

AOK-MEDIENSERVICE

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

09/22 POLITIK

 @AOK_Politik

ams-Interview mit Monika Schneider zum Berliner Gesundheitspreis 2023

**„Künftig die sozialen Probleme
mehr in den Blick nehmen“** 2

ams-Grafik: GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Hauptlast tragen die Beitragszahlenden 4

ams-nachgefragt bei Nadine-Michèle Szepan

**Was passiert, wenn Pflegeeinrichtungen
ihre Beschäftigten nicht nach Tarif bezahlen?** 5

Zahl des Monats

90 Prozent der Pflegeeinrichtungen 6

EU-Ticker

**EU-Kommission stellt
Pflege- und Betreuungsstrategie vor ...** 7

Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss 11

Gesetzgebungskalender 12

Kurzmeldungen 15

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

ams-Interview mit Monika Schneider zum 13. Berliner Gesundheitspreis

„Künftig die sozialen Probleme mehr in den Blick nehmen“

27.09.22 (ams). Der Berliner Gesundheitspreis zählt zu den renommiertesten Preisen im deutschen Gesundheitswesen. Er sucht Innovationen aus der Praxis, will politischen Entscheidern wichtige Impulse geben und rückt dabei Themen, die hochaktuell und bedeutend für die Gesundheitsversorgung sind, in den Fokus – wie in diesem Jahr mit dem Motto „Gesundheit gerecht gestalten“. Warum die Entscheidung auf dieses Thema fiel, welche Projekte seither besonders wegweisend waren und was sich verbessern ließe, erzählt Monika Schneider, Referentin Politik beim AOK-Bundesverband, im Interview mit dem AOK-Mediendienst (ams).



Monika Schneider
ist Politikreferentin
im AOK-Bundesverband

Frau Schneider, „Gesundheit gerecht gestalten“ – warum dieses Motto?

Schneider: Wir wissen, dass die soziale Lage auch über die Gesundheit mitentscheidet. Daher müssen künftig die sozialen Probleme mehr als bisher mit in den Blick genommen werden. Eigentlich brauchen wir in Deutschland Lösungen, die viel früher außerhalb des Gesundheitswesens ansetzen. Mit dem aktuellen Wettbewerb wollen wir erreichen, dass den Menschen nicht nur medizinisch gut geholfen wird, sondern dass sie auch bereits im sozialen Umfeld Unterstützung bei ihren Alltagsorgen erhalten.

Hat die Pandemie bei den Überlegungen eine Rolle gespielt?

Schneider: Die Pandemie hat den Fokus auf den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage für politische Entscheidungsträger greifbarer gemacht. Corona und alle Fragen ums Impfen haben deutlich gezeigt, dass Gesundheit viele politische Ressorts tangiert. Und dass diese sich in der Praxis fortlaufend austauschen und vernetzen müssen, um zielgenaue und nachhaltige Lösungen zu entwickeln.

Welche Erwartungen haben Sie an die eingereichten Ideen?

Schneider: Von früheren Preisen weiß ich, dass die Praxis auf Herausforderungen reagiert und nach pragmatischen Lösungen sucht. Ich denke, dass gerade in strukturschwachen Regionen Projekte entstehen, die Gesundheit ganzheitlich in den Blick nehmen, Benachteiligungen ausgleichen und Barrieren überwinden. Das schafft auch ein besseres soziales Miteinander.

Den Gesundheitspreis gibt es seit 1995 – Welche Projekte haben Ihrer Meinung nach bisher eine besondere Bedeutung für die Gesundheitsversorgung gehabt und diese verbessert?

Schneider: Der Berliner Gesundheitspreis hat innovative Ideen bekannt gemacht, und viele haben sich durch die Auszeichnung verstetigen können. Da geht es zum Beispiel um das Medizinstudium, das näher an der Praxis ist, um die Sicherung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land oder die Vermittlung von Gesundheitskompetenz, um nur drei Aspekte herauszugreifen. Ein Meilenstein war auch die Ausschreibung zum Thema „Fehlervermeidung in Medizin und Pflege“. Wir konnten damit die Mauer des Schweigens durchbrechen und deutlich machen, dass eine gelebte

Fehlerkultur ein Gewinn für jede Gesundheitseinrichtung ist. Daraus entstand 2005 die Initiative zur Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

Hat das derzeit hochaktuelle Thema Klimaschutz schon mal eine Rolle bei der Themenauswahl gespielt?

Schneider: Es gab Überlegungen, das Thema aufzugreifen - es ist relevant und wir sehen schon viele Aktivitäten in den Kommunen und Institutionen des Gesundheitswesens. Wenn man aber die zahlreichen Facetten des Themas betrachtet, wird deutlich, dass die wichtigen Stellschrauben für einen nachhaltigen Klimaschutz meist außerhalb der Verantwortung des Gesundheitswesens liegen.

Gibt es Verbesserungspotenzial beim Berliner Gesundheitspreis?

Schneider: Ärztekammer Berlin und der AOK-Bundesverband haben mit dem Berliner Gesundheitspreis eine Marke etabliert, die immer am Puls der Zeit ist und Ideen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bekannt macht. Viele Projekte haben vom Preis profitiert, haben mehr Anerkennung in der Region gefunden und sind dort weiter unterstützt worden. Es wäre schön, wenn aus den Ideen vor Ort noch mehr Impulse in die Breite gehen würden. Das erfordert allerdings, wie die ausgezeichneten Projekte zeigen, einen hohen Gestaltungswillen, Überzeugungskraft und langen Atem.

Haben Sie ein Beispiel?

Schneider: Im Jahr 2019 hatten wir Gesundheitskompetenz zum Thema des Berliner Gesundheitspreises gemacht. Zuvor hatte eine Studie gezeigt, dass nahezu 60 Prozent der Bevölkerung nur über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen. Die Auszeichnung ging damals auch an ein Projekt des Kultusministeriums Baden-Württemberg, das Gesundheitswissen im regulären Unterricht von der ersten bis zur zehnten Klasse anbietet. Alle Unterrichtsmaterialien sowie die Curricula für die Aus- und Fortbildung der Pädagogen stehen kostenfrei zur Verfügung. Trotz politischer Forderungen werden die Aktivitäten nicht aufgenommen - am Geld kann es nicht liegen.

Erinnern Sie sich noch an das schönste Lob?

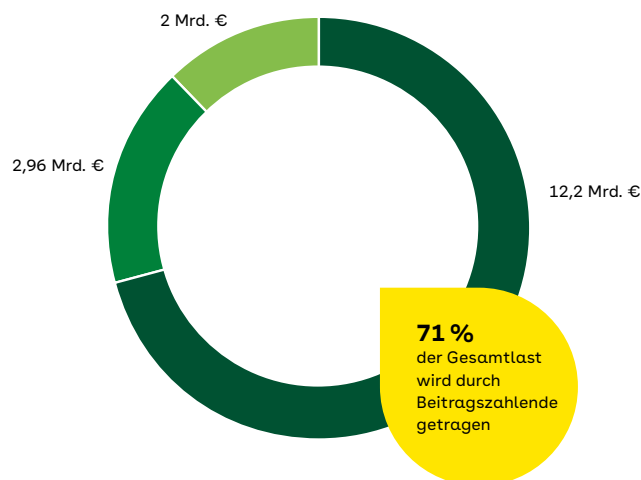
Schneider: Ja, das kam vom damaligen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe anlässlich des 20-jährigen Jubiläums des Preises. Er sagte, der Berliner Gesundheitspreis sei immer ein Schrittmacher gewesen, um das Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Das zeigt, wie der Preis von außen wahrgenommen wird und ist zugleich Motivation für die Initiatoren, die neuen Herausforderungen mit dem Wettbewerb zu thematisieren.

Weitere Informationen:
www.berliner-gesundheitspreis.de



ams Grafik

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – Beitragszahlende tragen die Hauptlast



Detaillierte Aufschlüsselung für 2023:

- **Beitragszahlende:** 12,2 Mrd. € bzw. 71%
 - Abschöpfen Rücklagen: 4 Mrd. € bzw. 23 %
 - Zusatzbeitrag: 4,8 Mrd. € bzw. 28 %
 - Abbau Liquiditätsreserve: 2,4 Mrd. € bzw. 14 %
 - Rückzahlung Darlehn: 1 Mrd. € bzw. 6 %
- **Pharma und Leistungserbringende:** 2,96 Mrd. € bzw. 17%
 - Pharmabranche: 1,79–1,89 Mrd. € bzw. 10%
 - Apotheken: 170 Mio. € bzw. 1 %
 - Krankenhäuser: 375 Mio. € bzw. 2 %
 - Ärztinnen und Ärzte: 620 Mio. € bzw. 4 %
- **Bund:** 2 Mrd. € bzw. 12 %

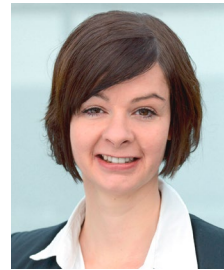
Mehr als sieben von zehn Euro sollen die Krankenkassen und damit die sie tragenden Beitragszahlenden zur Deckung des Defizits in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schultern. Der Entwurf eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) sieht eine Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags, einen erneuten Zugriff auf die Rücklagen der Kassen sowie den Abbau der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vor. Zusammen mit einem Darlehen an die Kassen, das bis 2026 wieder zurückgezahlt werden muss, beläuft sich deren finanzieller Beitrag auf 12,2 Milliarden Euro. Pharma und Leistungserbringende werden lediglich mit 2,96 Milliarden Euro belastet. Der Bund beteiligt sich mit einem Steuerzuschuss von zwei Milliarden, zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen 14,5 Milliarden Euro. Experten prognostizieren für 2023 eine Unterdeckung der GKV von mindestens 17 Milliarden Euro. Darin sind die krisenbedingten Folgekosten noch nicht berücksichtigt. Das FinStG hat mit der Ersten Lesung inzwischen den Bundestag erreicht und soll noch in diesem Herbst verabschiedet werden.

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

ams-nachgefragt bei Nadine-Michèle Szepan

Was passiert, wenn Pflege-Einrichtungen ihre Beschäftigten nicht nach Tarif bezahlen?

09.09.22 (ams). „Für den Fall, dass Pflegeeinrichtungen die Zulassungsvoraussetzung der Bezahlung ihrer Beschäftigten in Pflege und Betreuung mindestens auf Tarifniveau zum 1. September 2022 noch nicht erfüllen, sind in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes eine Kaskade von Sanktionsmöglichkeiten vorgesehen. Zunächst werden die Einrichtungen, die ihre Meldung zur Tariftreue nicht fristgerecht abgegeben haben, von den Landesverbänden der Pflegekassen angeschrieben und nochmals aufgefordert, eine Meldung abzugeben. Falls die jeweiligen Pflegeeinrichtungen nicht auf diese Anforderung reagieren, können die Namen der Einrichtungen, die ihre Mitteilung bisher nicht, nicht richtig oder nicht vollständig abgegeben haben, für den Zeitraum der Pflichtverletzung von den Landesverbänden der Pflegekassen zum Beispiel auf einem Internetportal veröffentlicht werden. Als weitere Sanktionsmöglichkeit sind Strafzahlungen in Höhe von bis zu 15.000 Euro möglich.“



Nadine-Michèle Szepan
leitet die Abteilung Pflege
im AOK-Bundesverband

Falls diese Schritte nicht zur Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen führen und die Einrichtungen nicht nur vorübergehend – in der Regel mehr als drei Monate – die Zulassungsvoraussetzung nicht erfüllen, ist als „Ultima ratio“ die Kündigung des Versorgungsvertrages möglich. Diese Kündigung müsste dann von den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Sozialhilfeträgern ausgesprochen werden. Sie greift jedoch nicht sofort, sondern wirkt laut der gesetzlichen Vorgaben erst nach einem Jahr. In dieser Zeit hat die Einrichtung die Gelegenheit, sich zu bewähren und die Zulassungsvoraussetzungen doch noch zu erfüllen. In dem Falle kann die Kündigung zurückgenommen werden. Es besteht also keine Gefahr, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen plötzlich nicht mehr sichergestellt ist.

Damit aber auch überprüfbar ist, dass die Pflegeeinrichtungen die Bezahlung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Tarifniveau auch jederzeit einhalten, können die Kostenträger Nachweise von den Pflegeeinrichtungen hierüber verlangen. Der GKV-Spitzenverband ist vom Gesetzgeber legitimiert worden, die Einzelheiten zur Durchführung dieses Nachweises in weiteren Richtlinien festzulegen. Letztendlich ist das nur anhand anonymisierte Gehaltsabrechnungen wirklich nachprüfbar.

Zahl des Monats:

90 Prozent der Pflegeeinrichtungen ...

... 27.09.22 (ams) ... zahlen künftig nach Tarif. Nach Angaben des AOK-Bundesverbandes sind bei den Pflegekassen nach dem offiziellen Fristablauf am 30. April noch knapp 9.900 Nachmeldungen von Arbeitgebern ambulanter und stationärer Pflegeanbieter zur Umsetzung der Tariftreuregelung eingetroffen. Etwa 40 Prozent davon waren demnach Erstmeldungen, in den anderen Fällen habe es sich um Änderungsmitteilungen gehandelt.

Die Tariftreue ist seit dem 1. September Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen. Bezahlen Pflegeanbieter ihre Beschäftigten nicht nach Tarif oder in der regional üblichen Tarifhöhe, kann dies ein Grund für die Kündigung des Versorgungsvertrages sein.

Der AOK-Bundesverband hatte im Kassenverbund die Zusammenführung und Prüfung der Tariftreuemeldungen auf Plausibilität übernommen. „Für die Pflegekassen und die Pflegeeinrichtungen sind die gesetzlichen Regelungen zur Tariftreue mit einem erheblichen Aufwand verbunden, aber die Umsetzung ist auf einem guten Weg“, sagte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann.

Die AOK unterstützt im Grundsatz das Ziel einer angemessenen Bezahlung von Pflegepersonal. Es bestehe aber die Gefahr, dass die Kosten in Form höherer Eigenanteile auf die Pflegebedürftigen abgewälzt würden, so die Sorge der Verbandschefin. „Angesichts der dramatischen Finanzlage der Pflegeversicherung, die ohnehin mit dem Rücken zur Wand steht, sind daher dringend nachhaltige Finanzierungslösungen notwendig“, mahnte Reimann.

Die Tariftreue-Regelungen und weitere Vorgaben für die Pflege hatte die Vorgänger-Bundesregierung im Juli 2021 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) auf den Weg gebracht. Teil des Reformpaketes war auch die Einführung eines pauschalen Bundeszuschusses für die Pflegeversicherung in Höhe von jährlich einer Milliarde Euro ab 2022.

EU-Ticker

EU-Kommission stellt Pflege- und Betreuungsstrategie vor

27.09.22 (ams). Die Europäische Kommission hat am 7. September die im Frühjahr angekündigte Strategie für eine bessere Pflege und Betreuung in den Mitgliedstaaten präsentiert. Das Konzept ist Teil der „Europäischen Säule sozialer Rechte“. Zu den damit verbundenen 20 Grundsätzen gehört die Verpflichtung der EU-Institutionen und Mitgliedstaaten, „jeder Person das Recht auf bezahlbare und hochwertige Langzeitpflegedienste, insbesondere häusliche Pflege und wohnortnahe Dienstleistungen“ zu ermöglichen. Dabei gehe es nicht nur um die Situation der Betreuungs- und Pflegebedürftigen, sondern auch um die Rahmenbedingungen für professionelle und ehrenamtliche Betreuungs- und Pflegekräfte“, sagte Nicolas Schmit, EU-Kommissar für Beschäftigung und soziale Rechte.

Etwa ein Drittel der EU-Haushalte mit Langzeitpflegebedürftigen kann es sich laut Kommission nicht leisten, häusliche Pflegedienste in Anspruch zu nehmen. Bei den Langzeitpflegebedürftigen über 65 Jahren sei der Bedarf an Hilfe bei der persönlichen Pflege oder im Haushalt „in fast der Hälfte der Fälle nicht gedeckt“. Bei der EU-Strategie geht es zudem um die Qualität der Pflege und um mehr Gleichberechtigung bei Pflege- und Betreuungsaufgaben. Zudem stehen Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel im Blickpunkt. Im Jahr 2050 dürften nach Darstellung der Kommission 38,1 Millionen Menschen in der EU Langzeitpflege benötigen – das wären 23,5 Prozent mehr als 2019.

Mitteilung der EU-Kommission mit weiterführenden Infos:
germany.representation.ec.europa.eu > Aktuelle Meldungen

Infos zur „Europäischen Strategie für Pflege und Betreuung“
www.ec.europa.eu > Nachrichten

Beitrag zum Thema im AOK-Magazin:
gg-digital.de > 05/22



Gesundheitsdatenraum: EU-Parlament beteiligen

27.09.22 (ams). Die Europavertretung der deutschen Sozialversicherungen (DVS) hat die EU-Institutionen aufgefordert, bei der Umsetzung eines europäischen Gesundheitsdatenraums auf die Besonderheiten der unterschiedlichen Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten zu achten. Deshalb sei es wichtig, den Gesundheitsausschuss des Europaparlamentes (ENVI) verantwortlich am Gesetzgebungsprozess zu beteiligen. Ursprünglich sei dafür allein der Ausschuss für bürgerliche Freiheiten, Justiz und Inneres (LIEBE) federführend vorgesehen gewesen. Die ENVI-Mitglieder, darunter

als deutsche Europaabgeordnete unter anderem Peter Liese (CDU), Tiemo Wölken (SPD) und Jutta Paulus (Grüne), verfügten über „hohe Kompetenz im Bereich der öffentlichen Gesundheit und profunde Kenntnisse über die organisatorischen, institutionellen und finanziellen Besonderheiten der Absicherung des Krankheitsrisikos in den Mitgliedstaaten“, heißt es in der Stellungnahme der DSV-Europavertretung. Nicht zuletzt würden Fragen der grenzüberschreitenden gesundheitlichen Versorgung immer wieder im ENVI-Ausschuss erörtert. „Die Implikationen, die die Regelungen und Vorgaben der Verordnung für die Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten haben werden, sind von Beginn an mitzudenken“, heißt es in der Stellungnahme weiter. Für den Erfolg des gemeinsamen Gesundheitsdatenraumes in der Praxis sei das eine notwendige Bedingung.

Statement der DSV-Europavertretung:
dsv-europa.de > Positionspapiere
> Gesundheit und Pflege



Effizientere Medizinprodukte-Zulassung

27.09.22 (ams). Die EU-Kommission hat Ende August eine Liste mit Maßnahmen veröffentlicht, die nach Darstellung von Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides „den Übergang zu strengeren EU-Vorschriften bei der Regulierung von Medizinprodukten erleichtern und Engpässe vermeiden sollen“. Das von der EU-Koordinierungsgruppe für Medizinprodukte erarbeitete Papier sieht unter anderem vor, dass die sogenannten Benannten Stellen die Prüf- und Zulassungsverfahren durch „hybride Audits“ beschleunigen, die Zulassungsverfahren effizienter gestalten und besonders kleine und mittlere Unternehmen bei der Antragstellung besser unterstützen sollen. Kyriakides rief aber auch die Hersteller dazu auf, die neuen rechtlichen Anforderungen rechtzeitig zu erfüllen. Die Koordinierungsgruppe werde die Verfügbarkeit von Produkten weiter beobachten und im Dezember einen Sachstandsbericht vorlegen. Mit der aktuellen Liste kommt die Kommission einem Auftrag der EU-Gesundheitsministerkonferenz vom Juni nach.

Darüber hinaus seien jedoch weitere Maßnahmen nötig, forderte der CDU-Europaabgeordnete und gesundheitspolitische Sprecher der EVP-Fraktion, Peter Liese. Gegenüber dem AOK-Magazin „G+G“ sprach er sich dafür aus, Engpässe bei der Versorgung mit Medizinprodukten unter anderem durch eine „erneute Verschiebung der Pflicht für Zertifizierung unter Auflagen und eine gezielte Förderung von sogenannten Orphan Devices“ zu verhindern. Bei der Umsetzung der Medizinprodukteverordnung gebe es „gravierende Probleme“, die unter anderem durch die Corona-Pandemie verursacht worden seien. Zudem seien Rat, Kommission und Parlament mit der Verordnung „teilweise über das Ziel hinausgeschossen“. Nicht alle Maßnahmen seien angemessen, um den Schutz der Patientinnen und Patienten zu verbessern, so der Europaabgeordnete.

Dagegen hatte der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung vor Fristverlängerungen gewarnt. Die aktuelle Diskussion über den Umgang mit möglichen Versorgungsproblemen bei Medizinprodukten verzerre die Sachlage, sagte Verbandchefin Doris Pfeiffer. Die Verordnung sei „ein wichtiger Fortschritt, denn sie dient in

erster Linie dem Schutz der Patientinnen und Patienten“. Wenn aufgrund von Kapazitätsengpässen bei den Benannten Stellen die Verfügbarkeit einzelner Produkte gefährdet sein sollte, „dann muss dieses Problem gezielt gelöst werden, anstatt die Qualitätsstandards für alle Produkte generell über Bord zu werfen“, so Pfeiffer.

Info der EU-Kommission:
germany.representation.ec.europa.eu > Aktuelle Meldungen

Statement GKV-Spitzenverband:
www.gkv-spitzenverband.de > Über Uns > Presse



Affenpocken: EU stockt den Impfstoff-Vorrat auf

27.09.22 (ams). Die Europäische Kommission hat als Reaktion auf anhaltende Affenpocken-Infektionen knapp 171.000 weitere Dosen eines Impfstoffs des Pharmaunternehmens Bavarian Nordic bestellt. Das sagte EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides nach einer Sitzung des Lenkungsausschusses der EU-Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (Hera). Für den dringenden Bedarf der Mitgliedstaaten an Impfstoff gegen Affenpocken habe die Kommission bisher mehr als 330.000 Dosen gesichert, erläuterte Kyriakides. An der Tagung am 7. September in Prag nahmen auch die EU-Gesundheitsminister sowie Vertreter von Bavarian Nordic und der Covid-19-Impfstoffhersteller Biontech/Pfizer und Moderna teil. Bei den Gesprächen mit den Pharmaunternehmen ging es nach Angaben des tschechischen Gesundheitsministers als Gastgeber hauptsächlich um den Umgang mit Überschuss an Covid-19-Impfstoffen und um mehr Flexibilität bei laufenden und künftigen Verträgen mit den Herstellern.

Infos der EU-Kommission zum Affenpocken-Impfstoff:
germany.representation.ec.europa.eu > Aktuelle Meldungen

Presseinfo der tschechischen EU-Ratspräsidentschaft
zur Tagung der EU-Gesundheitsminister:
czech-presidency.consilium.europa.eu > News



EU-Gesundheitsminister beraten über Ukraine-Hilfen

27.09.22 (ams). Der Rat der EU-Gesundheitsminister (Epsco) hat sich beim jüngsten Treffen am 6./7. September in Prag auch mit der europäischen Hilfe für das ukrainische Gesundheitssystem beschäftigt. Dazu war der ukrainische Gesundheitsminister Viktor Liashko eingeladen. Nach Angaben der tschechischen Ratspräsidentschaft wurde sowohl über die laufende Soforthilfe als auch erstmals über die Wiederherstellung des ukrainischen Gesundheitssystems gesprochen. Dabei sei es auch um die gegenseitige Anerkennung von Ausbildungen und Qualifikationen im Bereich der Gesundheitsversorgung gegangen. Unterdessen hat die EU Anfang September im polnischen

Rzeszów an der Grenze zur Ukraine nahe Lwiw (Lemberg) ein neues EU-Zentrum für die medizinische Evakuierung ukrainischer Patienten eröffnet. „Das Zentrum bietet Ukrainerinnen und Ukrainern einen sicheren Ort, von dem aus sie anschließend zur Behandlung in Krankenhäuser anderer europäischer Länder ausgeflogen werden“, erläuterte der EU-Kommissar für Krisenmanagement, Janez Lenarčič. Das Zentrum Sorge „rund um die Uhr“ für medizinische Hilfe und psychologische Betreuung und erleichtere auch dem medizinischen Personal die Versorgung Schutzbedürftiger. Das Projekt wird laut Kommission aus dem EU-Etat für Katastrophenschutz finanziert.

Infos der EU-Ratspräsidentschaft zur Epsco-Tagung:
czech-presidency.consilium.europa.eu > News

**Mitteilung der EU-Kommission zur Eröffnung
des medizinischen Evakuierungszentrums:**
germany.representation.ec.europa.eu > Aktuelle Meldungen



Krebsfrüherkennung: Hersteller-Fusion untersagt

27.09.22 (ams). Die EU-Kommission hat die bereits vollzogene Übernahme des US-Biotechnologieunternehmens Grail durch das ebenfalls in den USA ansässige Pharmaunternehmen Illumina untersagt. Die Fusionskontrolle habe ergeben, dass der Zusammenschluss Innovationen behindern und die Auswahl auf dem neu entstehenden Markt für blutbasierte Krebsfrüherkennungstests einschränken würde, sagte die für Wettbewerbspolitik zuständige Vizepräsidentin der Kommission, Margrethe Vestager, am 6. September in Brüssel. „In einem Wettlauf mit anderen Unternehmen entwickelt Grail einen blutbasierten Krebsfrüherkennungstest. Wenn dies gelingt, werden diese Tests unseren Kampf gegen Krebs revolutionieren und dazu beitragen, Millionen von Leben zu retten“, so Vestager. Illumina sei derzeit der einzige ernstzunehmende Anbieter einer Technologie, die es ermögliche, diese Tests zu entwickeln und zu verarbeiten. Der Zusammenschluss hätte Illumina die Möglichkeit gegeben, „die Konkurrenten von Grail vom Zugang zu seiner Technologie abzuschneiden oder sie anderweitig zu benachteiligen“, betonte die Wettbewerbskommissarin. Es sei „von entscheidender Bedeutung, den Wettbewerb zwischen den Entwicklern von Krebsfrüherkennungstests in diesem kritischen Stadium der Entwicklung zu erhalten“. Beide Unternehmen hatten ihre Fusion trotz des laufenden EU-Kontrollverfahrens umgesetzt.

Infos der EU-Kommission zum Verfahren der Fusionskontrolle:
www.ec.europa.eu > Nachrichten



Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Neue Kassenleistung in Aussicht

Die Kryokonservierung von Eierstockgewebe sowie die verbundenen medizinischen Maßnahmen gehören voraussichtlich ab Frühjahr 2023 unter bestimmten Voraussetzungen zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Bisher hatten GKV-versicherte Frauen nach keimzellschädigender Therapie nur Anspruch auf Kryokonservierung von Eizellen, die nun auf die Kryokonservierung von operativ gewonnenem Eierstockgewebe erweitert wird. Laut GBA gibt es damit für junge Frauen ab der ersten Regelblutung sowie für ältere Frauen künftig eine weitere medizinische Option, um eine spätere Schwangerschaft zu ermöglichen. Dies sei vor allem für diejenigen Patientinnen relevant, bei denen eine hormonelle Stimulation der Eierstöcke – als fester Bestandteil der Behandlung vor der Eizellentnahme – nicht möglich sei, weil beispielsweise die Therapie der Grunderkrankung sofort beginnen müsse, so der GBA. Mit Kryokonservierung wird das Aufbewahren von Zellen oder Gewebe durch Einfrieren in flüssigem Stickstoff bezeichnet. Voraussetzung für die medizinische Indikation zur Kryokonservierung sind geplante keimzellschädigende Behandlungen, wie zum Beispiel eine Strahlentherapie mit zu erwartender Schädigung der Keimdrüsen. Die Richtlinie sieht zudem eine umfassende Beratung der Versicherten durch qualifizierte Ärzte vor.

Behandlungsoptionen bei DMP für COPD neu geregelt

Patienten, die an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) leiden, können künftig von veränderten Behandlungsoptionen profitieren. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) seine Anforderungen an das Disease-Management-Programm (DMP) bei COPD aktualisiert. Bis die Änderungen in der Praxis umgesetzt werden, dauert es allerdings noch. Aktualisiert wurden die Empfehlungen zu den vorrangig zu verordnenden Arzneimitteln. Ziel ist es nach Angaben des GBA, Symptome wie Atemnot und Husten zu verbessern und plötzliche Verschlechterungen zu vermeiden. Sofern eine Langzeit-Sauerstofftherapie notwendig ist, ist nun festgelegt, dass diese mindestens 15 Stunden pro Tag durchzuführen ist. Bei den operativen Therapieoptionen soll bei einem schweren Lungenemphysem auch eine Lungenvolumenreduktion erwogen werden. Als Ultima Ratio bei einer sehr schweren COPD kann eine Lungentransplantation infrage kommen. Aufgrund der besonderen Relevanz für den Erkrankungsverlauf einer COPD soll die Patientin oder der Patient künftig nicht nur über die besonderen Risiken des aktiven Rauchens, sondern auch des Passivrauchens sowie des Konsums von E-Zigaretten aufgeklärt werden. Derzeit nehmen circa 830.000 gesetzlich Versicherte am DMP COPD teil.

