WEITERE INFORMATIONEN

www.gkv-spitzenverband.de > Über uns > Pressemitteilungen und Statements



Mit Vertrauen und Offenheit zu mehr Gesundheit bei der Arbeit

24.03.21 (ams). Auch in der sogenannten „neuen Arbeitswelt“ sind Rahmenbedingungen möglich, die die Gesundheit der Beschäftigten fördern. Das zeigt eine Publikationsreihe der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) zum Thema „New Work“. Die Initiatoren der iga – Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – wollen damit Impulse für mehr Gesundheitsförderung in Unternehmen setzen. New Work umfasst ein zeitgemäßes Führungsverhalten, neue flexible Arbeitsformen und digitale Arbeitsprozesse. Wesentlicher Bestandteil der „neuen Arbeit“ ist ein starker Fokus auf Unternehmens-Leitlinien oder -Werte wie Vertrauen, Offenheit und die Selbstentwicklung der Mitarbeiter.

WEITERE INFORMATIONEN

www.iga-info.de > Themen > New Work



AOK Hessen lobt Empathie-Award Pflege aus

23.03.21 (ams). Zum vierten Mal sucht die AOK Hessen Profis in der ambulanten und stationären Pflege, die „tagtäglich mit Verlässlichkeit und Mitgefühl ihren Beruf ausüben“. Pflegebedürftige, nahestehende Personen, aber auch Kolleginnen und Kollegen können professionell tätige Pflegekräfte vorschlagen. Die Einsendungen sollen anschaulich machen, wie die oder der Nominierte in einer konkreten Pflegesituation agiert. Die Erzählung sollte auf eigenen, persönlichen Erfahrungen beruhen. Corona ist ein Schwerpunkt des diesjährigen Empathie-Awards. Die Auszeichnung ist mit insgesamt 6.000 Euro dotiert. Unter allen, die eine Geschichte einreichen, werden zusätzlich Gutscheine im Wert von je 100 Euro verlost.

WEITERE INFORMATIONEN

www.aok.de/kp/hessen/empathie-award





Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

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

www.aok-bv.de/presse/medienservice

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

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

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für die Printausgabe des AOK-Medienservice Politik.

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:
