



# AOK-MEDIENSERVICE

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

07/18

POLITIK

 @AOK\_Politik

Konzertierte Aktion Pflege: Drei Fragen an Martin Litsch

- **„Uns eint das Ziel, die Arbeitssituation der Pflege deutlich zu verbessern“** ..... 2

Referentenentwurf Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

- **Nur ein erster Schritt fürs Personal – Beiträge bleiben vorerst unangetastet** ..... 4

SVR-Gutachten

- **Versorgung auf die Bedürfnisse der Patienten ausrichten** ..... 6

Digitales Gesundheitsnetzwerk der AOK

- **AOK vernetzt Akteure und stärkt die Patientensicherheit** ..... 9

ams-Grafik: GKV-Finanzergebnisse 1. Quartal 2018

- **Von 100 Euro haben die Kassen ausgegeben** .... 11

EU-Ticker

- **Votum für eine eigenständige EU-Generaldirektion Gesundheit** ..... 12

Zahl des Monats

- **40 Prozent der Eltern ...** ..... 14

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 15

- **Gesetzgebungskalender** ..... 16

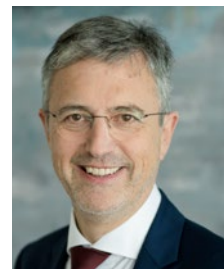
- **Kurzmeldungen** ..... 19



Konzertierte Aktion Pflege: Drei Fragen an Martin Litsch

## „Uns eint das Ziel, die Arbeitssituation der Pflege deutlich zu verbessern“

20.07.17 (ams). Zusätzlich zu gesetzlichen Maßnahmen wie dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) will die Bundesregierung mit einer Konzertierte Aktion Pflege (KAP) Schwung in die pflegepolitische Debatte bringen. „Pflege muss wieder cool werden!“, so hat es Familienministerin Franziska Giffey formuliert. Zusammen mit ihren Kabinettskollegen Gesundheitsminister Jens Spahn und Arbeits- und Sozialminister Hubertus Heil hat sie die KAP Anfang Juli gestartet. Mit im Boot sind Pflegeverbände, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, die Kirchen, Pflege- und Krankenkassen, Pflegende und Pflegebedürftige, die Berufsgenossenschaft, die Bundesagentur für Arbeit und die Sozialpartner.



**Martin Litsch**  
ist Vorstandsvorsitzender des  
AOK-Bundesverbandes

**Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes, etwa ein Drittel der Pflegeprofis würde den eigenen Beruf im Freundes- und Bekanntenkreis auf keinen Fall weiterempfehlen. Das klingt eher uncool. Wo muss die KAP konkret ansetzen?**

**Litsch:** Der Arbeitsverdichtung in der Pflege entgegenwirken, Arbeitsbedingungen spürbar verbessern, Nachwuchs stärken: Diesen Dreiklang hat die Bundesregierung selbst vorgegeben, und daran wird sich die KAP messen lassen müssen. Verlässliche Arbeitszeiten sind wichtig. Die Schichten sind meist auf Kante genäht und wenn mal einer ausfällt, steht oft kein Springer bereit. Diejenigen, die dann eigentlich frei hätten, müssen länger ran. Das sorgt für Unmut. Alle Beteiligten eint das Ziel, eine qualitativ gute Pflege für die Betroffenen sicherzustellen. Maßgeblich hierfür ist, dass in einer personal- und beziehungsintensiven Dienstleistung wie der Pflege die Rahmenbedingungen für Pflegekräfte so gestaltet werden, dass der Beruf ergriffen wird und nicht, dass Pflegekräfte aus dem Beruf weglauen. 2016 ist die Zahl der Ausbildungsanfänger und -anfängerinnen im Pflegebereich laut Statistischem Bundesamt auf über 63.000 gestiegen. Das sind 43 Prozent mehr als noch 2006 und darf uns alle doch auch ein wenig optimistisch stimmen. Und mit den zahlreichen Gesetzen in der vergangenen Legislaturperiode ist ja auch bereits Einiges auf den Weg gebracht worden, auf dem sich aufbauen lässt.

**In Umfragen sagen jedoch knapp drei Viertel der Pflegefachkräfte, dass sich die bisherigen Pflegestärkungsgesetze in keiner Weise positiv auf ihren Arbeitsalltag auswirken. Inwieweit kann die KAP dann überhaupt auf den Pflegestärkungsgesetzen aufsetzen?**

**Litsch:** Angesichts der zum Teil höchst unbefriedigenden Situation, insbesondere wegen des Fachkräftemangels und der Arbeitsbelastung, kann ich den Unmut verstehen. Und dennoch: Mit der letzten Pflegereform sind mehrere Maßnahmen festgezurr worden, die viel mit der Attraktivität des Pflegeberufs zu tun haben, beispielsweise eine angemessene Bezahlung. Tariflöhne dürfen von den Vertragspartnern nicht mehr als unwirtschaftlich



abgelehnt werden. Als Kostenträger können wir Nachweise darüber verlangen, dass das vereinbarte Gehalt auch tatsächlich bei den Pflegekräften ankommt. Und es gibt den gesetzlichen Auftrag, im Pflege-Qualitätsausschuss ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln. Auch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bietet die Chance, das Berufsfeld der Pflege attraktiver zu machen. Es geht nicht mehr darum, die reinen Verrichtungsmaßnahmen, die ein Pflegebedürftiger braucht, durch eine Pflegekraft vollständig übernehmen zu lassen, sondern den Pflegebedürftigen zu aktivieren und anzuleiten, seine Fähigkeiten wiederzuerlangen oder zumindest die erhalten. Verschiedene Pilotprojekte, die auf dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit beruhen, haben gezeigt, dass mit dem damit verbundenen Perspektivwechsel die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte stärker in den Vordergrund rückt. Das wird auch die Arbeit der Pflegefachkräfte zum Positiven verändern. Aber ich glaube auch, dass wir hinsichtlich der Pflegereform und ihrer Wirkung wir geduldiger sein müssen. Der angesprochene Perspektivwechsel wird sich nicht von heute auf morgen einstellen, wenn man 20 Jahre lang anderen Kriterien gefolgt ist. Die Entwicklung des neuen Verfahrens zur Personalbemessung ist auf einen Zeitraum bis 2020 angelegt. Die Zeit werden wir auch brauchen, um taugliche Instrumente zu entwickeln.

### **Welche Rolle kann der AOK-Bundesverband im Rahmen der KAP spielen?**

**Litsch:** Die Vielfalt der KAP-Beteiligten zeigt, dass ein großes Bündel an Maßnahmen notwendig ist, um den Herausforderungen in der Pflege entgegenzutreten. Oft bedarf es auch nicht zwingend einer gesetzlichen Regelung, sondern eher Hilfestellungen, Arbeitshilfen oder Handlungsempfehlungen. Die AOK hat die Federführung etwa bei Verhandlungen von Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene. Wir haben große Erfahrung in der Gestaltung von Selektivverträgen und interprofessionellen Pflegemodellen. Die AOK verfügt über umfangreiche Expertise im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – für die physisch wie psychisch anstrengenden Pflegeberufe eine extrem wichtige Aufgabe. Hier würden wir als AOK gerne unser Wissen in die Waagschale werfen. Die größte Herausforderung wird am Ende für alle Beteiligten sein, sich aus den eigenen Positionen herauszubewegen. Wie gesagt, uns alle eint das Ziel, die Arbeitssituation der Pflege deutlich zu verbessern und der Arbeitsverdichtung entgegenzuwirken. Und es hat sich bewährt, durch eine breite Beteiligung auch eine stärkere Verbindlichkeit zu schaffen.

(Interview: rbr)

**EINZELHEITEN ZUR KONZERTIERTEN AKTION PFLEGE:**

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Ministerium > Meldungen > 2018





Referentenentwurf zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

## Nur ein erster Schritt fürs Personal – Beiträge bleiben vorerst unangetastet

**20.07.18 (ams).** Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) will die Bundesregierung die Arbeitssituation in der Kranken- und Altenpflege „spürbar verbessern“. Alles in allem kommen auf die Kranken- und Pflegekassen laut Referentenentwurf bis 2021 Mehrausgaben von über fünf Milliarden Euro zu. Parallel soll eine **Konzertierte Aktion Pflege Maßnahmen zur Gewinnung von Fachkräften und Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege erarbeiten. Auch der AOK-Bundesverband beteiligt sich an der Aktion. Die von Gesundheitsminister Jens Spahn angekündigte Beitragssatzerhöhung für die Pflegeversicherung ist im Gesetzentwurf nicht enthalten.**

Der Zeitplan des Ministers ist sportlich. 2019, also in einem halben Jahr, soll das PpSG in Kraft treten. Der AOK-Bundesverband begrüßt die Gesetzesinitiative im Grundsatz. Bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege seien erforderlich und die bessere Personalausstattung sei sinnvoll, um der enormen Arbeitsverdichtung entgegenzuwirken, heißt es in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Referentenentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG). Zentrale Ankerpunkte greife der Referentenentwurf auf.

In der Altenpflege sollen in den nächsten Jahren 13.000 neue Stellen entstehen. Alle vollstationären Einrichtungen in Deutschland sollen mehr Personal bekommen. In Krankenhäusern soll künftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert werden. Das BMG plant, die Vergütung der Pflegekräfte im Krankenhaus aus den Fallpauschalen, den sogenannten DRGs, herauszulösen und für jedes Krankenhaus den Personalbedarf individuell zu berücksichtigen und zu vergüten.

### Bessere Kommunikation und familienfreundlichere Strukturen

Insbesondere im ländlichen Raum soll die ambulante Alten- und Krankenpflege gestärkt werden. Ziel ist es, die Wegezeit, also die An- und Abfahrt zum Patienten, besser zu honorieren. Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen soll verbessert und die elektronische Kommunikation zwischen den Beteiligten verstärkt werden. So ist unter anderem der Ausbau von Sprechstunden per Video an PC oder Tablet vorgesehen.

Schließlich will die Bundesregierung mit dem PpSG die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte stärken. Um für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen Anreize zu setzen, mehr auszubilden, werden die Kostenträger verpflichtet, die Ausbildungskosten im ersten Ausbildungsjahr vollständig zu übernehmen. Dazu bedarf es allerdings der Änderung des Pflegeberufe-Reformgesetzes und somit der Zustimmung der Länder.

Den Bärenanteil des Programms müssen die Kranken- und Pflegekassen tragen. Allein die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird das Programm in den Jahren 2019 bis Ende 2021 rund 4,4 Milliarden Euro zusätzlich kosten. Mehrausgaben für die Soziale Pflegeversicherung (SPV) beziffert das BMG für den gleichen Zeitraum auf 770 Millionen Euro.



Der AOK-Bundesverband drängt in seiner Stellungnahme deswegen vor allem auf Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Nachweispflicht gegenüber den Kostenträgern, also den Kranken- und Pflegekassen: „Maßgeblich bei der Gestaltung der gesetzlichen Grundlagen muss sein, dass die bereitgestellten Finanzmittel auch tatsächlich eine bessere Personalausstattung unterstützen und nicht anderweitige Quersubventionierungen ermöglichen.“ Das gelte für die Gehaltszahlungen an das Pflegepersonal genauso wie für die Investitionen in die Digitalisierung. Die bisherige Form der Nachweise habe sich nicht bewährt, so die Stellungnahme. Hier sei insbesondere die Wertigkeit von Wirtschaftsprüfer-Testaten zu hinterfragen. Vor dem Hintergrund der Ausweitung des Pflegestellenförderprogramms seien von den Krankenhäusern unabhängige Prüfinstitutionen wie die Landesrechnungshöfe zu etablieren.

## Ordnungspolitische Mängel

Darüberhinaus attestiert der AOK-Bundesverband dem Gesetzentwurf unter dem Stichwort „Klare Aufgaben- und Kostenverantwortung“ ordnungspolitische Mängel. Die Finanzierung technischer und digitaler Ausstattung gehöre nicht zu den Aufgaben von GKV und SPV. Hintergrund: Die Investition in Infrastruktur und Ausrüstung ist Länderaufgabe. Noch mehr gelte das für die Schaffung besonderer Betreuungsangebote von Kitas. Auch das sei keine Aufgabe, für die die Beitragszahler geradestehen hätten. Dies sollte aus Sicht der AOK Aufgabe der öffentlichen Hand bleiben.

Zunächst erwartete Beitragserhöhungen in der Pflegeversicherung sieht die Gesetzesinitiative noch nicht vor. Allerdings prognostizierte Bundesgesundheitsminister Spahn bereits bei der Vorstellung des Eckpunktepapiers des Gesetzes ab 2019 einen zusätzlichen Finanzbedarf von 0,3 Prozentpunkten. Das entspräche jährlichen Mehreinnahmen von über vier Milliarden Euro. Der GKV-Spitzenverband brachte sogar eine Erhöhung des Pflegebeitrags um 0,5 Prozentpunkte in die Diskussion.

Der AOK-Bundesverband pocht vor allem auf realistische Kostenschätzungen. Das grundsätzliche Ziel der Beitragssatzstabilität dürfe nicht unter die Räder kommen. „Es ist gesellschaftlicher Konsens, dass mehr für die Pflege getan werden muss. Vor diesem Hintergrund hat man in der letzten Legislaturperiode die Pflegestärkungsgesetze auf den Weg gebracht, durch die nun mehr Menschen mehr Leistungen bekommen“, so Verbandschef Litsch. Ein Blick auf die Zahlen zeigt, wie groß die Herausforderung ist: Schon jetzt erwarten die Pflegekassen bis Ende 2018 Mehrausgaben von zwei Milliarden Euro und ein Minus von insgesamt drei Milliarden Euro. 2017 hatte die Pflegeversicherung erstmals seit zehn Jahren auf ihre Rücklagen zurückgreifen müssen.

(rbr)

---

### GESETZENTWURF UND STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Gesetze > Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

---

### DAS DOSSIER:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Pflege





Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Entwicklung des Gesundheitswesens

## Versorgung auf die Bedürfnisse der Patienten ausrichten

**20.07.18 (ams). Angesichts des Ärztemangels in ländlichen Regionen und voller Notaufnahmen in Krankenhäusern empfehlen die Gesundheitsweisen ein ganzes Bündel an Reformen. In seinem Gutachten kritisiert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) weiterhin Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland. Nötig sei eine gezieltere Steuerung der Patienten, so der SVR-Vorsitzende Ferdinand Gerlach bei der Präsentation des Gutachtens in Berlin. Der AOK-Bundesverband formulierte mit Blick auf die Reformvorschläge einen klaren Gestaltungsanspruch.**

„Die Krankenkassen verfügen auch über die notwendigen Kompetenzen, um die Standort- und Strukturentscheidungen für eine effektive und effiziente Versorgung der Bevölkerung auf regionaler Ebene zukunftsfest zu gewährleisten“, so Vorstandschef Martin Litsch. Deswegen müssten zurecht die Krankenkassen bei der Planung beteiligt werden, insbesondere als Interessenvertreter der Patienten und Beitragszahler für eine qualitativ hochwertige Versorgung. „Das Wohl der Patientinnen und Patienten“ gab auch der SVR-Vorsitzende Gerlach als „oberstes Ziel“ aus. „Alle Versicherten müssen sich darauf verlassen können, dass ihnen im Krankheitsfall wirksam geholfen wird.“ Die zur Verfügung stehenden Mittel müssten gezielt und nachhaltig eingesetzt werden. Leistungsausgaben von mehr als 215 Milliarden Euro verzeichnete die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 2017. Knapp 82,2 Milliarden, also fast 40 Prozent davon gingen zu Lasten der AOK. So weisen es die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV – die sogenannte KJ-1-Statistik – aus.

### Qualitäts- und Finanzierungsstandards sichern

Der Appell der Gesundheitsweisen nach durchlässigeren Strukturen – sektorenübergreifende Versorgung lautet das gesundheitspolitische Stichwort – ist nicht neu, bleibt aber nach wie vor aktuell: „Vor allem Kliniken und Praxen, zwischen denen eine unsichtbare, aber sehr folgenreiche Mauer verläuft, arbeiten in Deutschland eher nebeneinander als im Interesse des Patienten miteinander“, heißt es in dem Gutachten. Hausärzte als erste Adresse, Zuschläge für Mediziner in dünn besiedelten Regionen, ein Info-Portal für alle Bürger: Die Gesundheitsweisen machen eine ganze Reihe konkreter Vorschläge. AOK-Verbands-Chef Martin Litsch spricht von „sinnvollen Ansätzen, um die Gesundheitsversorgung stärker auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten“ und plädiert „für eine sektorenübergreifende Versorgung, die auf gleichen Qualitäts- und Finanzierungsstandards basiert“.

Die Planung, welche Arztpraxen wo gebraucht werden, sollte sich aus Sicht der SVR-Experten weniger an der Anzahl der Ärzte, sondern stärker am tatsächlichen Angebot und den Arbeitsstunden orientieren. Praxen in begehrten Lagen dürften nicht einfach zu teils weit überzogenen Preisen an Nachfolger verkauft werden. Wo sich ein Mangel abzeichnet, weil viele Ärzte aufhören, sollten Nachbesetzungen fünf Jahre vor der voraussichtlichen Praxis-



aufgabe geklärt werden. Als Anreiz für dünn besiedelte, eher ländlich geprägte Regionen mit eher wenig Patienten schlägt der SVR Vergütungszuschläge von bis zu 50 Prozent vor. Litsch warnt vor finanziellen Mehrbelastungen: „Diese neuen Strukturen sollten sich aus den vorhandenen Mitteln der ambulanten und stationären Versorgung finanzieren, ohne eine gesonderte Finanzierungssystematik zu schaffen. Welcher Wildwuchs ansonsten droht, sehen wir derzeit an den unzähligen Formen der ambulanten Versorgung am Krankenhaus.“

Statt an der Bettenzahl sollte sich die Planung der knapp 2.000 Kliniken in Deutschland mehr an den vorgesehenen Leistungen orientieren, so der SVR Stärker einzubeziehen seien auch die Alterung der Gesellschaft und die Entwicklung von Patientenwünschen. Für den Umbau des Angebots mit stärkerer Zentralisierung und Spezialisierung von Kliniken sollte der Bund Steuergeld geben und Mitplanungsrechte bekommen. Vor Eingriffen, die für Kliniken sehr lukrativ sind, sollte immer erst die Zweitmeinung eines anderen Arztes eingeholt werden müssen. Bei der Entlassung sollten Patienten schließlich Medikamente für bis zu eine Woche mitbekommen können.

Überfüllte Notaufnahmen mit stundenlangem Warten und überlastetem Personal sind in Kliniken ebenfalls nicht selten ein großes Problem. Dorthin kommen zusehends auch Menschen mit eher harmlosen Beschwerden. Die Sachverständigen schlagen daher vor, dass alle Bürger künftig rund um die Uhr „Integrierte Leitstellen“ anrufen können. Die legen dann den Versorgungspfad fest – vom Hausbesuch des Bereitschaftsarztes bis zum Notarzt mit Blaulicht. Können akut behandlungsbedürftige Patienten noch gehen, sollen sie kurzfristig einen Termin in einer Praxis oder einem „Integrierten Notfallzentrum“ einer Klinik bekommen. Dort wird an einem zentralen Empfang entschieden, ob sie ein niedergelassener Arzt oder ein stärker spezialisierter Klinikarzt weiterbehandelt. Das Gutachten bestärke hier „die sinnvollen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses vom April diesen Jahres“, lobte Litsch. „In Zukunft muss es heißen, dass man nur darf, was man gut kann.“

## Gesundheitskompetenz stärken

Schon lange ist es ein vertracktes Problem, Patienten gezielter und auch der Schwere ihrer Beschwerden entsprechend zu den richtigen Anlaufstellen der Gesundheitsversorgung zu leiten. Dabei geht es dem SVR weder um Gängelung noch um Kontrolle. Die Selbstbestimmung des Patienten müsse geachtet und gefördert werden. „Es geht nicht notwendig um mehr, sondern um gezieltere Steuerung“, so Gerlach. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten ist deshalb eine wichtige Forderung des Rates. „Wir sehen die Notwendigkeit, die Patienten besser durch das sehr komplexe Gesundheitssystem zu lotsen.“

Besser wäre es demnach, wenn Patienten grundsätzlich immer erst zum Hausarzt gehen, der dann weitere Überweisungen zu Fachärzten oder ins Krankenhaus koordinieren kann. Als Anreiz sollten alle Kassen ihren Versicherten vergünstigte Wahltarife für Hausarzt-Modelle anbieten, so die Empfehlung der Gesundheitsweisen. Die Experten schlagen erneut vor, eine „Kontaktgebühr“ zu prüfen und zu erheben, wenn Patienten ohne Überweisung zum Facharzt gehen. Die Höhe müsste die Politik klären. Von dieser Gebühr ausgenommen sein sollten etwa Augenärzte, Frauenärzte und Psychiater.

Damit sich Patienten im komplizierten System besser zurechtfinden, fordert der SVR eine Stärkung der sprechenden, aufklärenden Medizin, also letztlich auch mehr Geld für das reine



Arzt-Patienten-Gespräch jenseits reiner medizinischer Behandlung. Weiterer Vorschläge sind ein „nationales Gesundheitsportal“ und mehr Gesundheitsbildung in der Schule. Künftige digitale Angebote wie elektronische Patientenakten müssten nutzerfreundlich sein – gerade auch für ältere Menschen oder Migranten.

(rbr)

---

DAS GUTACHTEN IN DER LANG- UND DER ZUSAMMENFASSUNG:

[www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) > Gutachten > Gutachten 2018







Digitales Gesundheitsnetzwerk der AOK

## AOK vernetzt Akteure und stärkt die Patientensicherheit

**20.07.2018 (ams).** Die AOK treibt die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen voran: Vier Berliner Geburtskliniken haben sich Anfang Juli dem Digitalen Gesundheitsnetzwerk angeschlossen. Über die von der AOK und ihren Partnern entwickelte Plattform können Patienten, niedergelassene Ärzte und Kliniken relevante Gesundheitsdaten schnell und sicher austauschen. „Das Gesundheitsnetzwerk hat das Potenzial, für alle Beteiligten mehr Transparenz über medizinische Informationen und Daten zu schaffen und dadurch die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern“, sagt Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Die AOK habe damit etwas auf die Beine gestellt, was die Gematik mit der Telematik-Infrastruktur in 15 Jahren nicht hinbekommen habe.

In Berlin profitieren zunächst Schwangere und ihre behandelnden Ärzte von den schnell verfügbaren medizinischen Informationen. Denn der Ausbau des Regelbetriebes startet mit drei Geburtskliniken von Vivantes sowie einer der Sana Klinikum AG. Jeder dritte Berliner Nachwuchs kommt bei Vivantes auf die Welt – pro Jahr sind dies rund 12.000 Babys. Werdende Mütter können ihren Mutterpass, Berichte zu früheren Geburten, Ergebnisse ambulanter Vorsorgeuntersuchungen hochladen. Die Ärzte können Ultraschall- und Laborbefund, Geburts- und OP-Berichte, Entlass- und Arztbriefe sowie das Stillprotokoll in der digitalen Patientenakte hinterlegen. „Geburtstermine sind mitunter schwer planbar. Deshalb ist es für mich wichtig, vorab alle relevanten Informationen der schwangeren Frau aus dem Mutterpass einsehen zu können. Wenn es dann einmal schnell gehen muss, sind wir auf alles vorbereitet“, sagt Privatdozentin Dr. Mandy Mangler, Cheffärztnin der Geburtsklinik am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum.

### Daten bis in den Kreißaal verfügbar

Bis Ende 2018 sollen in der Hauptstadt alle sechs Vivantes-Geburtskliniken sowie 13 Medizinische Versorgungszentren integriert sein. Sie versorgen insgesamt 114.000 AOK-Versicherte pro Jahr. Anders als die Telematik-Infrastruktur ist das Digitale Gesundheitswerk dezentral aufgebaut. Die medizinischen Informationen und Dokumente bleiben auf dem Server der jeweiligen Arztpraxis oder Klinik. Im Gesundheitsnetzwerk wird nur eine Art Link gesetzt, über den andere Ärzte auf die Befunde und Dokumente zugreifen können – sofern der Patient sein Einverständnis erklärt hat. Die teilnehmenden AOK-Versicherten können sich über ihren Computer oder ein mobiles Endgerät einloggen und entscheiden, welcher Arzt welche Information erhält. Das Netzwerk wird über Schnittstellen direkt mit den Software-Systemen der Ärzte verknüpft, ohne direkt in diese Systeme einzugreifen. Um den Aufwand für eine einzelne Arztpraxis gering zu halten, ist es auch möglich, dass Ärztenetze oder Kassenärztliche Vereinigungen einen gemeinsamen Server nutzen und sich darüber an die Plattform anschließen.



Dr. Jens-Peter Scharf, Chefarzt der Frauenklinik am Sana Klinikum Lichtenberg, verweist darauf, dass den behandelnden Ärzten in der Klinik und im Kreißaal die dokumentierten Informationen jederzeit zur Verfügung stehen: „Damit vermeiden wir Doppeluntersuchungen und verkürzen den Informationsfluss.“ Zukunftsweisend sei auch, dass darüber die enge Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor gestärkt werde. Der private Klinikkonzern plant im nächsten Schritt den Datenaustausch auch für die Behandlung von Prostata-, Mammakarzinom sowie chronischen Erkrankungen zu nutzen. Binnen zwei Jahren sollen alle 53 Krankenhäuser des Sana-Konzerns integriert sein. Vivantes, Deutschlands größter kommunaler Klinikbetreiber, hat vor, die Urologien von vier Krankenhäusern ebenso an das Digitale Gesundheitsnetzwerk anzuschließen.

## Premieren-Pilot läuft seit Herbst

Bereits im November 2017 war das Digitale Gesundheitsnetzwerk in Mecklenburg-Vorpommern mit einem digital-vernetzten Aufnahmemanagement an den Start gegangen. Zwei Kliniken und das Ärztenetz „HaffNet“ erleichtern so rund 8.000 AOK-Versicherten den Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung.

„Wir bieten mehr als einen digitalen Leitz-Ordner, indem wir tatsächlich alle Leistungsanbieter sektorenübergreifend miteinander vernetzen“, betont AOK-Chef Litsch. Langfristiges Ziel sei es, die Beteiligung am Digitalen Gesundheitsnetzwerk bundesweit zu ermöglichen und auch Apotheken sowie Pflege- und Reha-Einrichtungen einzubinden. Das Digitale Gesundheitsnetzwerk ist daher an der internationalen Methodik IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) ausgerichtet, die die Anschlussfähigkeit an andere Systeme sichere – auch die der Telematik-Infrastruktur. Litsch: „Wir wollen keine Barrieren aufbauen, sondern Teil der gesamten Vernetzung im deutschen Gesundheitswesen sein.“

(wer)

**ALLES ZUM DIGITALEN GESUNDHEITSNETZWERK:**

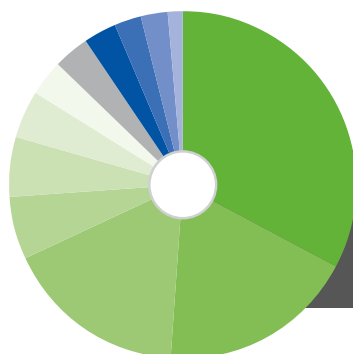
[www.aok-gesundheitsnetzwerk](http://www.aok-gesundheitsnetzwerk)





## GKV-Finanzergebnisse 1. Quartal 2018

ams-Politik 07/18



Von 100 Euro  
haben die Krankenkassen  
ausgegeben für:

- Krankenhaus | 32,74 €
- Ärztliche Behandlung | 18,23 €
- Arzneimittel | 16,85 €
- Zahnärztliche Behandlung + Zahnersatz | 6,02 €
- Krankengeld | 5,55 €
- Nettoverwaltungskosten | 4,28 €
- Hilfsmittel | 3,54 €
- Sonstiges \* | 3,33 €
- Heilmittel | 2,99 €
- Häusliche Krankenpflege | 2,58 €
- Fahrkosten | 2,44 €
- Vorsorge- und Reha-Maßnahmen | 1,45 €

\* u.a. Leistungen bei Schwangerschaft / Mutterschutz, für soziale Dienste / Prävention

Quelle: Quelle: BMG/KV 45;  
Grafik: AOK-Mediendienst

Der positive Trend der vergangenen beiden Jahre hat sich im ersten Quartal 2018 fortgesetzt. Die Krankenkassen haben einen Überschuss von rund 416 Millionen Euro erzielt. Die Finanzreserven sind bis Ende März 2018 auf rund 19,9 Milliarden Euro gestiegen. Einnahmen in Höhe von rund 60,1 Milliarden Euro standen Ausgaben von rund 59,7 Milliarden Euro gegenüber.

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



EU-Ticker

## Votum für eine eigenständige EU-Generaldirektion Gesundheit

20.07.18 (ams). In Brüssel haben sich zuletzt die Gerüchte verdichtet, bei der Neubildung der EU-Kommission nach der Europawahl im Mai 2019 könnte die Generaldirektion für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (DG SANTE) aufgelöst werden. „Verstärkt wurden die Befürchtungen, weil die Kommission nach dem Austritt des Vereinigten Königreichs einen Kommissar-Posten weniger haben soll“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. Jetzt haben die EU-Gesundheitsminister ein Votum für den Erhalt der DG SANTE abgegeben. Zwar seien die Gesundheitssysteme weiter Teil der nationalen Kompetenz, doch gebe es viele gesundheitspolitische Bereiche, in denen eine EU-weite Zusammenarbeit große Vorteile biete. „Das war ein Signal zur rechten Zeit“, sagt van Lente. „Denn ohne die DG SANTE würden die Gesundheitsinteressen von mehr als 511 Millionen EU-Bürgern noch stärker als bisher schon den Wirtschaftsinteressen untergeordnet.“ Die DG SANTE habe viele Initiativen für eine bessere Gesundheitsversorgung auf den Weg gebracht. „Zu den jüngsten Erfolgen gehören insbesondere die Europäischen Referenznetzwerke zur Behandlung seltener Erkrankungen“, so van Lente.

[DIE GENERALDIREKTION SANTE:](#)

[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)

[> Dienststellen und Exekutivagenturen](#) [> Gesundheit und Lebensmittelsicherheit](#)



## Normung von Gesundheitsleistungen ist vom Tisch

20.07.18 (ams). Das Europäische Komitee für Normung (CEN) hat die Arbeitsgruppe aufgelöst, die sich mit der Normung von Gesundheitsdienstleistungen beschäftigt hat. „Es ging dabei nicht um die technische Spezifizierungen, wie zum Beispiel bei Medizinprodukten, sondern es sollten Vorgaben für die Ausführung von Gesundheitsleistungen wie Operationen und andere medizinische Eingriffe definiert werden“, erläutert AOK-Europaexperte Evert Jan van Lente. Mit der Auflösung trage das CEN dem breiten Widerstand gegen das Vorhaben Rechnung. Insbesondere in Deutschland hatte sich eine breite Allianz aus Ärzten, Krankenkassen, Krankenkassen und anderen Betroffenen gegen die 2016 angekündigten Normierungspläne zusammengeschlossen. Van Lente: „In Deutschland konnte die Allianz auch das Bundesgesundheitsministerium und das zuständige Deutsche Normungsinstitut (DIN) davon überzeugen, dass eine Normung von Gesundheitsdienstleistungen keinen Mehrwert beinhaltet.“



## EU-Ausschuss der Regionen: Bessere Lebensmittelkennzeichnung

20.07.18 (ams). Der Europäische Ausschuss der Regionen (AdR) setzt sich für verbindliches und europaweites Farbsystem zur Kennzeichnung von Lebensmitteln ein. „Unsere Kinder nehmen mit ihrer Nahrung zu viel Salz, Zucker und Fett auf. Süßigkeiten, Junkfood und zuckerhaltige Getränke haben traditionelle Lebensmittel auf der Grundlage von Obst und Gemüse, Fisch und Olivenöl verdrängt“, beklagt der Regionen-Rat in einem am 4. Juli 2018 verabschiedeten Positionspapier. Das Gremium fordert Grenzwerte für den maximalen Zucker-, Salz- und Fettgehalt in Produkten sowie verständliche Nährwert- und gesundheitsbezogenen Angaben auf ihren Etiketten. Es müssten klare Ziele zur Reduzierung von Zucker, Transfetten und Salz in zahlreichen Lebensmittelkategorien festgelegt werden. Der Regionen-Rat will zudem, dass lokale und regionale Gebietskörperschaften gesundes Essen auch bei der Vergabe öffentlicher Aufträge für Krankenhäuser, Pflegeheime, Justizvollzugsanstalten sowie Kindergärten und Schulen fördern. Wie das geht, zeigt eine Studie, die der Ausschuss der Regionen in Auftrag gegeben hat. Der Europäische Ausschuss der Regionen ist eine 1994 ins Leben gerufene Versammlung von 350 Regional- und Kommunalvertretern aus den 28 EU-Mitgliedsstaaten. Sie soll die Regionen und lokalen Gebietskörperschaften in die Entscheidungsprozesse der EU einbinden.

DER EUROPÄISCHE AUSSCHUSS DER REGIONEN:

[www.cor.europa.eu/de](http://www.cor.europa.eu/de)



## EU-Ratspräsidentschaft: Österreich hat übernommen

20.07.18 (ams) Anfang Juli hat Österreich für das zweite Halbjahr 2018 die EU-Ratspräsidentschaft von Bulgarien übernommen. Im Bereich Gesundheit will sich das Land vor allem um eine Einigung im Streit um künftige EU-Zusammenarbeit bei der Medizintechnik-Folgenabschätzung (Health Technology Assessment, HTA) kümmern und die gemeinsamen Anstrengungen zur grenzüberschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen voranbringen. Auf der Tagesordnung stehen nach Darstellung des AOK-Vertreters in Brüssel, Evert Jan van Lente, auch mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Impfraten in den Mitgliedsländern. Zudem soll die EU bis Jahresende das Tabakrahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation ratifizieren. Dabei handelt es sich um die erste weltweit gültige Gesundheitskonvention.

DIE ÖSTERREICHISCHEN RATSPRÄSIDENTSCHAFT

[www.eu2018.at](http://www.eu2018.at)

(Toro)





Zahl des Monats

## 40 Prozent der Eltern ...

... fühlen sich unter hohem Zeitdruck. Das ist ein Ergebnis der AOK-Familienstudie 2018. Das sind sechs Prozentpunkte weniger als vor vier Jahren. Trotzdem bleibt Zeitknappheit aber nach wie vor der größte Belastungsfaktor für die Familien. Eltern mit jüngeren Kindern im Alter von vier bis sechs Jahren gaben sogar zu 46 Prozent an, zu wenig Zeit zu haben. Andere Belastungsfaktoren kommen auf deutliche geringere Werte. So ist die finanzielle Belastung in den vergangenen acht Jahren von 32 Prozent (2010) über 28 Prozent (2014) auf aktuell 27 Prozent kontinuierlich zurückgegangen. Ähnlich verhält es sich mit körperlichen Belastungen. Die Werte sanken hier von 22 Prozent über 20 Prozent auf 17 Prozent.

Psychische Belastungen verzeichneten wieder einen Anstieg von 25 Prozent im Jahr 2014 auf jetzt 27 Prozent. 2010 hatte der Wert allerdings bei 32 Prozent gelegen. Den größten Zuwachs – jedoch auf vergleichsweise niedrigem Niveau – verzeichneten Belastungen in der Partnerschaft. Nach einem leichten Rückgang von 16 auf 14 Prozent, erfolgte in den vergangenen vier Jahren ein Sprung auf 20 Prozent.

[WEITERE DETAILS ZUR AOK-FAMILIERNSTUDIE 2018:](#)

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





## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Zuständigkeiten der Unparteiischen abgesteckt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat in seiner ersten Sitzung der vierten Amtsperiode festgelegt, wer den Vorsitz und die Stellvertretung in den neun Unterausschüssen wahrnehmen wird. Demnach ist der unparteiische Vorsitzende, Prof. Josef Hecken, für die Arbeitsbereiche Arzneimittel, Bedarfsplanung und Zahnärztliche Behandlung zuständig und leitet die entsprechenden Unterausschüsse. Das unparteiische Mitglied Dr. Monika Lelgemann übernimmt die Leitung der Unterausschüsse Methodenbewertung, Psychotherapie und Veranlasste Leistungen. Prof. Dr. Elisabeth Pott als drittes unparteiisches Mitglied ist die Vorsitzende der Unterausschüsse Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), Disease-Management-Programme (DMP) und Qualitätssicherung. Die unparteiischen Mitglieder tragen die Prozessverantwortung für die Sachgebiete und Aufgaben der Unterausschüsse.

### Brustkrebsstudie: IQWiG übernimmt Auswertung

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wertet im Auftrag des GBA neue Studienergebnisse hinsichtlich der Anwendung von biomarkerbasierten Tests beim primären Brustkrebs aus. Der GBA prüft derzeit, welchen Nutzen oder Schaden die Anwendung der Tests hinsichtlich einer Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom hat. Es geht um die Frage, ob Frauen, die aufgrund eines niedrigen bis intermediären Rückfallrisikos keine Chemotherapie benötigen, mit Hilfe von zusätzlichen biomarkerbasierten Tests besser identifiziert werden können als mit den bisherigen Standarduntersuchungen. Nach der Operation eines primären Mammakarzinoms ist das Ziel der Chemotherapie, eine mögliche Mikrometastasierung zu behandeln, um das Wiederauftreten der Krebserkrankung zu verhindern. Im Abschlussbericht des IQWiG vom Dezember 2016 lagen für einen Nutzen beziehungsweise Schaden einer biomarkerbasierten Strategie für besagte Entscheidung keine Anhaltspunkte vor. Das IQWiG hatte darin aber bereits auf laufende Studien hingewiesen.

WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT DES GBA:

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Noch vor der Sommerpause haben die Verbände bei der Anhörung im Bundesministerium Stellung zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) nehmen können. Zunächst erwartete Beitragserhöhungen in der Pflegeversicherung sieht das Gesetz noch nicht vor. Als Nächstes wird das Bundeskabinett das PpSG diskutieren (Stand: 19. Juli 2018). Diese und ältere Stichworte gibt es auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).

### Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe

Die Verordnung ergänzt das Pflegeberufegesetz vom Juli 2017. Es tritt in seinen wesentlichen Teilen 2020 in Kraft. Die neue Pflegeausbildung dauert drei Jahre. Der Entwurf regelt die Mindestanforderungen, einschließlich der nach zwei Jahren abzulegenden Zwischenprüfung. Sie besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht sowie einer praktischen Ausbildung. Es werden außerdem Anforderungen an die Qualifikation der praxisanleitenden Personen festgelegt, die die Auszubildenden während der praktischen Ausbildung betreuen. Des Weiteren ist eine Praxisbegleitung durch die Schulen vorgesehen. Geregelt werden außerdem die zu vermittelnden Kompetenzen und das Verfahren der staatlichen Prüfungen einschließlich erstmalig bundesweit einheitlicher Rahmenvorgaben für die staatlichen Bestandteile der Prüfung für die hochschulische Pflegeausbildung.

Darüber hinaus beinhaltet die Verordnung die Bestimmungen zu Kooperationsvereinbarungen zwischen den an der beruflichen Pflegeausbildung Beteiligten sowie zur Errichtung, Zusammensetzung und Konkretisierung der Aufgaben der Fachkommission und deren Geschäftsstelle, die beim Bundesinstitut für Berufsbildung eingerichtet werden soll. Schließlich enthält die Verordnung Regelungen zu den Anerkennungsverfahren von Ausbildungen, die außerhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes abgeschlossen wurden. Die Verordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates. Sie muss dem Deutschen Bundestag vor der Zuleitung an den Bundesrat zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

DIE REGELUNGEN IM EINZELNEN:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > Gesetze und Verordnungen







## GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

Das Bundeskabinett hat den Gesetzentwurf Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) beschlossen. Das GKV-VEG zielt darauf ab, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Arbeitgebern und Mitgliedern wieder paritätisch, also zu gleichen Teilen zahlen zu lassen. Aktuell müssen GKV-Mitglieder den kassenindividuellen Zusatzbeitrag alleine stemmen.

Die Beitragsbelastung gesetzlich versicherter Selbstständiger soll gesenkt werden. Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre GKV-Beiträge auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Der Mindestbeitrag pro Kalendertag soll halbiert werden und künftig nicht mehr den 40. Teil, sondern nur noch den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße betragen. Das entspricht im Jahr 2018 monatlich 1.142 Euro statt 2.284 Euro. Die Bezugsgröße der Sozialversicherung ist das Durchschnittsentgelt aller Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung des jeweils vorletzten Kalenderjahrs und wird für jedes Kalenderjahr durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales berechnet und festgelegt.

Beitragschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen sollen bereinigt werden. In den vergangenen Jahren sind vor allem durch nicht beendete Mitgliedschaften freiwillig Versicherter zumeist aus dem EU-Ausland die statistischen Beitragschulden der Krankenkassen gestiegen. Im Dezember 2017 waren es nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums 6,3 Milliarden Euro. Hintergrund: Eine freiwillige GKV-Mitgliedschaft endet bislang nur dann, wenn das Mitglied seinen Austritt erklärt. Wenn ein GKV-Mitglied aber unbekannt verzogen ist, keine Beiträge mehr bezahlt und sich nicht abmeldet, wird es obligatorisch zum Höchstbeitrag weiterversichert. Der Effekt: Die Krankenkasse erhält weiter Zuweisungen aus dem Finanzausgleich der Krankenkassen (RSA) und häuft letztlich fiktive Beitragschulden an. Deshalb sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, die Versicherungsverhältnisse von solchen „passiven“ Mitgliedern zu beenden. Die für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhaltenen RSA-Zuweisungen sollen rückwirkend an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.

Im Vergleich zum Referentenentwurf gibt es eine nicht unwesentliche Änderung. Ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen soll zwar auf Sicht weiterhin abgebaut werden und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Die diesbezüglichen Regelungen sollen aber erst zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Die Bundesregierung will zunächst den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auf Basis der dann vorliegenden gutachterlichen Expertise reformieren.

Der zulässige Aktienanteil an Anlagen, mit denen die Krankenkassen ihre betriebsinternen Altersrückstellungen absichern, soll von zehn auf 20 Prozent steigen und somit an das Versorgungsrücklagegesetz des Bundes angepasst werden.

Insgesamt verspricht sich das Bundesgesundheitsministerium von dem Maßnahmenpaket Entlastungen von etwa 8,3 Milliarden Euro.



## Operationstechnische Assistenten

Kern des Vorhabens ist es, dass die dreijährige Ausbildung von den Krankenkassen finanziert wird. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur aufgrund von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Finanzierung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Grundlage des Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006. Wegen des Grundsatzes der Diskontinuität hat der Bundesrat den Antrag unverändert gegenüber den in der 16., 17. und 18. Wahlperiode des Bundestages eingebrachten Gesetzentwürfen erneut beschlossen.

DER GESETZENTWURF:

[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Dokumente > Drucksache 50/18



## Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz, PpSG) will die Große Koalition erste Schritte bei der Behebung des Fachkräftemangels in der Kranken- und Altenpflege einleiten. Verschiedene Sofortmaßnahmen sollen nicht nur die pflegerische Versorgung in der Kranken- und Altenpflege verbessern, sondern auch für eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen sorgen.

Der Referentenentwurf sieht vor, dass bereits ab dem Jahr 2018 Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte in Krankenhäusern von den Krankenkassen vollständig refinanziert werden. Die Finanzierung durch die Kassen soll bei erhöhtem Bedarf der Krankenhäuser an Pflegepersonal ebenso verbessert werden wie die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen. Außerdem enthält das Gesetz Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds, um daraus künftig auch Ausbildungsstätten für Pflegepersonal fördern zu können. Die Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser soll ab dem Jahr 2020 auf eine neue, von den Fallpauschalen (DRGs) unabhängige, krankenhausespezifische Vergütung der Pflegepersonalkosten umgestellt werden.

Im Bereich der Altenpflege erhält jede vollstationäre Pflegeeinrichtung zusätzlich Pflegepersonal, das von der Krankenversicherung pauschal vollfinanziert wird. Damit soll dem Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser Rechnung getragen werden. Zur Entlastung des Pflegepersonals soll die Pflegeversicherung durch einen Zuschuss die Digitalisierung in der ambulanten und stationären Altenpflege fördern. Verbindliche Kooperationsverträge sollen die Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte mit stationären Pflegeeinrichtungen stärken.

In der Kranken- wie in der Altenpflege sollen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet gefördert werden.

STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES ZUM REFERENTENENTWURF:

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





## Kurzmeldungen

### Klinik-Investitionen: Länder zahlen weiterhin zu wenig

20.07.18 (ams). Die 16 Bundesländer haben im Jahr 2017 zusammen rund 2,8 Milliarden Euro für Ausstattung und Instandhaltung ihrer Krankenhäuser ausgegeben. Der Bedarf liegt laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) jedoch bei mindestens sechs Milliarden Euro. Im Durchschnitt kommen die Länder auf eine Investitionsquote von 3,2 Prozent. Die regionalen Unterschiede sind erheblich. Auch das Bundesfinanzministerium forderte zuletzt eine Reform der Krankenhausfinanzierung, weil die Länder ihren Aufgaben nicht nachkommen. Die duale Krankenhausfinanzierung in Deutschland sieht vor, dass die Krankenversicherungen die Betriebs- und Personalkosten tragen, die Kosten für neue Geräte oder Sanierung der Gebäude aber die Bundesländer.

BESTANDSAUFNAHME ZUR KRANKENHAUSPLANUNG UND INVESTITIONSFINANZIERUNG DER DKG:

[www.dkgev.de](http://www.dkgev.de) > Aktuelles & Presse > Pressemitteilung



### Diagnose Depression: moodgym wirkt nachweislich

20.07.18 (ams). Menschen, die das Online-Selbsthilfeprogramm moodgym nutzen, zeigen im Laufe der Behandlung weniger depressive Symptome als andere Patienten. Das hat eine Studie der Universität Leipzig zu Tage gefördert. Demnach gingen depressive Symptome bei Patienten, die zusätzlich zur Behandlung durch ihren Hausarzt das Programm nutzten, signifikant stärker zurück als in einer Kontrollgruppe. „Wir freuen uns, dass die positiven Effekte des Programms jetzt auch für die deutsche Versorgungslandschaft nachgewiesen werden konnten“, sagt Dr. Astrid Maroß, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie im AOK-Bundesverband. Moodgym ergänzt die hausärztlichen Behandlung bei Patienten mit leichten und mittelschweren Depressionen.

WEITERE INFOS UNTER:

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



### G+G-Digital: kostenfrei und mit viel Service

20.07.18 (ams). Das AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) gibt es nun auch als digitales Magazin – kostenfrei und mit zusätzlichen Inhalten. Jeder kann sich online für die Digitalausgabe von G+G anmelden. Außerdem gibt es die digitale Zeitschrift als App für iOS und Android. „Somit kann nun jeder jederzeit und überall das AOK-Forum für sich nutzen. Ob online im Büro am Rechner, unterwegs offline in der App oder zu Hause auf dem Sofa als bewährtes Magazin zum Blättern“, sagt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Mit dem Angebot öffnet die AOK-Gemeinschaft die gesundheits- und sozialpolitische Debatte für einen weitaus größeren Leserkreis als bisher.

WEITERE INFORMATIONEN UND ANMELDUNG:

[www-gg-digital.de](http://www-gg-digital.de)





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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Adressenänderung**

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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_