

# AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes [www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de)

## Politik

11/17

 @AOK\_Politik



MORBI-GUTACHTEN DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS	
■ ZIELGENAUE VORSCHLÄGE FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG	2
AMS-GRAFIK: AUSGABENDECKUNG	
■ SO ZIELGENAU IST DER MORBI-RSA	4
AMS-INTERVIEW: NADINE-MICHÈLE SZEPAN	
■ „NEUE REGELN GEBEN PFLEGEKRÄFTEN MEHR FREIRÄUME“	5
AMS-ZITAT: PROF. DR. FERDINAND GERLACH	
■ „RUND DIE HÄLFTE DER PATIENTEN IN NOTAUFNAHMEN ...“	8
AMS-NACHGEFRAGT: KATHRIN HAYN	
■ SINKEN JETZT DIE KRANKENKASSENBEITRÄGE?	9
DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN	
■ DIE PLANUNGEN LAUFEN LÄNGST AN DER EGK VORBEI	10
EU-TICKER	
■ ESTLAND SETZT WEITER IMPULSE FÜR DIE DIGITALISIERUNG	12
ZAHL DES MONATS	
■ BEI 3.516.605 DER OPERIERTEN FÄLLE ...	14
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	15
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	17
KURZMELDUNGEN	19

Sondergutachten des Bundesgesundheitsministeriums

## Zielgenaue Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA

17.11.17 (ams). Zentrale Funktion des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ist die Vermeidung von Risikoselektion. Das unterstreicht der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA) in seinem neuen Sondergutachten. Dieses Ziel werde umso besser erreicht, je höher die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Ebene der Individuen, von Versichertengruppen und Krankenkassen sei. Perspektivisch empfiehlt der Beirat die Berücksichtigung aller Krankheiten und nicht nur wie heute einer bestimmten Auswahl von 80 Krankheiten. „Die neutrale Expertise des Beirates zeigt allen Beteiligten nun einen zukunftsweisenden Weg für die Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung auf“, kommentiert der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK Bundesverbandes, Jens Martin Hoyer, die bisher vorliegende Zusammenfassung.

Der Morbi-RSA ist der Schlüssel zur Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Dabei geht es pro Jahr um weit über 200 Milliarden Euro. Das nun vorgelegte Gutachten ist die zweite wissenschaftlich unabhängige Untersuchung auf Basis aller verfügbaren Daten. Alle Krankenkassen haben nach vielfacher Kritik am Morbi-RSA eine unabhängige Evaluation gefordert. Der Wissenschaftliche Beirat hat dabei alle Kritikpunkte der Krankenkassen sowie eine umfassende Vorschlagsliste zur Änderung des Morbi-RSA untersucht. Die Krankenkassen konnten in einem öffentlichen Anhörungsverfahren eigene Vorschläge für die wissenschaftliche Analyse einbringen. Das Bundesgesundheitsministerium hatte die umfassende Evaluation zur Wirkung des Morbi-RSA und der verschiedenen Reformvorschläge Ende 2016 in Auftrag gegeben.

### Zielgenauigkeit als Maßstab

Nach der aufgeregten Debatte der vergangenen Monate wollten nicht nur alle gesundheitspolitischen Entscheider in Bundestag und Bundesregierung Klarheit über den notwendigen Änderungsbedarf am Morbi-RSA. Auch alle Kassenverbände hatten das Gutachten gefordert. Bei der Vorstellung der Ergebnisse betonten die Experten ihre große Einigkeit. Mit Professor Wambach ist in diesem Gremium auch der Experte für Monopolfragen in der Bundesrepublik vertreten.

Die Wissenschaftler stellen fest, dass der heutige Morbi-RSA gut funktioniert. Gleichzeitig markieren sie an einigen Stellen Weiterentwicklungsbedarf. Wichtig ist dem Beirat, dass für die Bewertung der Zielgenauigkeit und der Weiterentwicklung des Morbi-RSA die Reduzierung der Risikoselektionsanreize auf

Ebene der Versicherten, von Versichertengruppen und der Krankenkassen als Maßstab definiert ist. Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder Deckungsgraddifferenzen zwischen Kassenarten hält das Expertengremium dagegen für ungeeignet. AOK-Verbandsvize Hoyer versteht die Schlussfolgerungen der Wissenschaftler auch als Appell an eine neue Bundesregierung: „Das Gutachten ist eine sehr gute Grundlage für die mögliche Jamaika-Koalition. Das einzige wirksame Mittel gegen den teils unsachlichen Kassen-Streit ist eine wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung des RSA.“

## Manipulationsfestigkeit stärken

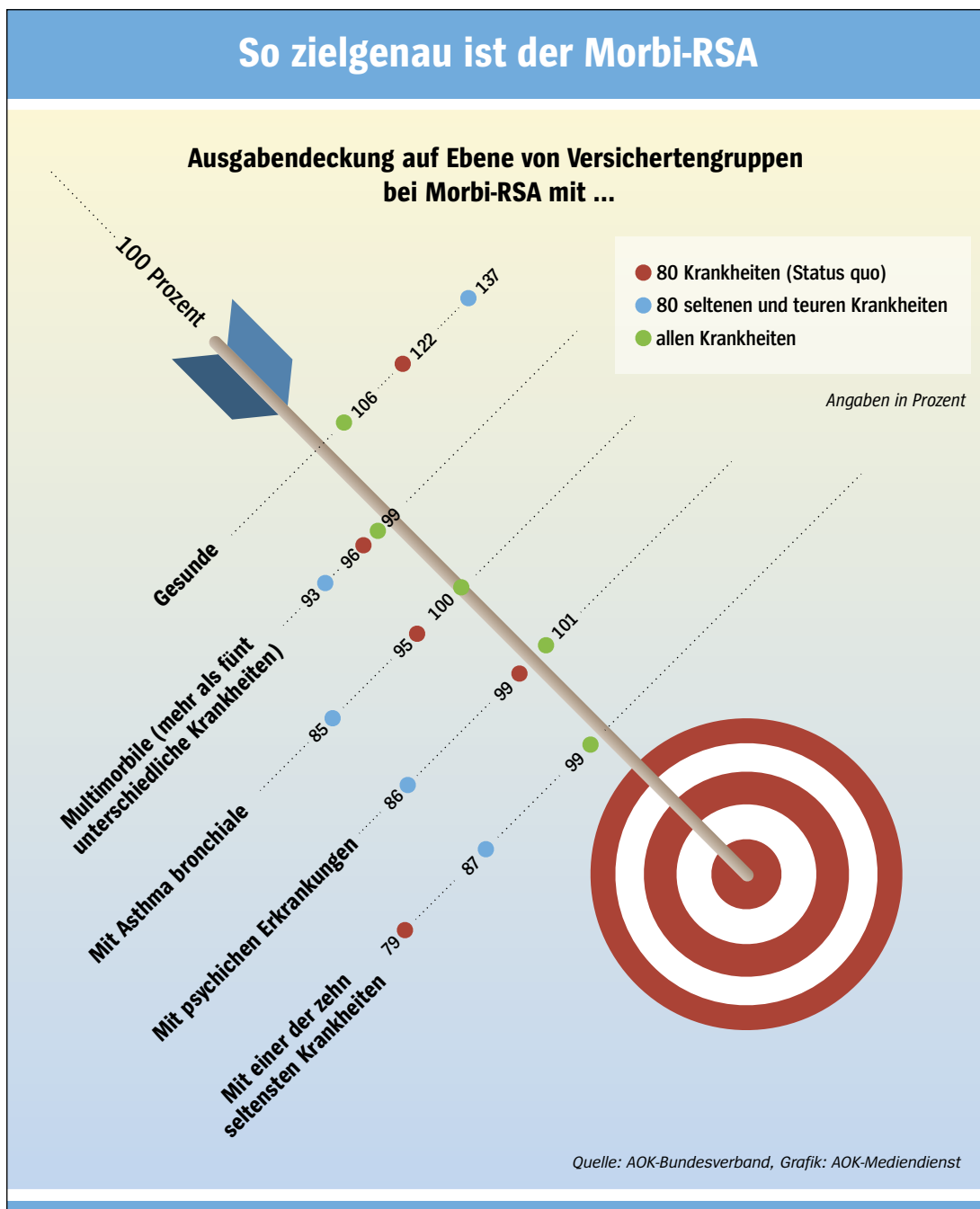
Der Beirat spricht sich gleichzeitig für eine regelmäßige systematische Evaluation des Morbi-RSA aus. Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA empfiehlt er außer der Berücksichtigung aller Krankheiten, die Einführung altersbezogener Morbiditätszuschläge sowie die Abschaffung gesonderter Zuschläge für Teilnehmer an Disease-Management-Programmen (DMP). Darüber hinaus befürworten die Wissenschaftler ein Bündel an Maßnahmen, um die Manipulationsfestigkeit des Morbi-RSA zu stärken. Dazu zählen neben der Einführung einheitlicher ambulanter Kodierrichtlinien und zertifizierter Praxissoftware auch ein zentrales Register für Selektivverträge, der Ausschluss kassenindividueller Kodiermodule, die Stärkung des Prüfverfahrens nach Paragraph 273 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), eine umfassendere Plausibilitätskontrolle der Diagnosen durch Arzneimittel sowie durch Operationen- und Prozedurenschlüssel. Obwohl Hinweise auf eine Beeinflussung vorlägen, empfiehlt der Beirat nicht, auf ambulante Diagnosen im Morbi-RSA zu verzichten. Sie seien für die Abbildung der Morbidität erforderlich und könnten nicht durch Arzneimittelinformationen ersetzt werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, dass die Diagnosen des Morbi-RSA im krankheitsbezogenen Vergleich mit epidemiologischen Daten keine auffällige Überkodierung aufweisen. Bei der Frage, ob Beitragsgelder regional anders verteilt werden müssen, verweist der Beirat auf das für kommendes Frühjahr erwartete Folgegutachten.

Trotz des alles in allem guten Zeugnisses wird der Streit zwischen den Krankenkassen, wie die ersten Reaktionen auf das Gutachten zeigen, schwer zu befrieden sein. Der AOK-Bundesverband hatte in diesem Zusammenhang bereits angemahnt, die fachliche Kompetenz weder zu ignorieren noch in Frage zu stellen. „Die von allen geforderte wissenschaftliche Expertise ist jetzt da und die Fakten sind zu berücksichtigen“, resümiert Vorstandsvize Hoyer.

(rbr)

**Grundsätzliches zum Morbi RSA  
sowie die Zusammenfassung des Gutachtens im Dossier:  
[www.morbi-rsa.de](http://www.morbi-rsa.de)**





Je näher die Ausgabendeckung an 100 Prozent liegt, desto zielgenauer ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) und desto geringer sind die Anreize zu Risiko-selektion. Wenn der Morbi-RSA alle Krankheiten berücksichtigt – so wie es der Wissenschaftliche Beirat auch in seinem Sondergutachten vorschlägt –, erfüllt er sein Ziel besser als das aktuelle Modell mit 80 Krankheiten oder das Modell mit 80 seltenen und teuren Krankheiten, das verschiedene andere Krankenkassen und deren Verbände vorschlagen.

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

ams-Interview: Nadine-Michèle Szepan, AOK-Bundesverband

## „Die neuen Regeln geben den Pflegekräften mehr Freiräume“

17.11.17 (ams). Kurz vor Ende des Wahlkampfes hat eine Diskussion um die Pflege an Fahrt aufgenommen, und sie hält noch an. Die Debatte zeichnet ein nahezu düsteres Bild vom angeblichen Pflegenotstand in Deutschland. Dabei gab es für die zahlreichen Pflegereformen der letzten Bundesregierung Lob von allen Seiten.

**Nadine-Michèle Szepan, sie leiten die Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband und haben den Pflegereformprozess aktiv begleitet. Hat Sie die Diskussion überrascht?**



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

**Szepan:** Ja, das hat mich überrascht, sowohl die Heftigkeit als auch der Zeitpunkt. Denn die Große Koalition hat mit den drei Pflegestärkungsgesetzen und dem Pflegeberufe-Reformgesetz einige Dinge auf den Weg gebracht, die den Mangel an Pflegefachkräften aufgreifen. Ich erinnere nur daran, dass wir den gesetzlichen Auftrag bekommen haben, im Pflege-Qualitätsausschuss ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln. Bisher verhandeln die Vertragspartner auf Landesebene – Pflege und Kostenträger – über Personalschlüssel oder Korridore, was zu teilweise unerklärlichen regionalen Unterschieden bei der Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen geführt hat. Das ist nicht nachzuvollziehen. Denn es gibt keine fachliche Begründung für das unterschiedliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegebedürftigen in Brandenburg und Berlin.

**Die Pflegesituation in Deutschland ist also nicht so schlecht, wie man zwischenzeitlich den Eindruck haben konnte?**

**Szepan:** Die Pflege hat heute aufgrund fehlender Fachkräfte Personalprobleme, weswegen auch teilweise Belegungsstopps in Pflegeeinrichtungen ausgesprochen werden. Das ist ja auch der Grund, weshalb die letzte Bundesregierung zahlreiche Initiativen neben den großen Reformgesetzen in der Pflege auf den Weg gebracht hat, etwa die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Aber ich glaube, hinsichtlich der Pflegereform und ihrer Wirkung müssen wir geduldiger sein. Mit dem nun geltenden umfassenderen Verständnis von Pflegebedürftigkeit verbinde ich eine Chance, auch das Berufsfeld der Pflege attraktiver zu machen. Der bisher defizit-orientierte Pflegebedürftigkeitsbegriff mit seiner verrichtungsbezogenen Ausprägung hat auch das Berufsbild der Altenpflege – satt und sauber – entscheidend geprägt. Nun aber geht es nicht mehr darum, die reinen

Verrichtungsmaßnahmen, die ein Pflegebedürftiger braucht, durch eine Pflegekraft vollständig übernehmen zu lassen. Sondern es geht darum, den Pflegebedürftigen zu aktivieren und anzuleiten, seine Fähigkeiten wiederzuerlangen oder zumindest die Fähigkeiten zu erhalten, die er noch hat. Das ist ein ganz anderer Blickwinkel und wird auch die Arbeit der Pflegefachkräfte zum Positiven verändern. Dieser Paradigmenwechsel dauert jedoch eine gewisse Zeit. Das geht nicht in einer Nacht vom 31. Dezember 2016 auf den 1. Januar 2017, denn auch die Arbeits- und Rahmenbedingungen müssen verbessert werden. Es gibt hohe Ansprüche zur Umsetzung ganzheitlicher Pflege, aber oft geben Zeitmangel und Überforderung den Ton an.

## **Dennoch sagen Kritiker, man habe bei den Verbesserungen für die Pflegebedürftigen die Pflegenden vernachlässigt?**

**Szegan:** Mit der letzten Pflegereform sind zahlreiche Maßnahmen festgezurrt worden, die viel mit der Attraktivität des Pflegeberufs zu tun haben. Einer der relevanten Faktoren ist die angemessene Bezahlung. Auch hier hat die Bundesregierung den Rahmen geschaffen, dass die Bezahlung von Tariflöhnen von den Vertragspartnern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf und die Träger von Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, die vereinbarte Entlohnung jederzeit einzuhalten. Die Kostenträger können hierzu Nachweise verlangen. Die AOK hat sich für diese Transparenz eingesetzt, dass das vereinbarte Gehalt auch tatsächlich bei den Pflegekräften ankommt und nicht durch Nebenabsprachen in Arbeitsverträgen oder durch Ausgliederungen in Personalgesellschaften umgangen wird. Hier hat der Gesetzgeber durchaus gute Instrumente geschaffen, die aber erst noch umgesetzt werden müssen.

## **Bezahlung kann aber doch nur ein Faktor sein.**

**Szegan:** Das ist richtig. Es gibt ja auch jetzt schon Möglichkeiten, die Personalarbeit in der Pflege zu verbessern, die Belastungen im Beruf zu reduzieren und die Attraktivität zu steigern. Die AGP Sozialforschung etwa hat im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums eine Arbeitshilfe mit 14 Schlüsselfaktoren für erfolgreiche Personalarbeit in der Altenhilfe veröffentlicht. Dazu bedarf es nicht unbedingt gesetzlicher Regelungen. Betriebliche Gesundheitsmanagement, Führung und verlässliche Dienstplangestaltung liegen in der Verantwortung der jeweiligen Arbeitgeber.

## **Welche Rolle spielt die Reform der Pflege-Qualitätssicherung?**

**Szegan:** Sie spielt insofern eine wichtige Rolle, als künftig die Ergebnisindikatoren im Qualitätssicherungssystem eine bedeutende Rolle erhalten.

Sie sind Anker für ein Konzept erfolgreicher Pflege. Die Arbeit mit solchen wissenschaftlichen Instrumenten motiviert Pflegekräfte, weil fachliche Kompetenzen in besonderem Maße gefragt sind und somit das Selbstbewusstsein gestärkt wird. Wenn Pflegekräfte in ihrer Berufsrolle und in ihrem Wissen ernst genommen werden, fühlen sie sich wertgeschätzt.

**Was kann der von Ihnen bereits angesprochene Paradigmenwechsel durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff für die Attraktivität des Berufs leisten? Auf den ersten Blick gibt es zunächst einmal mehr Leistungsempfänger und mehr Arbeit.**

**Szegan:** 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 konnte man im Besonderen bei den Ergebnisindikatoren-Projekten der Caritas in Köln und Münster, aber auch beim Projekt des Pflegebeauftragten der Bundesregierung zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – der sogenannten SIS – beobachten. Sie geben den Pflegekräften mehr Freiräume für Fachlichkeit. Sie treffen ihre Entscheidungen aufgrund ihrer beruflichen Expertise und Erfahrung. Insofern stärkt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht nur die Position der Pflegebedürftigen, sondern auch die Kompetenz und die Eigenverantwortung der Pflegefachkräfte. Auch das wird den Beruf attraktiver machen.

**Außer der Pflegereform hat es eine Reform der Pflegeausbildung gegeben. Die Ausbildungsgänge zum Alten- beziehungsweise Krankenpfleger werden in den ersten beiden Jahren zusammengelegt. Danach gibt es die Möglichkeit, sich zu spezialisieren. Wer wird davon mehr profitieren, die Pflegeheime oder die Krankenhäuser, die schon jetzt die höheren Gehälter zahlen?**

**Szegan:** Das weiß ich nicht. Das wäre Kaffeesatzleserei. Aber die Befürchtung, dass generalistisch ausgebildete Pflegekräfte ihr Einsatzfeld nur noch in Krankenhäusern suchen, teile ich nicht. Gerade die Altenhilfe bietet ein attraktives Berufsfeld: Hier ist ein hoher Grad an Selbstständigkeit sichergestellt, der Pflegekräften im Krankenhaus durch die Organisationsstrukturen verwehrt ist.

(Interview: rbr)

**Ausführliche Informationen zur Pflegereform und zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im Dossier: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Pflege**

**und in der Reformdatenbank: [www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de)**



ams-Zitat: Prof. Dr. Ferdinand Gerlach zur Notfallversorgung

## „Nach dem Krankenhaus-Report 2016 wird rund die Hälfte der Patienten, ...

... die in die Notaufnahmen kommen, stationär aufgenommen. Das ist im internationalen Vergleich eine außergewöhnlich hohe Quote. Wir wissen, dass nicht wenige Patienten Kurzlieger und Ein-Tages-Fälle sind und wahrscheinlich nicht im Krankenhaus hätten bleiben müssen. Es gibt offenbar Versuche, auf diese Weise die Deckungsbeiträge bei vermeintlich unterfinanzierten ambulanten Einheiten zu erhöhen. Zum Schutz der Krankenhäuser ist aber auch zu sagen, dass eine Klinik einen Patienten, der über Brustschmerzen klagt, nicht einfach nach Hause schicken kann.

[...]

Es gibt Hinweise darauf, dass eine Reihe stationärer Aufnahmen unnötig sind. Dies sagen übrigens auch viele, die in den Notaufnahmen arbeiten. Sie sind unzufrieden und überlastet. Und die Patienten sind frustriert, weil sie lange warten müssen.“



**Prof. Dr. Ferdinand Gerlach**

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach,  
Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Entwicklung des Gesundheitswesens (SVR)  
im AOK-Forum Gesundheit und Gesellschaft (G+G) 10/17

**Das vollständige G+G-Gespräch als Leseprobe zum Download unter:**  
**[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund**  
**> Gesundheit und Gesellschaft > AOK-Forum G+G 10/17**





ams-nachgefragt: Kathrin Hayn, AOK-Bundesverband

## Sinken jetzt überall die Krankenkassenbeiträge, Frau Hayn?

„Nein, nicht zwingend. Das Bundesgesundheitsministerium ist zwar der Empfehlung des GKV-Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt gefolgt und hat den durchschnittlichen Zusatzbeitrag um 0,1 Prozentpunkte auf 1,0 Prozent gesenkt. Wie viel Zusatzbeitrag eine Krankenkasse erhebt, entscheiden die Verwaltungsräte der Kassen in diesen Wochen aber selbst. Es gibt ja jetzt schon Kassen, die nehmen einen höheren Zusatzbeitrag als den durchschnittlichen, andere einen niedrigeren. Wiederum andere erheben einen kassenindividuellen Beitrag, der genauso hoch ist. Aktuell liegt die Spanne der kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze zwischen 0,3 und 1,7 Prozent.

Muss eine Krankenkasse ihren Zusatzbeitragssatz erhöhen, muss sie spätestens einen Monat vorher, ihre Mitglieder per Post über das Sonderkündigungsrecht, die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes und die Übersicht der Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen beim GKV-Spitzenverband informieren. Übersteigt der erhöhte kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz den geltenden durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, ist die Krankenkasse außerdem verpflichtet, auf die Möglichkeit des Wechsels zu einer günstigeren Krankenkasse hinzuweisen. Senkt eine Kasse ihren Zusatzbeitrag, entfällt diese Informationspflicht.

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist in erster Linie eine statistische Größe. Er ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im kommenden Kalenderjahr und den voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, geteilt durch die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, vervielfacht mit der Zahl 100. Der Berechnung liegt also die klassische Formel der Prozentrechnung zugrunde. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für das jeweils folgende Jahr muss immer bis zum 1. November des laufenden Jahres im Bundesanzeiger veröffentlicht werden.

Der GKV-Schätzerkreis prognostiziert jährlich die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen und die voraussichtliche Zahl der Versicherten und Mitglieder der Krankenkassen. Ihm gehören Fachleute des Bundesgesundheitsministeriums, des Bundesversicherungsamts und des GKV-Spitzenverbandes an.“

(Interview: rbr)



**Kathrin Hayn leitet die Geschäftsführungseinheit Finanzen im AOK-Bundesverband**

**Die aktuelle Krankenkassenliste mit allen Zusatzbeiträgen:  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenkassenliste**



Digitalisierung im Gesundheitswesen

## Die Planungen laufen längst an der eGK vorbei

**17.11.17 (ams)** Gerade hat der Bundesrat einer zweiten Fristverlängerung zur Umsetzung des sogenannten Versichertenstammdatendienstes zugestimmt. Damit lässt auch knapp zwei Jahre nach Inkrafttreten des sogenannten E-Health-Gesetzes die erste Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) weiter auf sich warten. Bei den Krankenkassen schwindet die Geduld. Welche Rolle die eGK künftig spielen wird, ist offen.

Jedes Jahr im Herbst beleuchtet die gevko GmbH den Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Das AOK-Tochterunternehmen entwickelt seit sechs Jahren kassenübergreifende Schnittstellenlösung für eine Vernetzung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Das gevko-Symposium in Berlin hat sich zu einer Art Stimmungsbarometer entwickelt. In diesem Jahr stand das Instrument ein weiteres Mal auf „Tiefdruck“.

In der Kritik stand vor allem die für den Aufbau der Telematikinfrastruktur zuständige Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik). „Ich halte die Entscheidungsstrukturen in der gematik für gescheitert“, betonte der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Nach jahrelangen Verzögerungen und Millioneninvestitionen ohne erkennbaren Nutzen plädiert die AOK für einen unabhängigen Träger. Nur so lasse sich die gegenseitige Blockade von Ärzten und Zahnärzten, Krankenkassen, Apothekern und Kliniken als Gesellschafter der gematik durchbrechen.

### AOK setzt auf eigene Projekte

Litsch schwebt eine Art Bundesnetzagentur vor, die den Telematikaufbau koordinieren und übergeordnete Regeln für Datensicherheit und Interoperabilität setzen sollte. Damit stellt die AOK den Aufbau einer gemeinsamen IT-Infrastruktur für das Gesundheitswesen nicht infrage, geht aber deutlich auf Distanz zur bisherigen Politik zentral vorgedachter Anwendungen. Stattdessen setzt die AOK-Gemeinschaft auf eigene Projekte. Gerade sind die Modellversuche für das AOK-Gesundheitsnetzwerk an den Start gegangen. Auch andere Krankenkassen forcieren inzwischen eigene Pläne. „Dagegen spricht nichts, wenn sichergestellt ist, dass die einzelnen Projekte sich später mit der übergeordneten Telematik-Infrastruktur vernetzen lassen“, betont AOK-Chef Litsch. Aus Sicht von gevko-Chef Prof. Guido Noelle wird die eGK nach bisherigem Stand den Wünschen und gesetzlichen Ansprüchen der Versicherten nicht gerecht: „Die Telematikinfrastruktur sieht vor, dass Patienten ihre eigenen

medizinischen Daten nur in der Arztpraxis, in der Klinik oder in der Apotheke einsehen können. Was für eine Bevormundung! Als Bürger und Patient möchte ich uneingeschränkten Zugang zu meinen Gesundheitsdaten haben – überall und jederzeit ohne zusätzliche Hardware oder Vier-Augen-Prinzip. So wie es mir laut Gesetz übrigens bereits zusteht.“

Im Mittelpunkt des AOK-Gesundheitsnetzwerkes steht deshalb eine elektronische Patientenakte, über deren Inhalt und Verwendung der Versicherte entscheidet. Die Schnittstellentechnik dazu liefert die gevko. „Wir wollen keine Parallelstrukturen aufbauen. Aber wir erhöhen Druck und Tempo. Alles wird so angelegt, dass es am Ende an die Telematik-Infrastruktur andocken kann“, so Noelle.

## Die gevko selbst ist mit zwei Projekten am Start

Damit die Steckverbindungen am Ende passen, engagiert sich der Arzt, Medizin-Informatiker und Gesundheitsökonom auch weiterhin für gematik-Projekte. Noelle gehört zu einem Team von bislang 28 Expertinnen und Experten, die Anträge für das sogenannte Interoperabilitätsverzeichnis – kurz vesta – bewerten. Nach einer Vorgabe des E-Health-Gesetzes dürfen neue telematische Anwendungen nur noch dann mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, wenn sie bestimmten gesetzlichen Standards und den im Interoperabilitätsverzeichnis enthaltenen Empfehlungen der gematik entsprechen.

Die gevko GmbH selbst hat bei vesta bereits zwei Projektanträge eingereicht. Dabei geht es zum einen um eine IT-Lösung zur Darstellung von Beschlüssen zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln in den Arztpraxissystemen. Das zweite Projekt ermöglicht den Einsatz des elektronischen Impfpasses in der Arztpraxis. Die von der gevko entwickelte IT-Schnittstelle mit entsprechenden Produkten steht nach Darstellung des Unternehmens bereits mehr als 80 Prozent der niedergelassenen Ärzte zur Verfügung.

(toro)

**Das AOK-Gesundheitsnetzwerk:**  
[www.aok-gesundheitsnetzwerk.de](http://www.aok-gesundheitsnetzwerk.de)



**Die gevko GmbH:**  
[www.gevko.de](http://www.gevko.de)



**Infos zur gematik:**  
[www.gematik.de](http://www.gematik.de)

EU-Ticker

## Estland setzt weiter Impulse für schnellere Digitalisierung

17.11.17 (ams). Estland hat die Digitalisierung zum Schwerpunkt seiner Ratspräsidentschaft erklärt. Jetzt beschäftigte sich eine Konferenz in der Hauptstadt Tallinn mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Wie Estlands Präsidentin Kersti Kaljulaid in ihren Beitrag betonte, sind Vertrauen, Sicherheit und Schutz der Privatsphäre entscheidende Faktoren, die in Estland gegeben sind, was sich durch die hohe Akzeptanz zeigt. Die Positionen der Krankenversicherer vertrat der Vertreter der AOK in Brüssel, Jan van Lente. EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis stellte in Tallinn die Ergebnisse der öffentlichen Konsultation zum Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen vor. Danach sind 90 Prozent der Teilnehmer der Meinung, dass die Bürger direkten Zugriff auf eigene Gesundheitsdaten haben müssen. 80 Prozent betrachten es als Vorteil, Daten teilen zu können. Allerdings sorgt sich eine große Mehrheit um die Datensicherheit. Die EU habe deshalb gerade eine Initiative für mehr Cyber-Sicherheit gestartet, sagte Andriukaitis. Aus seiner Sicht müssen die Mitgliedsländer zudem die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Datenaustausch nicht an der jeweiligen Landesgrenze haltmacht.

Informationen zur Konferenz:  
[www.eu2017.ee](http://www.eu2017.ee) > Events

„Digital Health Society Declaration“ von Tallinn:  
[www.echalliance.com](http://www.echalliance.com)



## AOK lehnt Kontrolle von Arbeitgeberangaben bei Entsendebescheinigungen ab

17.11.17 (ams). Das Europaparlament will noch vor Jahresende mit der Beratung des Vorschlags der EU-Kommission für eine Reform der Vorschriften zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit beginnen. Dabei geht es um viele Detailregelungen. So sollen die Krankenkassen künftig dafür gerade stehen, dass Arbeitgeber richtige Angaben machen, wenn sie Mitarbeiter ins Ausland schicken. „Für entsandte Mitarbeiter gilt weiter deutsches Sozialversicherungsrecht, wenn es um ein EU-Mitgliedsland oder um Island, Liechtenstein, Norwegen oder die Schweiz geht“, erläutert AOK-Europaexpertin Elisabeth Reker-Barske. Zwar prüfe und bewerte die zuständige Krankenkasse beim Ausstellen einer Entsendebescheinigung den Sachverhalt. Dabei

müsse man sich aber auf die Arbeitgeberangaben verlassen. Für eine Bewertung oder gar Kontrolle im Unternehmen gibt es laut Reker-Barske keine gesetzliche Grundlage: „Betriebsprüfungen sind ausschließlich Sache der Rentenversicherungsträger. Zudem ist das Ausstellen von Entsendebescheinigungen ein Massengeschäft. Alle zu prüfen, wäre für die Krankenkassen auch nicht ansatzweise zusätzlich zu schultern.“ Die AOK setzt sich deshalb auf EU-Ebene dafür ein, dieses Vorhaben zu streichen.

## Fortschritte bei Entwicklung von Arzneimitteln für Kinder

17.11.17 (ams). Vor zehn Jahren ist die EU-Verordnung für Kinderarzneimittel in Kraft getreten. Jetzt hat die EU-Kommission dem Europaparlament und dem Rat einen Bericht über deren Wirkung vorgelegt. Laut Report wird wieder mehr Forschung im Bereich der Kinderarzneimittel betrieben. Der Anteil der klinischen Prüfungen, an denen Kinder beteiligt sind, sei von 2007 bis einschließlich 2016 um 50 Prozent auf jetzt 12,4 Prozent gestiegen. Dank der EU-Verordnung habe man 260 neue Arzneimittel zulassen können. Weitere Anstrengungen seien jedoch im Bereich der seltenen Erkrankungen nötig. Insbesondere mit Blick auf die Erfolge in der Krebsbehandlung bei Erwachsenen gebe es bei Kindern keine vergleichbaren Fortschritte. Am 21. November beschäftigt sich eine Fachtagung in Brüssel mit dem Thema Kinderarzneimittel.

**Themenseite der EU-Generaldirektion Gesundheit mit Bericht zum Download:**  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > **Medicinal products for human use** > **Medicines for Children**

**Presseinfo der EU-Kommission:**  
[www.europa.eu](http://www.europa.eu) > **Press releases database** > **Press Release details**

**Faktenblatt zum Thema:**  
[www.europa.eu](http://www.europa.eu) > **Press releases database** > **Press Release details**



Zahl des Monats

## Bei 3.516.605 der operierten Fälle ...

... im Krankenhaus waren die Patienten 60 Jahre und älter. Das sind 49,4 Prozent aller 7.120.918 vollstationären OP-Fälle des Jahres 2016. Das zeigen die aktuellen Zahlen aus dem Statistischen Bundesamt (Destatis).

Insgesamt wurden also 38 Prozent der knapp 19 Millionen stationären Behandlungsfälle in allgemeinen Krankenhäusern operiert. Der Anteil hat sich im Vergleich zum Vorjahreszeitraum nicht verändert.

Zu den häufigsten Operationen in der Altersgruppe 60-Plus zählten sogenannte „andere Operationen am Darm“, zum Beispiel das Lösen von Verwachsungen oder die Aufdehnung von Darmabschnitten. Danach folgten endoskopische Operationen an den Gallengängen und vor allem bei Frauen die Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk.

Bei den 45- bis 59-Jährigen spielten arthroskopische Operationen am Gelenkknorpel und an den Menisken vor allem eine große Rolle. Bei den Frauen in diesem Alter lagen die Operationen an Mittelfußknochen oder den Zehengliedern des Fußes an erster Stelle. Bei den Männern folgte nach den arthroskopischen Gelenkoperationen der Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein und zum Steißbein.

Bei Frauen zwischen 15 und 44 Jahren waren Operationen im Zusammenhang mit Entbindungen am häufigsten. Bei Männern dieser Altersgruppe wurden in erster Linie operative Eingriffe an der unteren Nasenmuschel vorgenommen. Bei Kindern bis 14 Jahre gehörten das Einschneiden des Trommelfells zur Eröffnung der Paukenhöhle sowie die Entfernung der Rachenmandeln zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen.

**Umfassende Informationen zur stationären Versorgung im Dossier:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Krankenhaus



## Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

### Innovationsfonds: Weitere Förderprojekte ausgewählt

Insgesamt 54 Projekte zur Versorgungsforschung und zur Evaluation von Selektivverträgen werden fortan mit insgesamt 245 Millionen Euro gefördert. Das hat der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach Abschluss des Bewertungsverfahrens bekanntgegeben. Dabei hat der Ausschuss insgesamt 164 Projektanträge begutachtet und bewertet. Von den 54 ausgewählten Projekten gehören 50 zur Versorgungsforschung und vier zur Evaluation von Selektivverträgen. Die Antragsteller werden umgehend schriftlich über die Ergebnisse informiert. Nach Ablauf der verbindlichen Rückmeldefrist werden die Förderbescheide versendet. Danach – voraussichtlich Ende November – wird eine Liste der ausgewählten Förderprojekte auf der Internetseite des Innovationsausschusses abrufbar sein.

Bereits Ende Oktober hatte der Innovationsausschuss über 69 Anträge zum Förderbereich „neue Versorgungsformen“ entschieden. 62 davon waren formal einwandfreie Projektanträge mit einem beantragten Fördervolumen von insgesamt rund 249 Millionen Euro. Am Ende hat der Innovationsausschuss die Förderung von 26 Projekten beschlossen. Damit fließt nun auch die zweite Hälfte der in diesem Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Mittel in die Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung.

**Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von seinen Beschlüssen sind alle Versicherten betroffen. Denn der GBA entscheidet unter anderem, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Beschlüsse treten in der Regel erst nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der AOK-Mediendienst informiert regelmäßig über wichtige Entscheidungen des GBA.**

### Gesündere Zähne für Pflegebedürftige und Behinderte

Der Gemeinsame Bundesausschuss will die Zahngesundheit von Pflegebedürftigen und von Menschen mit Behinderungen verbessern, da sie oftmals nur eingeschränkt in der Lage sind, für eine adäquate Mundpflege zu sorgen. Entsprechend hat der Ausschuss nun eine Richtlinie mit dem Ziel verabschiedet, das überdurchschnittlich hohe Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen bei Pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu senken. Zu den neuen mit der Richtlinie geschaffenen Leistungen gehört unter anderem die Bewertung des Mundgesundheitsstatus. Dabei wird der Pflegezustand der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute sowie des gegebenenfalls vorhandenen Zahnersatzes beurteilt. Die einmal im Kalenderjahr stattfindende Untersuchung dient zugleich als Grundlage für einen individuellen Mundgesundheitsplan. Diese umfassen Maßnahmen, mit denen die Mundgesundheit gezielt gefördert werden soll, etwa Empfehlungen zur Zahnhygiene, zur Fluoridanwendung, zur zahngesunden Ernährung sowie der Verhinderung beziehungsweise Linderung von Mundtrockenheit. Zugleich

sollen den Betroffenen – beziehungsweise deren pflegenden Helfern – empfohlene Maßnahmen erläutert und gegebenenfalls auch demonstriert werden. Einmal im Kalenderjahr haben die Versicherten darüber hinaus Anspruch auf die Entfernung harter Zahnbeläge. Die Richtlinie tritt nach Vorlage und Genehmigung durch das Bundesgesundheitsministerium am 1. Juli 2018 in Kraft.

**Weitere Informationen zum und aus dem GBA:**  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Der 19. Deutsche Bundestag hat sich mittlerweile zwar konstituiert. Die Gesetzgebungsmaschinerie ist allerdings mangels Koalitionsvertrag zwischen den möglichen Regierungsparteien CDU, CSU, FDP und Bündnis 90/Die Grünen noch nicht ange laufen. Daher bietet der AOK-Medienservice (ams) an dieser Stelle einen kurzen Überblick über die Gesetzesvorhaben der abgelaufenen Legislaturperiode, die aufgrund des Prinzips der Diskontinuität entfallen sind, sowie über laufende EU-Vorhaben und Verordnungen der Bundesregierung, die lediglich der Zustimmung des Bundesrats bedürfen (Stand: 16. November 2017). Die folgenden und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).

### *Durch Diskontinuität erledigte Gesetzesvorhaben*

#### Operationstechnische Assistenten

Bereits zum zweiten Mal ist das Vorhaben des Bundesrats, die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten zu regeln, gescheitert. Der Bundestag hatte zwar den Gesetzentwurf der Länderkammer aufgenommen, aber nicht zur Beratung angesetzt. Kern des Vorhabens ist es, dass die dreijährige Ausbildung von den Krankenkassen finanziert wird. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Bereits dieser Entwurf war wortgleich mit einem Gesetzentwurf der Länder aus der 17. Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/1223) und wegen des Grundsatzes der Diskontinuität nach der Bundestagswahl 2013 erneut eingebracht worden. Grundlage des Länder-Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006.

**Die Gesetzentwürfe:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksachen 18/1581 und 17/1223



#### Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Auch das Ländervorhaben, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen, ist zum zweiten Mal gescheitert. Der Gesetzentwurf des Bundesrats, der gleichlautend schon in der vorherigen Legislaturperiode in den Bundestag eingebracht, aber dort nicht beraten worden war, zielt darauf ab, den Rettungsdienst als eigenständigen medizinischen Leistungsbereich

im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verankern. Das soll insbesondere dazu führen, dass die Kosten der Notfalleinsätze immer von den Krankenkassen übernommen werden. Bisher ist dies nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge.

(Bundesrats-Drucksache 69/14). Er soll als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert werden. Der Bundestag hat den Gesetzentwurf der Länder angenommen, ihn aber noch nicht beraten. (Bundestags-Drucksache 18/1289). Bereits im März 2013 hatte die Länderkammer einen gleichlautenden Gesetzentwurf eingebracht (Drucksache 17/13969), der jedoch vor der Bundestagswahl 2013 vom Parlament nicht mehr abschließend beraten worden war und folglich unter das Prinzip der Diskontinuität fiel.

**Die Gesetzentwürfe:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksachen 18/1289 und 17/13969



## Verordnungen

### Rechengrößen für die Sozialversicherungen 2018

Das Bundeskabinett hat am 27. September die Verordnung über die Sozialversicherungs-Rechengrößen für das Jahr 2018 beschlossen. Demnach steigen in der Kranken- und Pflegeversicherung die Beitragsbemessungsgrenze von jetzt 52.200 Euro jährlich auf 53.100 Euro (monatlich von 4.350 auf 4.425 Euro) und die Versicherungspflichtgrenze von derzeit 57.600 Euro jährlich auf 59.400 Euro. Überschreitet das Jahreseinkommen aus sozialversicherungspflichtiger Tätigkeit diese Jahresarbeitsentgeltgrenze, besteht die Wahlmöglichkeit zwischen freiwilliger gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung. Auch die Beitragsbemessungsgrenzen für die Renten- und die Arbeitslosenversicherung werden 2018 angehoben. Grundlage für die Steigerungen ist die Einkommensentwicklung im Jahr 2016. Diese betrug bundesweit 2,42 Prozent, in den alten Bundesländern 2,33 Prozent und in den neuen Bundesländern 3,11 Prozent. Der Bundesrat hat diese Verordnung am 3. November gebilligt.

**Der Verordnungsentwurf:**

[www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Presse > Pressemitteilungen > Mitteilung vom 27.09.17



## Kurzmeldungen

### Neue Ergebnisse zur Behandlungsqualität von Kliniken

17.11.17 (ams). Die AOK hat in ihrem Krankenhausnavigator die Ergebnisse zur Behandlungsqualität der Krankenhäuser bei bestimmten Operationen und Eingriffen aktualisiert. Ab sofort sind Auswertungen der Behandlungsergebnisse von mehr als 780.000 Patienten aus den Jahren 2013 bis 2015 abrufbar. Darin einbezogen sind auch Komplikationen und Folgeereignisse aus den Jahren 2013 bis 2016. Dazu nutzt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) das Verfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR).

**Weitere Infos zum AOK-Krankenhausnavigator und zu QSR:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > AOK-Medienservice > ams-Thema 04/15



### EPRD auf Rekordkurs

17.11.17 (ams). Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) ist auf dem Weg zum fallzahlenstärksten Register für künstliche Hüft- und Kniegelenke weltweit. Seit 2012 wurden dem EPRD bis heute mehr als 600.000 Operationen übermittelt. Zwar sei es für mittel- und langfristige Ergebnisse noch zu früh, heißt es im Jahresbericht 2016. Aber erste richtungsweisende Informationen für Operateure und Implantatehersteller böte das EPRD bereits jetzt. Das EPRD will langfristig die Qualität der künstlichen Hüft- und Kniegelenke beurteilen und frühzeitig auf etwaige Qualitätsprobleme bei Implantaten oder Versorgungsformen hinweisen.

**Weitere Infos:** [www.eprd.de](http://www.eprd.de)



### Zum fünften Mal in Folge die beliebteste Krankenkasse

17.11.17 (ams). Die AOK hat nach 2011, 2013, 2014, 2015 und 2016 auch 2017 bei den Young Brand Awards den ersten Platz belegt. 43,6 Prozent der unter 30-Jährigen setzte die AOK auf Platz 1 der Beliebtheitsskala. Auf Platz 2 mit 26 Prozent deutlich dahinter: die Techniker Krankenkasse. Auf Platz 3 folgt mit 12,7 Prozent die BARMER. Die AOK kommt mit 45,7 Prozent besonders gut bei Frauen an. Bei Männern liegt sie bei 37,4 Prozent. Im Rahmen der Young Brand Awards wählen Jugendliche und junge Erwachsene jährlich über ein unabhängiges Online-Voting ihre beliebtesten Marken in verschiedenen Branchen.

**Weitere Ergebnisse:** [www.youngbrandawards.com](http://www.youngbrandawards.com)



**Dialog-Fax: 030/220 11-105**

**Telefon: 030/220 11-200**

**AOK-Medienservice**

Informationen des AOK-Bundesverbandes [www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.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: \_\_\_\_\_

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

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 schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

**Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.**

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_