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



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Es kommt - wenn auch nur langsam - Bewegung in die gesundheitspolitische Gesetzgebung. Das „Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) hat inzwischen den Bundestag erreicht. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach verteidigte den Kabinettsentwurf während der Ersten Lesung. Es gehe zunächst darum, das „geerbte Defizit“ von 17 Milliarden Euro zu schließen. Danach könnten und müssten die notwendigen Strukturreformen erfolgen. Lauterbach erneuerte seine Zusage, Leistungskürzungen „auf jeden Fall“ zu vermeiden. Die Opposition nutzte die Debatte zur Generalabrechnung mit der Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek sprach von einem „Versorgungs-Destabilisierungsgesetz“. Pflegeversicherung, Krankenhausfinanzierung, sektorenübergreifende Versorgung seien „alles Themen, die wichtiger und richtig sind“, so der CSU-Politiker. Das Gesetz soll Ende Oktober verabschiedet werden. Der Entwurf für ein „Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfLEG) hat Mitte September das Kabinett passiert (Stand: 26.09.22). Die wichtigsten Reformgesetze der vergangenen 32 Jahre gibt es im Internet: www.aok-reformdatenbank.de.

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)

Zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) will die Bundesregierung vor allem die Krankenkassen selbst und die Beitragszahler heranziehen. Es gelte ein „historisches Defizit von 17 Milliarden Euro zu beseitigen“, das er von seinem Vorgänger geerbt habe, begründete Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Pläne, schloss gleichzeitig aber Leistungskürzungen aus. Vorbehaltlich der Beratungen im GKV-Schätzerkreis im Herbst soll der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz um 0,3 Punkte auf 1,6 Prozent steigen. Einschließlich des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 Prozent würden die Krankenkassenbeiträge damit erstmals die 16-Prozent-Marke überspringen. Die Beitragsanhebung entspreche einem Betrag von 4,8 bis fünf Milliarden Euro, erläuterte der SPD-Politiker. Wie sich die Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes auf die realen kassenindividuellen Zusatzbeiträge auswirkt, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht abzusehen.

Der Bundeszuschuss zur GKV soll 2023 um zusätzlich zwei Milliarden auf dann 16,5 Milliarden Euro steigen. Außerdem sollen die Kassen ein befristetes Bundesdarlehen in Höhe von einer Milliarde Euro erhalten. Um diesen Kredit rechtssicher zu gestalten, müssten die Kassen zunächst weitere rund vier Milliarden Euro aus noch vorhandenen Wirtschaftsreserven abgeben. Im Zuge eines „kassenübergreifenden Solidarausgleichs“ sollen 2023 die Finanzreserven der Krankenkassen oberhalb von 0,2 Monatsausgaben, abzüglich eines Freibetrags von zwei Millionen Euro, in zwei Stufen anteilig dem Gesundheitsfonds zugeführt werden. Die gesetzliche Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen soll von aktuell 0,8 auf 0,5 Monatsausgaben

sinken. Die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds soll von derzeit 0,5 auf 0,25 Monatsausgaben abgeschmolzen werden. Schließlich soll der Anstieg der sächlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen für 2023 auf 3,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr begrenzt und die Zuweisungen an die Krankenkassen für Verwaltungsausgaben um 25 Millionen Euro gemindert werden.

Auf der Ausgabenseite setzt der Entwurf insbesondere bei den Arzneimittelausgaben an. Eine zunächst geplante „Solidaritätsabgabe pharmazeutischer Unternehmer“ von zwei Milliarden Euro verteilt auf zwei Jahre wurde zwar im Zuge der Kabinettsberatungen gestrichen. Stattdessen ist für das Jahr 2023 ein um fünf Prozentpunkte erhöhter Herstellerabschlag insbesondere für patentgeschützte Arzneimittel vorgesehen und der Apothekenabschlag steigt für zwei Jahre von 1,77 Euro auf zwei Euro je Arzneimittelpackung. Das Preismoratorium bei Arzneimitteln wird bis Ende 2026 verlängert. Darüber hinaus plant das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Weiterentwicklung des Gesetzes zur Nutzenbewertung und Preisfindung bei neuen Medikamenten (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz - AMNOG) vorgesehen. So soll der ausgehandelte Erstattungspreis für neue Medikamente rückwirkend bereits ab dem siebten Monat gelten. Bisher konnten die Pharmaunternehmen den Preis im gesamten ersten Jahr nach Zulassung frei festsetzen. Zudem sollen künftig auch Instrumente wie mengenbezogene Staffelungen, ein jährliche Gesamtvolumen oder Packungsgrößen genutzt werden. Auch soll die Umsatzschwelle für Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen für die Nutzenbewertung auf 20 Millionen Euro reduziert werden. Auch die Apotheker an den Sparmaßnahmen beteiligt werden, indem der der Apothekenabschlag für zwei Jahren auf zwei Euro erhöht wird.

Kliniken und niedergelassene Ärzte werden von den vorgesehenen Maßnahmen weitgehend ausgenommen. Im Krankenhausbereich soll die Doppelfinanzierung von Pflegekosten ausgeschlossen werden, indem ab dem Jahr 2024 nur noch die Pflegepersonalkosten qualifizierter Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind, im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Das umstrittene Zusatzhonorar für Neupatienten bei den Ärzten soll gestrichen werden. Der Anstieg der Punktwerte und Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz werden 2023 und 2024 begrenzt. Die Frist zum 30. September 2021 für den Abschluss der Verträge zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer zur Blankoverordnung im Heilmittelbereich wird gestrichen.

Gesetzesentwurf:
dipbt.bundestag.de
> Dokumente > Drucksache 20/3448



Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG)

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will die Personalsituation in der Pflege kurzfristig verbessern und hat nun einen Referentenentwurf für ein „Krankenhauspflegeentlastungsgesetz“ (KHPfLEG) vorgelegt. Demnach soll zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die zunächst als Übergangslösung gedachte Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) eingesetzt werden. Laut Entwurf wird das BMG

ermächtigt, in einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes und zur Festlegung der Personalbesetzung auf bettenführenden Stationen der Somatik zu bestimmen.

Darüber hinaus will das BMG den Stau bei den Budgetverhandlungen der Krankenhäuser auflösen - notfalls mit Schiedsstellen. Um zeitnahe Abschlüsse zu gewährleisten, würden die Verhandlungen durch Fristen gestrafft und besser strukturiert, heißt es im Referentenentwurf. Sollten die Vertragsparteien auf Ortsebene keine Einigung erzielen, würden die Schiedsstellen automatisch tätig werden.

Auch den Verwaltungsaufwand für Krankenhäuser und Krankenkassen plant das BMG zu vereinfachen und will dazu Rechtsgrundlagen schaffen, etwa um Aufschläge auf beanstandete Rechnungen von den Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung geltend machen zu können. Darüber hinaus sieht der Referentenentwurf vor, die Weiterentwicklung der digitalen medizinischen Versorgung zu stärken, und etwa die Nutzung der elektronischen Patientenakte für Leistungserbringer zu verbessern.

Kabinettsentwurf
www.bundesgesundheitsministerium.de
> **Gesetze und Verordnungen**
> **Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG)**



Kurzmeldungen

Long-COVID-Coach ist online

15.09.22 (ams). Der „Long-COVID-Coach“ der AOK soll den Umgang mit Folge-Erkrankungen nach einer Corona-Infektion erleichtern. Das Angebot steht Betroffenen und deren Angehörigen kostenfrei zur Verfügung und wurde in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Heidelberg und der Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl entwickelt. Eine aktuelle Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ergab, dass Long-COVID-Patienten im Schnitt sieben Wochen krankgeschrieben sind. Die Auswertung zeigt zudem deutliche Unterschiede zwischen der Omikron- und der Deltawelle. Laut WIdO fiel seit Pandemiebeginn mehr als jeder Fünfte durchgängig erwerbstätige AOK-Versicherte im Zusammenhang mit einer akuten COVID-19-Erkrankung aus.

Weitere Informationen: www.aok.de/long-covid



Vorschläge für die Vorhaltefinanzierung in Kliniken

31.08.22 (ams). Die Ampel will die Finanzierung von Vorhaltekosten in Krankenhäusern neu regeln – so sieht es der Koalitionsvertrag vor. Der AOK-Bundesverband hat in einem Positionspapier seine Vorschläge und Ideen zum Thema zusammengefasst. „Die Reform der Krankenhausplanung und die Neujustierung der Vorhaltefinanzierung müssen Hand in Hand gehen“, unterstrich die Vorstandsvorsitzende, Dr. Carola Reimann. Das AOK-Modell sieht eine Finanzierung über Strukturpauschalen vor, die „an konkrete Anforderungen in Bezug auf die personelle und technische Ausstattung eines Krankenhauses“ geknüpft werden sollen. Ziel seien „echte Impulse für eine Modernisierung der Krankenhauslandschaft“, so Reimann.

Weitere Infos: www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Zu hohe Arzneimittelpreise – zu wenig Steuerzuschuss

29.08.22 (ams). Nur acht Prozent der gesetzlich Versicherten sind für höhere Beiträge, um die Finanzen der Krankenkassen zu stabilisieren. 62 Prozent hingegen sind für eine stärkere Regulierung der Arzneimittelpreise und 42 Prozent für einen höheren Steuerzuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das sind die Ergebnisse einer Civey-Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Sie zeigten, „dass die Bundesregierung hier dringend handeln sollte“, sagte Verbandschefin Dr. Carola Reimann und forderte, Maßnahmen zur Vermeidung steigender Beiträge im dritten Entlastungspaket der Bundesregierung zu verankern.

Weitere Infos: www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

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

www.aok-bv.de/presse/medienservice

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:
