

AOK-MEDIENSERVICE

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

04/23 POLITIK

 @AOK_Politik

Rechtsgutachten zur Krankenhausplanung Leistungsbereiche und -gruppen mit dem Grundgesetz vereinbar	2
ams-Interview mit Dr. Martin Roesler zu Long Covid Große Diskrepanz zwischen Forschungsanspruch und gelebter Wirklichkeit ..	4
ams-Stichwort: Sozialversicherungswahl bei den AOKs	8
ams-Grafik: Krankenhaus-Report 2023 Ambulantisierungs-Potenziale für die Zukunft	10
EU-Ticker Kritik an Gutschein-System zur Antibiotika-Förderung	11
Zahl des Monats 18,7 Pflegekräfte	14
Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss	15
Gesetzgebungskalender	16
Kurzmeldungen	20

Herausgeber: Pressestelle des AOK-Bundesverbandes, Berlin
Redaktion: AOK-Mediendienst, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Bernhard Hoffmann (verantwortlich),
Ralf Breitgoff, Barbara Huhn, Telefon: 030/220 11-200, Telefax: 030/220 11-105, Grafik: Kerstin Conradi
E-Mail: aok-mediendienst@bv.aok.de, Internet: www.aok-presse.de

Rechtsgutachten zur Krankenhausplanung

Leistungsbereiche und -gruppen mit dem Grundgesetz vereinbar

04.04.23 (ams). Die Einführung eines an Leistungsbereichen und Leistungsgruppen orientierten Systems zur Krankenhausplanung sowie die Festlegung von Kriterien, die der Bedarfsermittlung im stationären Bereich dienen, ist mit den Grundrechten der privaten und gemeinnützigen Krankenhausträger vereinbar. Zu diesem Ergebnis kommt ein aktuelles Rechtsgutachten von Prof. Winfried Kluth, Lehrstuhl-Inhaber für Öffentliches Recht an der Universität Halle-Wittenberg und ehemaliger Richter am Landesverfassungsgericht Sachsen-Anhalt. Das Gutachten, das verschiedene Aspekte der aktuellen Krankenhausreform beleuchtet, ist im Auftrag des AOK-Bundesverbandes erstellt worden.

Der Gutachter kommt zu dem Ergebnis, dass die im Zuge der aktuellen Reform vorgeschlagenen Regelungen zur Einführung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen der Umsetzung gewichtiger Gemeinwohlbelange dienen, verhältnismäßig seien und auf hinreichend bestimmten gesetzlichen Ermächtigungen beruhen. Die Regelungen seien daher insgesamt mit dem Grundrecht der Unternehmer- und Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz, dem Eigentumsgrundrecht aus Art. 14 Abs. 1 Grundgesetz sowie dem allgemeinen Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz vereinbar.

„Dreh- und Angelpunkt“ der Krankenhausreform

Zudem stellt das Gutachten fest, dass der Bund die Kompetenz hat, eine auf Leistungsbereichen und Leistungsgruppen basierende einheitliche Krankenhaus-Planungssprache verbindlich einzuführen. Die Krankenhausplanung sei zwar grundsätzlich Sache der Bundesländer, das Grundgesetz weise den Ländern aber keine ausschließliche Kompetenz in diesem Bereich zu. Der Bundesgesetzgeber könne, wenn es zur effektiven Ausgestaltung der ihm zweifelsfrei zugewiesenen Regelungsmaterie notwendig sei, Regelungen kraft Sachzusammenhangs oder Annexregelungen treffen. In diesem Zusammenhang seien „harmonisierende Vorgaben“ für die Planung zulässig, solange eine „ausreichende Konkretisierungskompetenz der Länder gewahrt wird“, heißt es in dem Gutachten. Auch „Erweiterungen und Konkretisierungen“ des Bundes in Bezug auf die Bedarfsorientierung der Krankenhausplanung seien kompetenzrechtlich zulässig.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind die die Leistungsgruppen und Leistungsbereiche der „Dreh- und Angelpunkt“ der Krankenhausreform, betont der Leiter des Referates Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband, David Scheller-Kreinsen. „Wir brauchen eine verbindliche Planungssprache, die auf bundeseinheitlichen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen basiert, damit die Reform gelingen kann. Das Gutachten macht deutlich, dass der Bund die Kompetenz hat, diesen Rahmen zu definieren.“ Auf Basis bundeseinheitlicher Leistungsbereiche und Leistungsgruppen könnten die Länder künftig konkrete Versorgungsaufträge für die Kliniken festlegen. Sie

könnten dann auch die Basis für die Entscheidung bilden, welche Kliniken künftig die Fallzahl-unabhängigen Vorhaltepauschalen für bedarfsnotwendige Leistungen erhalten. „Bei der Festlegung der Leistungsgruppen sind unbedingt notwendige Mindestbetriebsgrößen sowie personelle und medizinisch-technische Voraussetzungen zu bestimmen“, fordert Scheller-Kreinsen. „Ziel des Prozesses muss die Beendigung der immer noch weit verbreiteten Gelegenheitsversorgung sein, die im Hinblick auf die Patientensicherheit nicht akzeptabel ist.“

„Harmonisierende Vorgaben“ des Bundes zulässig

In dem Gutachten wird ausgeführt, dass der Bund gemäß Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19a Grundgesetz für gesetzliche Regelungen zuständig sei, die die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze betreffen. Diese Kompetenzen könnten auch in den Bereich der Krankenhausplanung hineinwirken. „Harmonisierende Vorgaben“ des Bundes für die Planung seien im Rahmen einer Annexkompetenz zulässig, wenn eine „ausreichende Konkretisierungskompetenz“ der Länder gewahrt werde. Darüber hinaus stellt das Gutachten eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes „kraft Sachzusammenhangs“ fest. Sie ergebe sich daraus, dass die bundesgesetzlichen Vorgaben im Bereich der Qualitätssicherung nicht durch Einzelvorgaben, sondern nur durch die verbindliche Orientierung der Krankenhausplanung an Leistungsbereichen verbessert werden könne. Denn nur so könnten die auf Leistungsbereiche und nicht auf Versorgungsgebiete bezogenen Qualitätskriterien des G-BA auch auf der Ebene der Krankenhausplanung wirksam in die Steuerung des stationären Angebotes implementiert werden.

Prof. Winfried Kluth macht in seinem Gutachten konkrete Vorschläge, wie die für die Reform erforderlichen gesetzlichen Grundlagen im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie im Sozialgesetzbuch V geschaffen werden können. Danach soll der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Erstellung von bundeseinheitlichen Vorgaben für eine Markt- und Versorgungsanalyse beauftragt werden, die als Basis für die zukünftige Krankenhausplanung der Länder dienen soll. Die Einführung einer Planung auf Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen kann laut dem Gutachten durch entsprechende Ergänzungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz umgesetzt werden.

Das Rechtsgutachten zum Download:
www.aok-bv.de > Presse
> AOK-Medienservice > ams-Politik 04/23



ams-Interview mit Dr. Martin Roesler

Long COVID: „Große Diskrepanz zwischen Forschungsanspruch und gelebter Wirklichkeit“

04.04.23 (ams). Das Corona-Virus hat durch den Übergang in die Endemie zwar seinen Schrecken verloren, doch die Erkrankung wirkt noch lange nach. Post COVID und Long COVID gehen für Erkrankte teils mit erheblichem Leid einher und stellen das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Hinzu komme, dass Gesundheitsdaten nicht gesammelt und systematisch ausgewertet worden seien erläutert Dr. Martin Roesler aus dem Stab Medizin im AOK-Bundesverband im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams).

Herr Dr. Roesler, warum ist es so schwer, diese Daten für die Forschung zu nutzen, damit letztendlich Menschen von einer besseren medizinischen Versorgung profitieren können?

Dr. Roesler: In Deutschland besteht eine große Diskrepanz zwischen Forschungsanspruch und gelebter Wirklichkeit. In der Pandemie wurden zwar wichtige Erkenntnisse bei der Grundlagenforschung gewonnen. Gleichzeitig ist zu bemängeln, in welchem geringem Maße Gesundheitsdaten gesammelt und systematisch ausgewertet wurden. Deutschland tut sich sehr schwer mit Nutzung der digitalen Möglichkeiten. Das Land war während der Pandemie vielfach abhängig von Forschungsergebnissen insbesondere aus Ländern wie Israel, Großbritannien und Dänemark.

Wie könnte der Ausweg aussehen, auch im Hinblick auf künftige Krisen oder Pandemien?

Dr. Roesler: Solange es in Deutschland keine Institution gibt, die alle Gesundheitsdaten erfasst und eine systematische Auswertung vornimmt, sollte den gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht werden, die Covid-19-Melde- und -Impfdaten ihrer Versicherten mit auszuwerten. Damit könnte – im Vergleich zu den amtlichen Strichlisten – zuverlässiger ermittelt werden, wie viele Menschen in Deutschland wie häufig geimpft sind, eine oder mehrere Corona-Infektionen mit welcher Variante durchgemacht haben, sowie wie häufig Long COVID beobachtet werden kann. Auf diese Weise könnten mit geringen Kosten wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, die dazu beitragen, Menschenleben zu retten.

Gleichzeitig wäre es wünschenswert, dass sich die Begleitforschung bei der Versorgung neuer Erkrankungen stärker an der Ergebnisqualität orientiert, also am tatsächlichen Nutzen für die Betroffenen. Hierzu sind regelhaft Kontrollgruppen notwendig. Die finanziellen Mittel sollten nur dann für die Versorgung zur Verfügung gestellt werden, wenn eine hochwertige Begleitforschung sichergestellt ist. Ob zum Beispiel eine Rehabilitation den Betroffenen nutzt, kann nicht darüber ermittelt werden, ob die Symptome bei der Entlassung besser sind, als bei der Aufnahme. Der Nutzen wird nur dadurch deutlich, dass eine vergleichbare Gruppe sich ohne Rehabi-



Dr. Martin Roesler

ist Facharzt für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin und seit 2021 Epidemiologe. Seit April 2020 arbeitet er neben seiner klinischen Tätigkeit als Referent im Stab Medizin des AOK-Bundesverbandes. Einer seiner Arbeitsschwerpunkte sind Folgeerkrankungen nach COVID-19.

litation nicht in dem gleichen Ausmaß bessert. Wäre die Besserung in beiden Gruppen gleich, wäre der Gesundheitsgewinn der Rehabilitation lediglich der natürliche Verlauf.

Lassen Sie uns noch mal zu Corona und den Langzeitfolgen zurückkehren. Oft werden die Begriffe „Long COVID“ und „Post COVID“ in einem Atemzug genannt. Worin unterscheiden sie sich?

Dr. Roesler: Covid-19-Folgeerkrankungen werden aktuell vornehmlich nach der Dauer der anhaltenden Beschwerden klassifiziert. Beschwerden, die länger als vier Wochen nach Covid-19-Diagnose andauern, werden als Long COVID, Beschwerden länger als zwölf Wochen als Post COVID bezeichnet.

Handelt es sich bei Long COVID um ein eigenständiges Krankheitsbild?

Dr. Roesler: Es ist davon auszugehen, dass Covid-19 über verschiedene Krankheitsmechanismen unterschiedliche Folgeerkrankungen auslösen kann. Sinnvollerweise sind mindestens vier verschiedene Patientengruppen zu unterscheiden, also Menschen mit einer organspezifischen Erkrankung, mit Myalgischer Enzephalopathie/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS), mit Postintensivmedizin-Syndrom (PICS) sowie eine Gruppe mit psychosomatischen/psychiatrischen Beschwerden. Das Krankheitsbild des einzelnen Patienten kann jedoch auch eine Mischung aus den verschiedenen Gruppen sein. Nachzulesen auch im von mir verfassten Artikel in der G+G Wissenschaft Ausgabe 1/2023.

Was lässt sich drei Jahre nach Ausbruch der Corona-Pandemie zur Häufigkeit von Long COVID sagen?

Dr. Roesler: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass Long COVID bei 10 bis 20 Prozent aller mit Covid-19 Infizierten auftritt. Das Robert Koch-Institut zitiert eine Übersichtsarbeit, wonach die Häufigkeit bei 7 bis 41 Prozent liegt. Diese Zahlen sind zu hoch gegriffen, weil diese Studien systematischen Verzerrungen unterliegen. Einerseits wird die Zahl der Infizierten unterschätzt, insbesondere aufgrund symptomloser Verläufe. Vielfach werden aber auch nicht korrigiert Symptome erfasst, die bereits ohne akute Infektion mit hoher Prävalenz in der Bevölkerung vorhanden sind, wie Erschöpfung, Angststörungen, Schlafstörungen und Schmerzen. Die Auswertungen der AU-Zahlen des WHO zeigen, dass etwa ein Prozent der arbeitenden Bevölkerung im Zusammenhang mit Post COVID arbeitsunfähig geschrieben wurde.

In den Medien sorgen immer wieder Berichte für Aufmerksamkeit, in denen Betroffene schildern, mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen zu werden. Dadurch entsteht der Eindruck, dass es eine hohe Dunkelziffer an Long-COVID-Erkrankungen geben könnte. Wie bewerten Sie dies?

Dr. Roesler: Aktuell wird in Deutschland ein Bild von Long COVID gezeichnet, in dem bei der Frage nach der Häufigkeit auch leichte Symptome wie anhaltender Husten gezählt werden, und gleichzeitig schwer beeinträchtigte Menschen mit Bettlägerigkeit und schwerer Erschöpfung als das klinische Erscheinungsbild wahrgenommen werden. Dieses Narrativ der schweren Erkrankung mit sehr hoher Häufigkeit ist durch die Daten nicht zu rechtfertigen. Richtig ist: Nachdem große Teile der Bevölkerung bereits infiziert waren, gibt es einerseits einige Millionen Betroffene mit häufig geringen selbstlimitierenden Beschwerden über vier Wochen und andererseits wenige Zehntausend Betroffene, die akut schwer und längerfristig erkrankt sind.

Als praktizierender Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin kennen Sie schwere Covid-19-Verläufe. Wie ist der Stand bei Therapie und Rehabilitation?

Dr. Roesler: Es gibt keine Therapien bei Long COVID mit gesicherter Wirksamkeit. Deshalb besteht erheblicher Forschungsbedarf bei der Diagnose und Therapie. Rehabilitationsmaßnahmen werden zwar häufig durchgeführt. Das Problem: Die Empfehlungen hierzu beruhen auf Leitlinien und nicht auf dem Nachweis eines Nutzens gegenüber dem Spontanverlauf der Erkrankung. Insbesondere bei ausgeprägter Belastungsintoleranz sind sie zudem nur begrenzt indiziert. Das Positive: Bei vielen Betroffenen bessern sich die Beschwerden im Laufe des ersten Jahres. Wichtig ist, die Patientinnen und Patienten beim Selbstmanagement zu unterstützen und eine hausärztliche Versorgung sicherzustellen. Die Allgemeinmediziner können bei medizinischer Notwendigkeit weitere Maßnahmen, insbesondere Rehabilitationen, veranlassen. Es wäre allerdings wünschenswert, diese Maßnahmen durch aussagekräftige Begleitstudien auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen.

Sie haben den Long-COVID-Coach, der im September vergangenen Jahres an den Start ging, federführend entwickelt. Das AOK-Internetangebot soll Betroffene und Angehörige beim Umgang mit der Erkrankung unterstützen. Welche Resonanz haben Sie bisher von Betroffenen dazu bekommen?

Dr. Roesler: Den Long-COVID-Coach haben wir zusammen mit der Universitätsklinik Heidelberg erstellt. Für den Stab Medizin haben Anja Debrodt und ich die Erstellung maßgeblich betreut. Das Angebot ist unter für alle Interessierten einsehbar. Die Videos und Text gebe Informationen zur Erkrankung, eine Orientierung über geeignete Ansprechpartner im Gesundheitssystem und praktische Übungen für die Betroffenen. Das öffentliche Interesse zu diesem Thema ist groß, sodass wir sofort hohe Aufrufzahlen hatten. Direkt von Betroffenen haben wir bisher zwar wenig Resonanz bekommen, diese viel allerdings sehr positiv aus. Wie die Menschen uns erzählten, ist ihnen die Anerkennung der neuartigen Erkrankung mit ihren Beschwerden und der noch schwierigen Versorgungssituation besonders wichtig.

Das Gesundheitsministerium will ein Programm auflegen, um mögliche Erkrankte nach einer akuten Corona-Infektion besser zu versorgen. Sie vertreten die AOK im ad-hoc Unterausschuss Long-COVID des GBA. Arbeiten Sie an diesem angekündigten Programm mit?

Dr. Roesler: Wiederum mit meiner Kollegin Anja Debrodt vertreten wir den AOK-Bundesverband in diesem Unterausschuss. Die Arbeit des Ausschusses wurde zu Beginn des Jahres aufgenommen und soll innerhalb eines Jahres ein Ergebnis liefern. Jetzt zu Beginn wurden erstmal Expertinnen und Experten angehört, um eine inhaltliche Grundlage für die weitere Arbeit zu schaffen.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach möchte, dass es künftig schneller geht, Long-COVID-Erkrankte zu identifizieren und ihnen zu helfen. Wie schätzen Sie die Chancen ein, dass dies klappt, und was sollten die ersten Schritte zur Realisierung dieses Ziels sein?

Dr. Roesler: Zu Beginn dieses Erkenntnisprozesses brauchen wir eine neue Definition des Long-COVID Erkrankungsbildes. Bisher sind alle Beschwerden, die mutmaßlich auf eine COVID-Infektion zurückzuführen sind und länger als vier Wochen dauern eingeschlossen. Diese Definition ist dermaßen allgemein. Darunter fallen Betroffene mit unterschiedlichsten Krankheitsmechanismen, die dann ganz unterschiedliche Versorgung brauchen. In der Zukunft sollte sich der Blick der Forschung eher auf

bestimmte Symptome wie Belastungsinsuffizienz und kognitive Störungen konzentrieren, bei denen wir aktuell keine Therapien haben, die mit angemessener Evidenz zu einer Besserung des Verlaufs führen. Jetzt werden auch in Deutschland erstmals Studien begonnen, die wichtige Therapiemöglichkeiten wie Immunadsorption oder Prednisolontherapie systematisch in Pilotstudien untersuchen. Prednisolon ist ein synthetisches Cortisonderivat, mit breiter klinischer antientzündlicher Anwendung und es gibt Hinweise aus Studien, dass bei einer Teilgruppe von Post COVID-Betroffenen ein Mangel hiervon vorliegt. Die Immunadsorption ist ein Blutwäscheverfahren, bei dem gezielt Antikörper aus dem Blut herausgefiltert werden. Hier gibt es bereits kleine Fallserien, bei denen dieses Verfahren positive Effekte zeigte.

Bis Ende des Jahres soll der GBA-Unterausschuss Konzepte für Diagnose und vernetzte Behandlung von Post-COVID-Patienten erarbeiten. Welche Empfehlungen für die Versorgung von Long-COVID-Erkrankten werden Sie aussprechen?

Können Sie schon einen Ausblick geben?

Dr. Roesler: Aus meiner Sicht ist es sinnvoll, dass wir für Vertrauen in die bestehenden Versorgungsstrukturen in Deutschland werben. Der Großteil der Long-COVID-Betroffenen erfährt deutliche Linderung im Verlauf des Folgejahres. Solange der Alltag alleine bestritten werden kann, ist hier die Hausärztin oder der Hausarzt der angemessene Ansprechpartner. Bei Vorerkrankungen, die die Lunge und das Herz-Kreislauf-System betreffen, sowie bei bestimmten Warnsignalen sollte immer eine fachärztliche Abklärung erfolgen. Menschen mit schweren akuten Verläufen und fehlendem Symptom Belastungsinsuffizienz profitieren sicherlich von symptomorientierten Rehabilitationsmaßnahmen. Ein Teil der Betroffenen braucht vermutlich vor allem psychologische und psychosomatische Unterstützung. Die Schwerbetroffenen deren Erkrankungsbild in Richtung Myalgische Enzephalopathie/ Chronisches Fatigue Syndrom geht, sollten über die neugegründeten Hochschulambulanzen mitbetreut werden. Das ist wichtig, damit die Ambulanzen ihrem Forschungsauftrag nachgehen können und diese Erkrankten schnell von neuen Erkenntnissen profitieren können. Es gibt weder medizinisches Personal noch finanzielle Mittel für Parallelstrukturen im Gesundheitssystem, auch wenn jetzt teilweise versucht wird, mit experimenteller Medizin außerhalb von Studien und Naturheilverfahren ohne Evidenz privatwirtschaftlich gutes Geld zu Lasten der Betroffenen zu machen.

Beitrag in der G+G Wissenschaft 01/2023:

www.wido.de > Publikationen

> Gesundheit + Gesellschaft Wissenschaft

Der Long-Covid-Coach:
www.aok.de/long-covid



ams-Stichwort

Sozialversicherungswahl bei den AOKs

06.04.23 (ams). Mit den Sozialwahlen legen in Deutschland alle sechs Jahre Versicherte und Arbeitgeber fest, wer sie in den ehrenamtlichen Gremien der Sozialversicherungen und somit auch in den Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen vertreten wird. Die Selbstverwaltung geht zurück auf die Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung in den 80er-Jahren des 19. Jahrhunderts. Die erste Sozialversicherungswahl nach dem Verhältniswahlrecht über Listen erfolgte 1913.

Listenwahl bedeutet, dass die Wählerinnen und Wähler ihre Stimme für eine Liste abgeben. Auf diesen Listen sind die Kandidatinnen und Kandidaten vermerkt. Verschiedene Institutionen, insbesondere Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen, dürfen Vorschlagslisten einreichen. Daneben können unter bestimmten Voraussetzungen Versicherte, Selbstständige und Arbeitgeber auch weitere Listen mit Kandidierenden erstellen. Liegt aus den beiden Gruppen der Versicherten und der Arbeitgeber jeweils nur eine Vorschlagsliste vor oder gibt es nicht mehr Bewerber, als Mitglieder zu wählen sind, gelten die Kandidatinnen und Kandidaten der Vorschlagslisten mit Ablauf des Wahltermins als gewählt.

Das heißt also, dass es auf Arbeitgeber- oder Versichertenseite entweder jeweils nur eine interessierte Organisation/ Liste gegeben hat. Oder aber, dass sich alle interessierten Organisationen/ Listen auf eine Liste verständigt haben. Für Listenwahlen mit nur einer Liste hält der Gesetzgeber eine zusätzliche Wahlhandlung für nicht mehr erforderlich. Im Falle der AOKs beispielsweise wird in diesem Jahr der Verwaltungsrat mit einer Liste jeweils für die Arbeitgebenden sowie die Versicherten gewählt, was als „Friedenswahl“ bezeichnet wird. Der Begriff zielt darauf ab, dass bereits vor der eigentlichen Wahl ein Ausgleich der Interessen stattgefunden hat.

Inhaltliche Kompetenz stärkt das Vertrauen der Versicherten

Ihre Legitimation bezieht diese Art der Wahl vor allem aus der Repräsentativität der Sozialpartnerorganisationen. Durch die von ihnen benannten Personen verfügen sie bereits über umfassende Erfahrungen mit dem gesetzlichen Rahmen und den sozialrechtlichen Vorgaben, so dass sie ihre Aufgaben von Anfang an effektiv erfüllen können.

Diese inhaltliche Kompetenz kann das Vertrauen der Versicherten in die ehrenamtlichen Gremien der selbstverwalteten Krankenkassen stärken. Zugleich wird damit eine tragfähige Basis für eine sachorientierte Zusammenarbeit zwischen der Arbeitgeber- und der Versichertenseite geschaffen – und ein Ort der Sozialpartnerschaft, die zum sozialen Frieden in Deutschland beiträgt

Die Beteiligung der Sozialpartner sichert außerdem Kontinuität in den selbstverwalteten AOKs. Die ehrenamtlichen Verwaltungsräte sind in der Lage, nach einer Sozialwahl ihre Arbeit weitestgehend ohne inhaltliche Brüche aufzunehmen. Das ist insbesondere in Situationen wie den derzeit schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen ein Vorteil, um grundlegende Aufgaben des Verwaltungsrates wie das Haushalts- und das Satzungsrecht sowie Kontrollrechte wahrnehmen zu können.

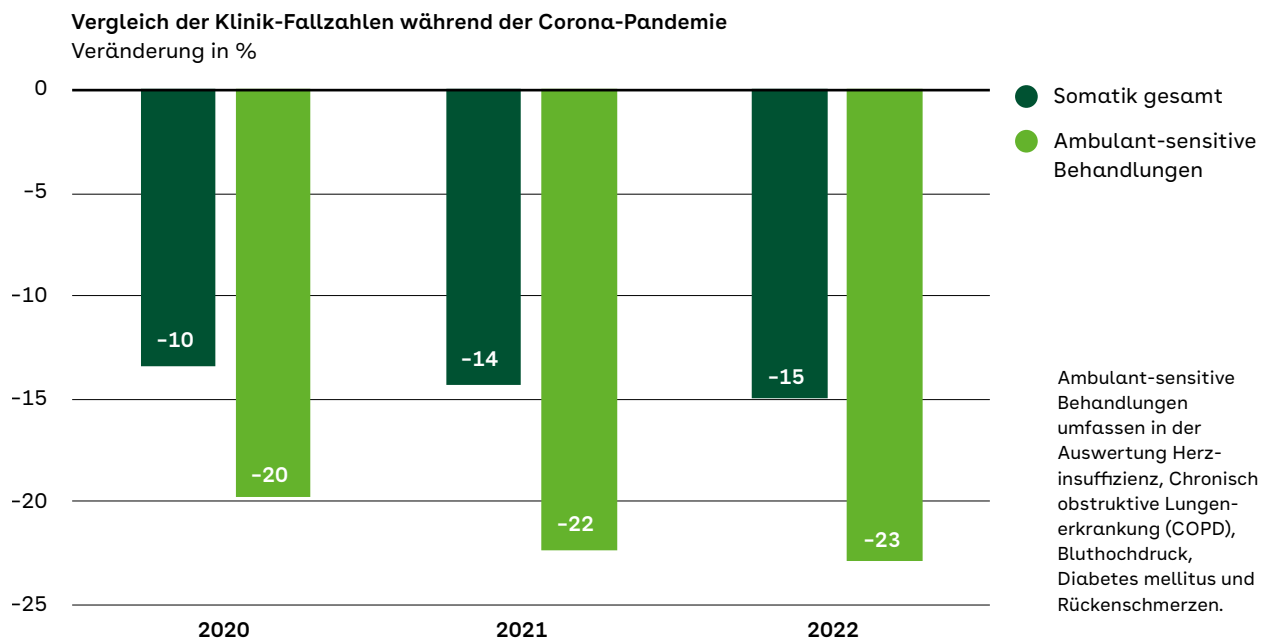
Insgesamt trägt die sogenannte „Friedenswahl“ dazu bei, dass die Interessen ihrer Versicherten bereits im Vorfeld der Wahl zusammengeführt und dann nach der Wahl mit den Vertretenden der Arbeitgeber effektiver und effizienter ausgehandelt werden.

Weitere Infos zur Sozialen Selbstverwaltung der AOK:
www.paritaetische-selbstverwaltung.de



ams Grafik

Krankenhaus-Report 2023: Ambulantisierungs-Potenziale für die Zukunft



Quelle: AOK-Abrechnungsdaten, Krankenhaus-Report 2023 des WIdO; Grafik AOK-Mediendienst

Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat für den Krankenhaus-Report 2023 die Fallzahl-Rückgänge im Verlauf der Corona-Pandemie ausgewertet. Demnach war das Minus bei den ambulant-sensitiven Behandlungen im Jahr 2022 mit 23 Prozent gegenüber dem Jahr 2019 noch größer als in den beiden ersten Pandemie-Jahren 2020 und 2021. Für alle drei Jahre gilt: Der Rückgang ist deutlich höher als bei den somatischen Fällen insgesamt. „Corona wirkt hier offenbar bereits im Sinne der dringend gebotenen stärkeren Ambulantisierung von Leistungen“, schlussfolgert der Mitherausgeber des Reports Prof. Jürgen Wasem. „Es liegt auf der Hand, dass die konsequente Ambulantisierung von Krankenhaus-Leistungen zu einer deutlichen Entlastung des Personals in den Krankenhäusern führen dürfte“, unterstreicht der Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen.

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

EU-Ticker

Kritik an Gutschein-System zur Antibiotika-Förderung

25.04.23 (ams). EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides will nun am 26. April die Pläne der EU-Kommission für eine neue Arzneimittelgesetzgebung der Union vorstellen. Die Präsentation wurde zuvor bereits mehrfach verschoben. Nach einem vorab bekannt gewordenen Textentwurf will die Kommission die Entwicklung neuartiger Antibiotika gegen multiresistente Krankheitserreger durch übertragbare Exklusivitätsgutscheine belohnen. Über einen solchen Voucher könnte der Hersteller eines neuen Antibiotikums den Patentschutz für ein bereits zugelassenes Arzneimittel unter bestimmten Bedingungen einmalig um ein Jahr verlängern und so besonders umsatzstarke Medikamente länger vom Generika-Wettbewerb abschotten. Laut Kommissionsentwurf dürften die Voucher auch an andere Unternehmen verkauft werden.

Die deutschen Krankenkassen lehnen ein solches Gutschein-System ab. Es sei ungeeignet, Innovationen zu belohnen und gleichzeitig die Gesundheitssysteme bezahlbar zu halten, heißt es in einem Statement der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSVE). Die Kommission bemesse den Wert eines Vouchers mit rund 360 Millionen Euro. Angewandt auf besonders profitable Medikamente könne es aber schnell um jährliche Umsätze von mehr als einer Milliarde Euro gehen. Durch verlängerte Schutzfristen würden Entwicklung und Marktzugang von Wettbewerbsprodukten verzögert, betont die Europavertretung, in der die deutschen Krankenkassen durch den GKV-Spitzenverband vertreten sind. „Übertragbare Voucher bevorzugen zudem systematisch große Pharmaunternehmen, die in ihrem Portfolio entsprechend umsatzstarke Arzneimittel haben, für die sich der Kauf eines Vouchers lohnt“, so die DSVE. So erreiche nur ein Teil der finanziellen Anreize tatsächlich die Antibiotika-Entwickler und -Produzenten, bei denen es sich oftmals um kleinere Unternehmen handele.

Die Europavertretung verweist auf Alternativen, darunter mengenunabhängige Markteinführungsprämien, direkte Forschungsförderung oder EU-weite Einnahmegarantien für die Entwickler. Neben der Entwicklung neuer Antibiotika müsse es zudem darum gehen, vorhandene Medikamente und besonders Reserveantibiotika zurückhaltend und indikationsgerecht einzusetzen. Eine im November 2022 veröffentlichte Untersuchung im Auftrag der EU-Kommission habe belegt, „dass in Europa auch weiterhin relevante Mengen an Antibiotika ohne ärztliche Verschreibung oder ohne Indikation eingenommen werden“. Auch die Vorgaben zur Begrenzung von Verschreibungsdauer und Packungsgrößen werde nicht konsequent genug gehandhabt.

Beitrag in der Aprilausgabe des AOK-Magazins G+G
www.gg-digital.de > G+G 04/23

Informationen der DSVE: www.dsv-europa.de
> News > 2023 > Revision der Arzneimittelgesetzgebung



EU-Arzneimittelstrategie:

health.ec.europa.eu

> Pharmazeutische Produkte > Arzneimittel



Datenschutzkonferenz bemängelt Pläne für EU-Gesundheitsdatenraum

25.04.23 (ams). Aus Sicht der deutschen Datenschützer ist der vorliegende Entwurf der EU-Kommission für einen europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) nicht geeignet, das öffentliche Interesse an wissenschaftlicher Forschung mit dem Grundrecht der Bürger auf Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung angemessen zu verbinden. Das geht aus der Ende März vorgelegten Stellungnahme der Datenschutzkonferenz von Bund und Ländern (DSK) hervor. Darin stoßen sich die Experten insbesondere daran, dass laut Kommissionsvorschlag die Forschung Gesundheitsdaten ohne Einwilligung der Betroffenen erhalten soll. Ein Widerspruchsrecht sei nicht vorgesehen. Die betroffenen Personen müssten aber darauf vertrauen können, dass bei der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten die Regelungen der europäischen Datenschutz-Grundverordnung und die in der EU-Grundrechtecharta verbrieften Datenschutzrechte nicht verletzt werden, heißt es in der Stellungnahme.

Die EHDS-Verordnung sehe umfangreiche gesetzliche Nutzungsrechte vor, die in die Rechte der Betroffenen eingriffen. „Um den Kernbereich der Grundrechte zu gewährleisten, sind daher die Betroffenen in geeigneter Weise einzubinden, auch dann, wenn auf eine aus datenschutzrechtlicher Sicht vorzuziehende Zustimmung (Opt-in) verzichtet wird, zum Beispiel indem zumindest ein niederschwelliges Widerspruchsrecht (Opt-out) vorgesehen wird“, so die DSK. „Zur Verwaltung von Widerspruch oder Zustimmung zu bestimmten Datenverarbeitungen oder Zwecken sollten digitale Managementsysteme verwendet werden.“

Neben einer „effektiven Kontrolle“ der Patienten über die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten verlangen die Datenschützer präzise und leicht verständliche Informationen über sämtliche Übermittlungswege und Verarbeitungsprozesse der Gesundheitsdaten. Die DSK vermisst zudem eindeutige rechtliche Regelungen dazu, ob und in welchem Umfang das Verarbeiten personenbezogener Daten stattfindet und zulässig ist. Als unzulässig stuft die DSK das Vorhaben der EU-Kommission ein, die Klardaten zentral an einer Zugangsstelle zusammenzuführen. Um den Missbrauch der Daten zu verhindern, müssten diese vor der Zusammenführung pseudonymisiert oder anonymisiert werden.

Stellungnahme der DSK:

www.datenschutzkonferenz-online.de > Infothek > Stellungnahmen

Pläne für einen EU-Gesundheitsdatenraum:

health.ec.europa.eu

> Verbesserung der Gesundheitssysteme > eHealth

> Europäischer Raum für Gesundheitsdaten (EHDS)



Rat und Parlament stimmen EU-Drogenagentur zu

25.04.23 (ams). Die bisherige Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht soll in eine eigenständige Agentur umgewandelt werden, um die Mitgliedstaaten stärker als bisher im Kampf gegen illegale Drogen unterstützen zu können. Das Europaparlament und der Europäische Rat haben Ende März einem entsprechenden Vorschlag der EU-Kommission zugestimmt. Die EU-Beobachtungsstelle wurde 1993 in Portugals Hauptstadt Lissabon eingerichtet. Sie sollte der EU und den Mitgliedstaaten sachliche, objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen über Drogen, die Drogensuchtproblematik und ihre Folgen liefern. Von der Aufwertung zur Agentur versprechen sich Kommission, Rat und Parlament eine bessere Beobachtung, Analyse und Bewertung der Gefahrensituation. Die Drogenagentur soll unter anderem auch ein Netz kriminaltechnischer und toxikologischer Labore zur Unterstützung der nationalen Einrichtungen aufbauen. Auch in den Bereichen Forschung und Prävention soll sie die EU-Zusammenarbeit stärker koordinieren.

Presseinfo des Rates:

www.consilium.europa.eu > Pressemitteilungen > 28.03.23

Presseinfo der EU-Kommission:

www.ec.europa.eu > weitere Nachrichten

Infos zur EU-Drogenpolitik:

www.consilium.europa.eu > Gesundheit > Politikmaßnahmen



Mehr als 2.000 Kranke aus der Ukraine in EU-Ländern versorgt

25.04.23 (ams). Seit Beginn des russischen Angriffs auf die Ukraine am 24. Februar 2022 sind bereits mehr als 2.000 kranke Menschen aus dem Land in Krankenhäusern der EU-Staaten behandelt worden. Nach Angaben der EU-Kommission wurden unter dem Dach des EU-Katastrophenschutzverfahrens die Patienten in 19 Länder der Gemeinschaft sowie Norwegen verlegt. Als Transferzentrum zur Evakuierung chronisch Kranker und Kriegsverletzter auf dem Landweg dient das Medizinzentrum der EU im polnischen Rzeszów. Dort werden Patienten vor der Verlegung in ein europäisches Krankenhaus medizinisch und pflegerisch versorgt.

EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides dankte den beteiligten Ländern für die „echte Solidarität und Großzügigkeit“. Die Angriffe der russischen Armee hätten dem ukrainischen Gesundheitssystem enorme Schäden zugefügt. Die medizinische Hilfe und die Verlegung von Patienten werde fortgesetzt, solange es nötig sei.

Presseinfo der EU-Kommission

germany.representation.ec.europa.eu
> Aktuelle Meldungen



Zahl des Monats

18,7 Pflegekräfte ...

... kamen 2019 – also vor der Corona-Pandemie – auf 1.000 Behandlungsfälle in deutschen Krankenhäusern. Beim ärztlichen Personal weist der aktuelle Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts (WidO) ein Verhältnis von 8,4 Beschäftigten pro 1.000 Fälle aus. Europaweit belegt Deutschland damit den drittletzten Platz vor Ungarn und Rumänien. Länder wie Dänemark und Norwegen erreichen Spitzenwerte von 20,9 beziehungsweise 16,4 Ärzten pro 1.000 Fälle und 43,8 beziehungsweise 49,9 Pflegekräfte je 1.000 Fälle. Der europäische Mittelwert liegt bei 11,7 Ärzten und 26,8 Pflegekräften. „Hier sieht man also, dass das Personal in den deutschen Kliniken im Vergleich zu anderen Ländern viel mehr Patientinnen und Patienten versorgen muss. Oder, anders formuliert: Wir haben zu wenig Personal für die hohe Zahl von Krankenhausfällen in Deutschland“ resümiert der Mitherausgeber des Reports Prof. Jürgen Wasem, Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen.

Dabei ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den deutschen Krankenhäusern seit dem Jahr 2000 kontinuierlich gestiegen – von rund 109.000 im Jahr 2000 auf rund 173.000 im Jahr 2021 – ein jährliches Plus von etwa 2,2 Prozent. Die Zahl der Vollbeschäftigten im Pflegedienst ist bis 2008 zunächst gesunken, aber seitdem auch wieder kontinuierlich angestiegen. 2021 lag die Zahl der Pflegekräfte mit 371.000 etwa zwölf Prozent über der Zahl von 2000. „Der Anstieg seit 2019 kann auf die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen und der Selbstkostendeckung in der Pflege zurückgeführt werden. Auf jeden Fall gab es auch hier insgesamt ein Wachstum“, ordnet Wasem ein.

Allerdings warnt der Essener Gesundheitsökonom vor langfristigen Trends, „die die Personalsituation in den deutschen Krankenhäusern eher verschärfen werden“. Dazu zählten vor allem die voraussichtlich wachsende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufgrund der älter werdenden Bevölkerung und der damit einhergehende höhere Personalbedarf, gekoppelt mit hohen Ausstiegsraten bei den Berufen im Krankenhaus. „Alarmierend“ nennt Wasem vorläufige Zahlen des Statistischen Bundesamtes, das von 2021 auf 2022 einen Rückgang bei den Pflege-Azubis um sieben Prozent verzeichnet.

Krankenhaus-Report 2023:
www.aok-bv.d > Presse > Pressemitteilungen
www.wido.de > Publikationen > Buchreihen > Krankenhaus-Report



Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Corona-Impfung geht in Regelversorgung über

Die Impfung gegen Covid-19 ist zum 8. April 2023 in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übergegangen. Damit ist die Coronavirus-Impfverordnung außer Kraft getreten. Gleichzeitig endeten auch die Corona-Sonderregelungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien zum Entlassmanagement von Krankenhäusern vorgesehen hatte. Es gelten nun wieder die Regeln wie vor der Pandemie: Krankenhäuser können bei der Überleitung in die ambulante Versorgung die benötigten Leistungen für eine Dauer von bis zu sieben (statt 14) Tagen verordnen. Damit soll die in der Regel kurze Spanne bis zum Beginn der Nachbetreuung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte abgesichert werden. Das Entlassmanagement umfasst die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Heilmitteln, Hilfsmitteln, Soziotherapie, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sowie von sonstigen in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkten. Auch das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist für die Dauer von sieben Tagen möglich. Die befristeten Corona-Sonderregelungen waren erstmals im März 2020 beschlossen worden. Sie zielten unter anderem darauf ab, medizinischen Einrichtungen mehr Flexibilität zu geben, sie von Routineaufgaben zu entlasten und den Arzt-Patientenkontakt zu verringern.

Innovationsausschuss fördert 13 neue Projekte zu medizinischen Leitlinien

Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) fördert 13 neue Projekte zur Entwicklung oder Aktualisierung medizinischer Leitlinien. Eine Liste der Projekte wird der Innovationsausschuss voraussichtlich im Mai 2023 veröffentlichen, wenn die Antragsteller die Förderbedingungen akzeptiert haben und die Bescheide dadurch verbindlich werden. Die ausgewählten Projekte verteilen sich auf die Bereiche Versorgung bei häufigeren Erkrankungen mit sektorenübergreifendem Koordinationsbedarf, Versorgung von Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen sowie intensivmedizinische Versorgung schwerstkranker Patientinnen und Patienten. Der Innovationsausschuss hatte auf seine Förderbekanntmachung insgesamt 31 Anträge erhalten. Bei der Bewertung und Auswahl der Projekte berücksichtigte er die Empfehlungen aus dem Expertenpool und von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Die Themenfelder, in denen medizinische Leitlinienprojekte gefördert werden, gehen auf Vorschläge des Bundesgesundheitsministeriums zurück.

Weitere Informationen zur Arbeit des GBA:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Das Bundeskabinett hat jeweils die Entwürfe für ein „Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz“ (ALBVVG) und ein „Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz“ (PUEG) verabschiedet. Das PUEG soll noch im April in den Bundestag eingebracht werden. Das ALBVVG geht voraussichtlich im Mai erstmals in den Bundesrat und den Bundestag. Die Reform der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD), vor allem den Plan, die UPD in eine Stiftung zu überführen, hat der Bundesrat am 31. März abschließend und gebilligt. Die Klinikreform bleibt zunächst Gegenstand monatlicher Bund-Länder-Beratungen und entsprechender politischer Begleitmusik. Der Referentenentwurf ist für den Sommer in Aussicht gestellt. (Stand: 25. April 2023). Die wichtigsten Reformgesetze seit 1989 auch im Internet: www.aok-reformdatenbank.de.

Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG)

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

Bei den Arzneimittelrabattverträgen für Generika sollen die Vertragspartner der Krankenkassen künftig den Bedarf für mehrere Monate vorrätig halten. Laut Gesetzentwurf sollen die Kassen zudem bei der Vertragsvergabe Unternehmen mit Wirkstoffproduktion in Europa bevorzugen. Dies soll jedoch zunächst nur für Krebsmedikamente und Antibiotika gelten. Im Zusammenhang mit der Infektionswelle im Dezember und Januar waren bereits die Erstattungshöchstbeträge für bestimmte Kinderarzneimittel, darunter Fiebersäfte, ausgesetzt worden. Der Gesetzentwurf sieht jetzt vor, „altersgerechte Darreichungsformen für Kinder“ generell von der Festbetragsregel auszunehmen. Hersteller dürften den Preis für entsprechende Arzneimittel dann „um bis zu 50 Prozent über den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu berechnenden Festbetrag“ anheben.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) will das Bundesgesundheitsministerium zudem einen Beirat zur Bewertung der Versorgungslage etablieren und ein „Frühwarnsystem zur Erkennung von drohenden versorgungsrelevanten Lieferengpässen“ einrichten. Die Behörde soll die Öffentlichkeit genauer und schneller über mögliche Versorgungsprobleme informieren. Für den Fall von Lieferengpässen sieht der Gesetzentwurf überdies vereinfachte Austauschregeln in den Apotheken vor.

Der Kabinettsentwurf: www.bundesgesundheitsministerium.de
> Ministerium > Gesetze und Verordnungen



Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Unmittelbar vor der zweiten und dritten Lesung im Deutschen Bundestag hatten die Fraktionen der Ampelkoalition noch einmal Änderungsanträge vorgelegt. Aufgrund zusätzlicher fachfremder Inhalte wurde das einstige „Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)“ umbenannt. Das Grundanliegen des Gesetzes bleibt unverändert. Die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) wird künftig durch eine rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts getragen. Das sah bereits am 21. Dezember 2022 beschlossene Kabinettsentwurf vor.

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

Die am Ende verabschiedete Gesetz weicht allerdings von der ursprünglich vorgesehenen Form der Finanzierung ab. So wird die private Krankenversicherung (PKV) nun doch nicht zur Mitfinanzierung der neu aufgestellten Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) verpflichtet werden. Ihre finanzielle Beteiligung ist entsprechend der bislang geltenden Rechtslage freiwillig. Ursprünglich sollte die PKV ab 2024 analog zu ihrem Versichertenanteil von rund sieben Prozent 1,05 Millionen Euro des vorgesehenen UPD-Jahresbudgets von 15 Millionen mittragen. Die jetzige Regelung überträgt der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zunächst die komplette UPD-Finanzierung. Diese Summe würde sich um den Betrag reduzieren, den die PKV freiwillig zuschießt. Neben GKV und PKV hatten sich auch die Patientenorganisationen in ihren Stellungnahmen und bei der Bundestagsanhörung zum Gesetzentwurf für eine Steuerfinanzierung ausgesprochen.

Leiten wird die neue aufgestellte UPD wie ursprünglich vorgesehen ein zweiköpfiger Stiftungsvorstand, der durch einen Stiftungsrat bestellt und abberufen wird. In weiteren Änderungsanträgen griffen die Regierungsfractionen Änderungswünsche des Bundesrates auf. So wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, die als UPD-Träger vorgesehene Stiftung zu gründen. Zudem sind die Patientenorganisationen mit sieben statt sechs Mitgliedern und der GKV-Spitzenverband mit zwei statt einem Vertreter im dann nicht mehr elf- sondern 15-köpfigen Stiftungsrat vertreten. Die Stimmrechte der Krankenkassen werden über reine Haushaltsfragen hinaus erweitert. Mitsprechen dürfen die Kassen nun auch bei Bestellung oder Abberufung des Stiftungsvorstandes, Fragen der Stiftungssatzung und bei der Beauftragung der externen, unabhängigen Jahresabschlussprüfung.

Dem Stiftungsrat gehören wie schon im Referentenentwurf vorgesehen auch die oder der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, zwei Mitglieder des Bundestages, je eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums und des Verbraucherschutzministeriums an. Die Vertretung der PKV im Stiftungsrat ist

von deren finanziellen Beteiligung abhängig. Hinzu kommen vier ehrenamtliche Vertreter von Patientenorganisationen, die nicht Mitglied des Stiftungsvorstandes sein dürfen.

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

Mit weiteren Änderungsanträgen setzt die Ampel fachfremde Inhalte um. Dazu gehört vor allem die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigte Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin. Im Unterschied zu einem ersten, zwischenzeitlich zurückgezogenen Änderungsantrag bezieht die aktuelle Fassung neben der Kinderheilkunde auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Entbudgetierung ein. Zudem werden nicht nur die allgemeinen, sondern auch die speziellen Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entbudgetiert. Außerdem wird die eigentlich zum 7. April auslaufende Sars-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung bis zum 31. Juli und damit bis zum geplanten Inkrafttreten des Arzneimittel-Lieferengpassgesetzes verlängert. Die Verordnung beinhaltet vor allem erweiterte Austauschmöglichkeiten für Apotheken. Das Blutspendeverbot für Männer, die Sex mit Männern haben, und für Trans-Personen wird abgeschafft. Krankenhäuser erhalten die Erlaubnis, Krankenfahrten im Rahmen der tagesstationären Behandlungen zu verordnen. Schließlich sind Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband bei gemeinsamen Aufgaben zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention nicht mehr zur Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verpflichtet.

Beschlussvorlage:
dip.bundestag.de > Dokumente > Drucksache 20/6014



Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)

Der Gesetzentwurf sieht höhere Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung (SPV) noch im Jahr 2023 vor. So soll der gesetzliche Beitragssatz zum 1. Juli von derzeit 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent steigen, der für Kinderlose von 3,4 auf 4,0 Prozent. Eltern mit mehr als einem Kind werden demnach weniger belastet: Ihr Beitrag würde ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind wieder um 0,25 Prozentpunkte pro Kind gesenkt, so lange das Kind noch nicht 25 Jahre alt ist. Danach zahlt der Versicherte den Satz von 3,4 Prozent. Im Referentenentwurf betrug die Entlastung je Kind lediglich bei 0,15 Prozentpunkten, hätte aber über das 25. Lebensjahr hinaus gegolten. Mit der Regelung setzt das Ministerium ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts um. Sollte die Liquidität der SPV kurzfristig gefährdet sein, soll die Bundesregierung künftig ohne Zustimmung des Bundesrates den Beitragssatz per Rechtsverordnung anpassen dürfen. Ein dauerhafter Steuerzuschuss zur SPV ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht vorgesehen.

Im Gegenzug sieht der Entwurf Leistungserhöhungen vor. Das Pflegegeld steigt demnach ab 2024 um fünf Prozent. 2025 und 2028 sollen die Geld- und Sachleistungen

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

Die noch im Referentenentwurf vorgesehenen gemeinsamen Modellvorhaben zur Förderung innovativer Ansätze von Kommunen und Kassen wurden im Kabinettsentwurf gestrichen. Die Pflegeversicherung sollte hierfür 50 Millionen Euro pro Jahr bereitstellen, wenn sich das jeweilige Bundesland beziehungsweise die jeweilige Kommune daran zur Hälfte beteiligt.

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

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll neu strukturiert und damit übersichtlicher werden. Um mehr Transparenz zu schaffen, sollen unter anderem die Landesverbände der Pflegekassen künftig ihre Landesrahmenverträge zur pflegerischen Versorgung veröffentlichen müssen.

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

Der Kabinettsentwurf:
www.bundesgesundheitsministerium.de
> Ministerium > Gesetze und Verordnungen



Kurzmeldungen

Es kommt vor allem auf konstruktive Politik an

20.04.23 (ams). Der AOK-Bundesverband hat Bund und Länder aufgefordert, bei der Krankenhausreform konstruktiv zusammenzuarbeiten. „Dabei sind bundeseinheitliche Leistungsgruppen und Leistungsbereiche aus unserer Sicht unverzichtbar, um Planung und Finanzierung endlich gleichgerichtet auf die bedarfsnotwendigen Strukturen auszurichten“, sagte die Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann anlässlich der Vorstellung eines Rechtsgutachtens durch die Gesundheitsminister Bayerns, Nordrhein-Westfalens und Schleswig-Holsteins. Die juristischen Einschätzungen zu den Kompetenzen des Bundes in der Planung seien „durchaus unterschiedlich“, so Reimann. Das Gutachten hatte zu starke Eingriffe in die Planungshoheit der Länder moniert.

Infos: www.aok-bv.de > Positionen > Statements



Pflegegesetz fehlt die Perspektive

05.04.23 (ams). Eine nachhaltige Lösung für die Pflege ist weiter nicht in Sicht. Zu dem Ergebnis kommt der AOK-Bundesverband in einer Analyse des Entwurfes zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG), den das Bundeskabinett vor Ostern verabschiedet hat. „Die geplante Beitragssatzerhöhung schafft lediglich bis zum Jahr 2025 Ruhe“, kommentierte Verbandschefin Dr. Carola Reimann den Beschluss. Schon jetzt sei klar, dass die Pflegeversicherung auf Sicht auf Steuerzuschüsse für versicherungsfremde Leistungen angewiesen sei. Reimann bedauerte, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehenen Modellvorhaben zur Förderung innovativer Ansätze von Kommunen und Kassen gestrichen wurden.

Infos: www.aok-bv.de > Positionen > Statements



Rabattverträge haben sich bewährt

05.04.23 (ams). Der AOK-Bundesverband warnt davor, Einsparpotenziale im Arzneimittelmarkt zu verschenken und Rabattverträge zu schwächen. Der Anfang April vom Bundeskabinett gebilligte Entwurf zum Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (ALBVVG) sieht vor, ganze Arzneimittelgruppen von Rabattverträgen und Festbeträgen freizustellen sowie Preisobergrenzen um bis zu 50 Prozent anzuheben. Positiv sei hingegen, dass künftig Lagerbestände miterfasst und der Lieferengpass-Beirat beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gestärkt werden sollen.

Infos: www.aok-bv.de > Positionen > Statements



Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

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

www.aok-bv.de/presse/medienservice

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:
