

# AOK-Medienservice

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

## Politik

08/17

 @AOK\_Politik



AKTIONSPLAN GESUNDHEITSKOMPETENZ	
■ EXPERTENTREFFEN SETZT WICHTIGEN MEILENSTEIN	2
AMS-GRAFIK: BEITRAGSSPANNE IN DER GKV	
■ ‚KLEINER‘ UNTERSCHIED	4
AMS-ZITAT: DETLEF LAMM, AOK HESSEN, ZU MINDESTMENGEN	
■ „JE HÄUFIGER UND DAMIT ROUTINIERTER ...“	5
EU-TICKER	
■ EMA-SITZ: WOLFGANG CLEMENT WIRBT FÜR BONN	6
ZAHL DES MONATS	
■ 4 VON 10 ARZNEIMITTELN ...	8
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	9
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	10
KURZMELDUNGEN	27

Aktionsplan Gesundheitskompetenz

## Expertentreffen setzt wichtigen Meilenstein

17.08.17 (ams). Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP) soll bereits im ersten Quartal 2018 vorliegen und kommt damit deutlich schneller als geplant. 60 Fachleute aus Verbänden, Politik, Forschung und Wissenschaft haben Mitte Juli auf einer Konsultationsveranstaltung beim AOK-Bundesverband in Berlin Handlungsempfehlungen zur Umsetzung des NAP beraten. „Durch das breit angelegte Treffen ist es gelungen, die Expertise der zahlreichen und kompetenten Akteure im Gesundheitswesen bereits während des laufenden Prozesses einzubinden“, bilanzierte AOK-Präventionsexperte Dr. Kai Kolpatzik. Der Bundesverband hatte vor gut einem Jahr zusammen mit der Hertie-School of Governance und der Universität Bielefeld die Initiative für den NAP ergriffen.

Im Mai 2016 hatten Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Verbandschef Martin Litsch die Entwicklung eines nationalen Aktionsplanes angekündigt. Minister Gröhe übernahm die Schirmherrschaft, Robert-Bosch-Stiftung und AOK unterstützen das Projekt finanziell. Im September 2016 gab es beim AOK-Bundesverband das erste Treffen des hochkarätig besetzten Expertenbeirats. Zum Leitungsgremium gehören die Sprecherin, die ehemalige Gesundheitsweise Professor Doris Schaeffer von Universität Bielefeld der stellvertretende Sprecher Professor Klaus Hurrelmann, Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler an der Hertie School of Governance, der Bielefelder Sozialisationsforscher Professor Ullrich Bauer und Dr. Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention beim AOK-Bundesverband. In den Konsultationsprozess waren zusätzlich die Partner der von Gröhe ins Leben gerufenen Allianz für Gesundheitskompetenz eingebunden. „Wir ziehen an einem Strang“, betont Kolpatzik.

### Ansatz geht über das Gesundheitswesen hinaus

Schneller als geplant hat die Expertenrunde nun die Handlungsbereiche wissenschaftlich hergeleitet und ausgearbeitet. Für die einzelnen Bereiche müssen wiederum etwa zwölf bis 15 Handlungsempfehlungen formuliert werden. Der NAP gebe wichtige Antworten auf die Frage, wie man die Qualität der Gesundheitsversorgung für Patienten, Versicherte und Bürger erfahrbar machen und ihnen helfen könne, sich im Gesundheitswesen besser zurecht zu finden, unterstrich Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin Versorgung im AOK Bundesverband, die Bedeutung der Initiative. „Wir finden es gut, dass mit dem Nationalen Aktionsplan ein Ansatz gewählt wird, der über das Gesundheitssystem hinausgeht und in die Gesellschaft strahlt“, so Richard.

Über den NAP hinaus versucht die AOK auf vielen Wegen, Gesundheitskompetenz zu vermitteln, Versorgung sichtbar und Qualität messbar zu machen. Als wichtiges Beispiel nannte Sabine Richard die AOK-Faktenboxen, die inzwischen auch über die Grenzen Deutschlands hinaus auf Interesse stoßen. Beiratssprecherin Doris Schaeffer gab für die kommenden Monate das Ziel aus, die vielen Einzelinitiativen zu bündeln und unter dem Dach des NAP ein breites Programm zu erarbeiten, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland effektiver fördern zu können.

Aus Schaeffers Sicht hat das Expertentreffen vor allem deutlich gemacht, „dass alle das Thema nach vorne bringen wollen“. Inhaltlich habe der Expertenbeirat sehr unterschiedliche und viele Anregungen bekommen. „Ich fühle mich in unserer Annahme bestätigt, dass wir den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz sehr breit aufstellen müssen.“ Der Aktionsplan solle bis Ende dieses Jahres fertiggestellt werden, um ihn Anfang 2018 der Öffentlichkeit vorstellen zu können.

(rbr/toro)

**Weitere Informationen und eine Liste verschiedener Beratungsangebote:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Engagement > Gesundheitskompetenz

**Die AOK-Faktenboxen:**  
[www.aok.de/faktenboxen](http://www.aok.de/faktenboxen)



**Die Projektpartner des AOK-Bundesverbandes**

**Hertie School of Governance:**  
[www.hertie-school.org](http://www.hertie-school.org)

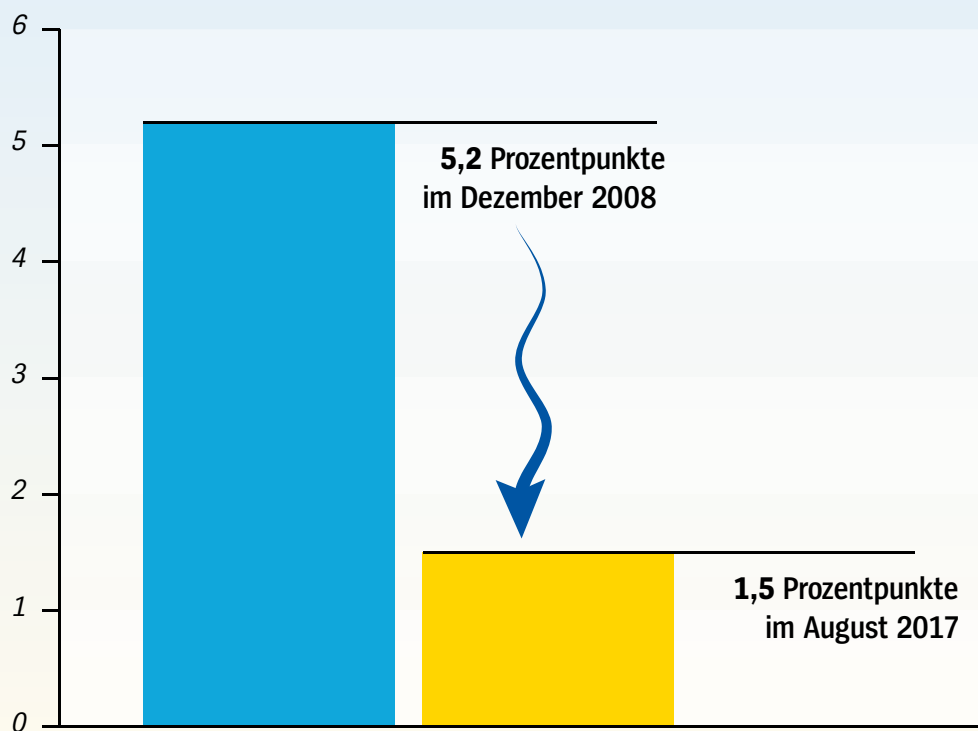
**Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften:**  
[www.uni-bielefeld.de/gesundhw](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw)



**Die Robert-Bosch-Stiftung:**  
[www.bosch-stiftung.de](http://www.bosch-stiftung.de)

## „Kleiner“ Unterschied

### Beitragssatzspanne in der gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: BVA; Grafik: kotoffei, AOK-Mediendienst

Die Beitragssatzschere in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) klafft seit Einführung des Morbi-RSA weniger weit auseinander als davor. Betrag der Unterschied zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Kassen-Beitragssatz 2008 noch 5,2 Prozentpunkte (11,3 % – 16,5 %), waren es im August 2017 nur 1,5 Prozentpunkte (14,9 % – 16,4 %). Dabei ist die Beitragshöhe nicht zwingend abhängig von der Kassenart. Sowohl die aktuell preiswerteste als auch die teuerste Kasse kommen aus dem Lager der Betriebskrankenkassen (BKK).

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

ams-Zitat: Detlef Lamm zu Mindestmengen bei planbaren Operationen

## „Je häufiger und damit routinierter ...

... operative oder andere komplexe Eingriffe im Krankenhaus erbracht werden, desto besser sind die Behandlungsergebnisse. Die Mindestmengenregelungen müssen deshalb ausgeweitet, konsequent umgesetzt und umfassend transparent dargelegt werden. So wird die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert und kommt damit vor allem dem Wohle der Patienten zugute.“



**Detlef Lamm**

Detlef Lamm  
Vorstandsvorsitzender der AOK Hessen  
in „weiter.gehen > AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik  
nach der Bundestagswahl 2017

**Die Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG):**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Gesetze  
> abgeschlossene Gesetzesvorhaben 2015

**Das Dossier:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Krankenhaus



EU-Ticker

## EMA-Sitz: Wolfgang Clement wirbt als Botschafter für Bonn

17.08.17 (ams). Der ehemalige NRW-Ministerpräsident und Ex-Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit, Wolfgang Clement, wirbt als Sonderbotschafter für Bonn als neuen Standort der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA). Nach der Brexit-Entscheidung muss die Agentur den bisherigen Standort London verlassen. Clement soll jetzt durch Gespräche in Brüssel und in den einzelnen EU-Ländern dazu beitragen, dass sich Bonn im Kreis von insgesamt 19 europäischen Städten durchsetzt. Zu den Mitbewerbern zählen unter anderem Barcelona, Wien, Kopenhagen, Athen, Amsterdam, Mailand, Stockholm und Helsinki. Als Sitz des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und „als starker Gesundheits- und Pharmastandort mitten in der europäischen Rhein-Region“ biete sich die Bundesstadt als neuer EMA-Standort geradezu an, sagten Clement und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bei der Präsentation der Bonn-Bewerbung am 7. August 2017 in Düsseldorf. Die EMA gilt nicht nur wegen der rund 900 Arbeitsplätze als wirtschaftlich besonders attraktiv, sondern auch wegen der etwa 30.000 Hotelübernachtungen. Die Bewertung der 19 Bewerbungen durch die EU-Kommission soll Ende September 2017 online veröffentlicht werden. Nach jetzigem Stand werden die Regierungschefs der 27 EU-Staaten am 19. oder 20. Oktober 2017 über die Entscheidung beraten. Im November stimmt dann der Rat der Außenminister über den neuen EMA-Sitz ab. Die Standortverlagerung ist kein Bestandteil der Brexit-Verhandlungen, sondern ausschließlich Gegenstand der Verhandlungen zwischen den anderen 27 EU-Mitgliedstaaten.

Informationen zur Bewerbung Bonns:  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Presse  
> Pressemitteilungen > 2017 > 3. Quartal

Das Onlineportal zur Bewerbung Bonns:  
[www.closer-to-europe.eu](http://www.closer-to-europe.eu)



## Estland will Digitalisierung Schwung verleihen

17.08.17 (ams). Estland ist neben Dänemark Vorreiter in der EU in Sachen Digitalisierung. Jetzt will das baltische Land seine EU-Ratspräsidentschaft dazu nutzen, um auch der grenzüberschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen Schwung zu verleihen. Dazu wurden im Juli 2017 vier Expertengruppen eingesetzt. Sie sollen bereits für einen Fachkongress im Oktober in der Hauptstadt Tallinn erste Vorschläge für technische Standards und Emp-

fehlungen für Einsatzmöglichkeiten in Forschung und Praxis sowie für einen Datenschutzrahmen vorlegen. Gesundheitspolitisch engagiert sich Estland zudem gegen den Alkoholkonsum. Vor dem Hintergrund, dass Europa den höchsten Alkoholkonsum weltweit aufweist, setzen die Balten auf europaweite Maßnahmen zur Beschränkung der Alkoholwerbung und zur besseren Kennzeichnung alkoholischer Getränke.

**Weitere Infos zum Thema:**  
[www.eu2017.ee](http://www.eu2017.ee) > **Neues** > **Pressemitteilungen**



## Öffentliche EU-Konsultation zu Zielen der Digitalisierung

17.08.17 (ams). Auch die Europäische Kommission will die Digitalisierung in Gesundheit und Pflege voranbringen. Noch bis zum 12. Oktober 2017 läuft dazu eine öffentliche Konsultation. Aufbauend auf den Ergebnissen der Befragung will die Kommission noch bis Ende des Jahres eine konkrete Agenda entwickeln. Dabei geht es vor allem um die Leitfrage, ob und wie digitale Innovationen auf europäischer Ebene gefördert werden sollen. Die Befragung richtet sich in erster Linie an Verbände und Organisationen aus dem Gesundheitswesen, nationale Behörden und Forschungseinrichtungen oder Entwickler digitaler Lösungen. Seitens der Krankenversicherungen ist auch die European Social Insurance Platform (ESIP) einbezogen, der die AOK angehört. Doch auch einzelne EU-Bürger können ihre Meinung äußern oder Anregungen geben.

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



Zahl des Monats

## 4 von 10 Arzneimitteln, ...

17.08.17 (ams) ... die seit 2011 neu auf dem Markt gekommen sind, haben keinen belegten Zusatznutzen. In den sechs Jahren seit Gültigkeit des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) mehr als 200 Bewertungsverfahren zu neuen Wirkstoffen und Wirkstoffkombinationen abgeschlossen. Ohne Zusatznutzen unterliegt ein Medikament der Festbetragsregelung. Bei nachgewiesenem Zusatznutzen muss der Pharmahersteller innerhalb eines Jahres nach Markteinführung mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Preisverhandlungen führen. Basis für die Preisverhandlung ist eine Kosten-Nutzen-Bewertung des Medikamentes, die der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) oder in seinem Auftrag das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt.

Für die ersten zwölf Monate kann ein Pharmahersteller die Preise für patentgeschützte Medikamente frei festsetzen. Dies gilt selbst für Medikamente, die im Zuge der Nutzenbewertung keinen Zusatznutzen nachweisen können. An dieser Regelung des AMNOG hat auch die Arzneimittelreform der Großen Koalition nichts geändert. Mondpreisen zulasten der GKV stehen weiterhin Tür und Tor offen. Patentgeschützte Medikamente erzielen seit Jahren Rekordumsätze, wie die Arzneiversorgungs-Reporte regelmäßig dokumentieren. Insgesamt 38,44 Milliarden Euro hat die GKV laut der endgültigen Rechnungsergebnisse 2016 für Arzneimittel ausgegeben.

Die AOK fordert in ihrem Positionspapier zur Bundestagswahl, dass die nach der Nutzenbewertung verhandelten Erstattungspreise rückwirkend ab dem ersten Tag des Marktzugangs gelten müssen. Außerdem müsse der Zusatznutzen bei der Preisbildung im Vordergrund stehen. Bislang werden die Preise vergleichbarer Arzneimittel sowie die Preise im europäischen Ausland ebenfalls berücksichtigt. Arzneimittel des Bestandsmarkts sieht die AOK ebenfalls auf dem Prüfstand. Auch diese Präparate müssten einer Nutzenbewertung unterzogen werden

**Weitere Positionen der AOK zu Arzneimitteln und anderen Themen:**  
[www.gesunde-wahl.de](http://www.gesunde-wahl.de) > Reiseziele

**Das Dossier „Arzneimittel“:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Arzneimittel

**Die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV:**  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Themen > Krankenversicherung  
> Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung > Finanzergebnisse





## Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

### Erprobungsstudie zur Fettabsaugung bei Lipödem geplant

Die Fettabsaugung, medizinisch Liposuktion, bietet bei einem sogenannten Lipödem nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative. Das Lipödem ist gekennzeichnet durch eine atypische, symmetrische Vermehrung von Fettgewebe, die an Hüften und Oberschenkeln beginnt und oft mit Schmerzen und Flüssigkeitseinlagerungen im Gewebe einhergeht. Von der Erkrankung sind fast ausschließlich Frauen betroffen.

Eine endgültige Entscheidung darüber, ob die Liposuktion künftig ambulant zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden kann, war auf Basis der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse noch nicht möglich. Der GBA hat wegen der problematischen Studienlage beschlossen, die laufende Bewertung der Methode auszusetzen und eine Studie zur Verbesserung der Erkenntnislage auf den Weg zu bringen. So sind wichtige Fragen, zum Beispiel zu den Risiken und der langfristigen Sicherheit der Methode, bislang nicht ausreichend geklärt. Zur Klärung dieser offenen Fragen soll nun von einer unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtung eine Erprobungsstudie durchgeführt werden.

### Umfrage zu Notfallstrukturen in Kliniken

Das IGES-Institut befragt zur Zeit im Auftrag des GBA alle deutschen Krankenhäuser zu ihren Notfallstrukturen. Die etwa 2.000 zugelassenen Kliniken sind gebeten, eine Selbsteinschätzung hinsichtlich des bisher erarbeiteten Konzeptes des GBA zum gestuften System von Notfallstrukturen abzugeben. Ziel ist es, möglichst belastbare Daten zu den möglichen Auswirkungen der verschiedenen Konzepte auf die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu erhalten. Die vom IGES-Institut ausgewerteten Daten werden in den weiteren Beratungen berücksichtigt. Bis zum 31. Dezember 2017 wird der GBA einen Beschluss zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern fassen. Die Regelungen dienen dann als Grundlage für die Berechnung von Zu- und Abschlägen in der Krankenhausfinanzierung. Die Befragung des IGES-Instituts endet am 16. August 2017.

**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.**

Weitere Informationen zur Arbeit des GBA:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Leergefegt präsentiert sich die gesundheitspolitische Agenda der Großen Koalition gut einen Monat vor der Bundestagswahl. Allerdings hatte eine Regierungskoalition nie mehr Gesetzesprojekte zu verantworten als die aus Union und SPD in den vergangenen vier Jahren. Der AOK-Mediendienst gibt einen Überblick über die wichtigsten. Diese und ältere Stichworte inklusive wichtiger Dokumente zum Download finden Sie auch im Internet: [www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de).

### Antikorruptionsgesetz

Das „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“, kurz Antikorruptionsgesetz, verankert den Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für Heilberufe im Strafgesetzbuch (StGB). Das Gesetz war nötig geworden, weil der Bundesgerichtshof (BGH) im März 2012 geurteilt hatte, dass nach damaligem Stand nicht illegal war, wenn niedergelassene Ärzte Geschenke als Gegenleistung für die Verordnung von Medikamenten entgegennehmen. Durch den neuen Paragraphen 299a werden strafrechtliche Lücken bei der Bekämpfung von „korruptiven“ Praktiken geschlossen. Entsprechende Delikte werden mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren geahndet. In besonders schweren Fällen drohen für Bestechlichkeit oder Bestechung bis zu fünf Jahre Haft.

Der Bundesrat hatte zwar auf das Einschalten des Vermittlungsausschusses verzichtet, machte aber in einer begleitenden EntschlieÙung deutlich, dass sich aus seiner Sicht schon jetzt neue Strafbarkeitslücken abzeichnen. Denn das Gesetz zielt nach Darstellung der Länderkammer ausschließlich auf Wettbewerbsschutz und nicht zugleich auf den Patientenschutz ab. Außerdem führe die Beschränkung des Gesetzes auf den Bezug und die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln sowie Medizinprodukten dazu, dass ganze Berufsgruppen, vor allem Apotheker, aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes herausfallen. In ihrer EntschlieÙung bitten die Länder deshalb die Bundesregierung „zu beobachten, ob zukünftig in der Praxis die vorbeschriebenen Strafverfolgungslücken in einem Umfang auftreten, der geeignet ist, das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitssystem zu beeinträchtigen“. In der Beschlussempfehlung des federführenden Bundestags-Rechtsausschusses hatten sich die Rechtspolitiker der GroÙen Koalition verständigt, unter anderem den Bezug auf das Berufsrecht zu streichen; maßgeblich ist künftig, ob das Wettbewerbsrecht verletzt worden ist. Bei Apothekern kann nur noch die Verordnung, nicht aber die Abgabe von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten Gegenstand einer entsprechenden Unrechtsvereinbarung sein. Neu ist, dass die Tatbestände künftig als Offizialdelikte

gelten, so dass kein Strafantrag mehr für ein Tätigwerden der Ermittlungsbehörden notwendig ist.

## Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz (AMVSG)

Ziel des Gesetzes ist, die Arzneimittelversorgung in Deutschland weiterhin auf hohem Niveau sicherstellen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erhalten. Dazu wurde das Preismoratorium für alle patentfreien Medikamente, die bis zum 1. August 2010 bereits auf dem Markt waren, über 2017 hinaus bis Ende 2022 verlängert. Eine jährliche Preisanpassung in Höhe der Inflationsrate ist jedoch möglich.

Das mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführte Verfahren zur Nutzenbewertung neuer Medikamente wurde modifiziert. Der Zusatznutzen bei Arzneimitteln für Kinder muss künftig nicht mehr mit Studien belegt werden, wenn diese bereits für Erwachsene zugelassen sind. Im begründeten Einzelfall kann künftig, auch wenn ein Zusatznutzen nicht belegt ist, davon abgewichen werden, dass sich der Erstattungsbetrag an der zweckmäßigen Vergleichstherapie orientiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bereitet künftig einen Monat nach Beschlussfassung die Ergebnisse der Nutzenbewertung zur Abbildung in der Praxissoftware von Ärzten auf, um die Mediziner bei ihren Therapieentscheidungen besser zu unterstützen. Die Hersteller setzen weiterhin im ersten Jahr nach der Zulassung den Medikamentenpreis fest. Der Plan, den späteren Erstattungspreis ab einer Umsatzschwelle von 250 Millionen Euro im ersten Jahr rückwirkend gelten zu lassen, wurde fallengelassen. Zugleich entfiel die ursprünglich vorgesehene Vertraulichkeit der Erstattungspreise, auf die die Pharmahersteller gedrängt hatten.

Zytostatika-Ausschreibungen einzelner Krankenkassen sind künftig verboten. Dabei wurde auch in bereits laufende Verträge eingegriffen. Dies hat der AOK-Bundesverband kritisiert. Bei Arzneimittelrabattverträgen gilt nun zwischen Zuschlag und Umsetzung eine Frist von sechs Monaten. Das Ziel ist mehr Planungssicherheit für pharmazeutische Unternehmer, die sich an einer Ausschreibung beteiligen, um damit bei Beginn der Verträge die Lieferfähigkeit zu sichern.

Bei der Bildung von Festbetragsgruppen und der Bewertung des Zusatznutzens von Antibiotika findet künftig die Resistenzsituation des Antibiotikums Berücksichtigung. Der Bewertungsausschuss hat den Auftrag erhalten zu prüfen, in welchem Umfang Verfahren zur schnellen Antibiotikatherapie in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden können, um einen zielgenauen Einsatz dieser Medikamente zu unterstützen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen wird im Zuge dessen gegebenenfalls angepasst. Eine ähnliche Regelung ist für sogenannte Companion Diagnostics vorgesehen. Dabei handelt es sich um Begleitdiagnostika im Rahmen der personalisierten Medizin. Für Standardrezepteuren und Arzneimittel mit be-

sonders hohem Dokumentationsaufwand steigt die Vergütung der Apotheker, und es kommen die gleichen Preisregelungen und Abschläge wie bei Fertigarzneimitteln zur Anwendung.

Der Referentenentwurf beziffert die Mehrausgaben der GKV durch die höheren Apothekerhonorare auf rund 100 Millionen Euro pro Jahr und rund 15 Millionen Euro pro Jahr für die private Krankenversicherung (PKV). Entlastungen aufgrund der Verlängerung des Preismoratoriums von 1,5 bis zwei Milliarden Euro in der GKV sowie 150 bis 200 Millionen Euro in der PKV rechnet das Bundesgesundheitsministerium (BMG) dagegen. Für jeden Prozentpunkt höhere Inflation verringert sich die Summe um 150 bis 200 Millionen Euro beziehungsweise rund 15 bis 20 Millionen Euro.

## E-Health-Gesetz

Mit dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“, kurz E-Health-Gesetz, will die Bundesregierung die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorantreiben und dadurch die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. Telemedizinische Leistungen können erweitert und mit Zuschlägen gefördert werden. Das Gesetz beinhaltet konkrete Fristen und Sanktionen für den Fall des Nichteinhaltens. Die Krankenkassen hatten insbesondere kritisiert, dass Ärzte und Krankenhäuser zusätzliches Geld für elektronische Kommunikation erhalten, die im Internet-Zeitalter selbstverständlich ist.

Das Versicherten-Stammdatenmanagement soll baldmöglichst online erfolgen. Durch eine geschützte direkte Verbindung der Arztpraxis oder des Krankenhauses mit der jeweiligen Krankenkasse könnte eine Versichertenkarte online auf Gültigkeit geprüft, aktualisiert oder gesperrt werden. Ein Austausch der Karte – zum Beispiel bei Adress- oder Statusänderungen – wäre dann nicht mehr notwendig. Die flächendeckende Ausstattung der Ärzte und Krankenhäuser mit der notwendigen Technik (Konnektoren) soll nach einem erfolgreichen Probelauf 2016 bis Mitte 2018 abgeschlossen werden. Ärzte und Zahnärzte, die sich nach dem 1. Juli 2018 nicht an der Online-Prüfung der Versichertenstammdaten beteiligen, müssen eine Kürzung ihrer Vergütung um ein Prozent hinnehmen.

Medizinische Notfalldaten können ab 2018 auf Wunsch des Versicherten auf der eGK gespeichert werden. Damit wären zum Beispiel wichtige Informationen über die Blutgruppe, bestehenden Impfschutz oder Allergien und Vorerkrankungen im Ernstfall schnell verfügbar.

Patienten, die drei oder mehr Arzneimittel nehmen, haben seit Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan. So soll die Zahl der Todesfälle durch gefährliche Arzneimittel-Wechselwirkungen verringert werden. Ärzte sind verpflichtet, Patienten über den Anspruch zu informieren. Die Apotheker sind in

das Verfahren einbezogen. Zunächst gibt es die Medikamentenübersicht nur in Papierform. Ab 2018 soll der Medikationsplan auch elektronisch über die Gesundheitskarte abrufbar sein. Technische Lösungen für einen E-Medikationsplan gibt es schon. Sie wurden vom AOK-Tochterunternehmen gevko für die „Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen“ entwickelt. Mit dem Modellprojekt ARMIN erproben Ärzte, Apotheker und die AOK gemeinsam Methoden für mehr Sicherheit in der Arzneimitteltherapie.

Elektronische Arztbriefe werden bereits vor Einführung der Telematik-Infrastruktur gefördert. Bedingung: Es muss ein elektronischer Heilberufsausweis mit elektronischer Signatur verwendet werden. Um Ärzte und Therapeuten dazu zu bewegen, auf eine in anderen Wirtschafts- und Dienstleistungsbereichen längst selbstverständliche Kommunikation umzusteigen, gibt es 2017 zusätzlich zur bereits geltenden Extravergütung für elektronische Kommunikation einen Zuschlag von 55 Cent für jeden Arztbrief, der nicht per Post oder Kurier, sondern digital verschickt wird. Die mit dem Aufbau der Telematik-Infrastruktur beauftragte Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) muss bis Ende 2018 die technischen Voraussetzungen für eine elektronische Patientenakte schaffen. Sie soll mit Zustimmung der Patienten Arztbriefe, Notfalldaten oder Medikationsplan enthalten. Patienten wären dann in der Lage, ihre Behandler über ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren.

Als eine weitere Ausbaustufe ist ein elektronisches persönliches „Patientenfach“ vorgesehen, das die Versicherten auch außerhalb der Arztpraxis über die eGK einsehen und selbst verwalten können. Darin könnten auch eigene Daten abgelegt werden – zum Beispiel ein Patiententagebuch über Blutzuckermessungen oder Daten von Fitnessarmbändern.

Die gematik musste bis zum 30. Juni 2017 ein „Interoperabilitätsverzeichnis“ erstellen. Es soll die von verschiedenen IT-Systemen im Gesundheitswesen verwendeten Standards transparent machen. Um Parallelstrukturen zu vermeiden, werden neue Telematik-Anwendungen nur noch dann von den Krankenkassen bezahlt, wenn sie die im Gesetz vorgesehenen Festlegungen und die in diesem Verzeichnis enthaltenen Empfehlungen berücksichtigen.

## **Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf**

Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf hat den Personenkreis der „nahen Angehörigen“ erweitert, die für die familiäre Pflege in Frage kommen. Angehörige erhalten seit Januar 2015 auch Unterstützung, wenn sie ihre Stiefeltern, Schwäger oder Partner in lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaften pflegen. Beschäftigte haben außerdem einen Rechtsanspruch auf bis zu 24 Monaten Familienpflegezeit. Die Regel gilt allerdings nicht für Kleinbetriebe mit weniger als 25 Mitarbeitern. Pflegende Angehörige

in Familienpflegezeit haben außerdem Anspruch auf ein zinsloses Darlehen, um Gehaltseinbußen besser abfedern zu können. Im Rahmen der bereits möglichen zehntägigen Auszeit, die sich Angehörige für eine akut aufgetretene familiäre Pflegesituation nehmen können, gibt es in Zukunft auch eine Lohnersatzleistung, das Pflegeunterstützungsgeld. Arbeitnehmer müssen auch für die Sterbebegleitung und zur Betreuung pflegebedürftiger minderjähriger Kinder freigestellt werden.

Der Bundesrat hat eine begleitende Entschließung verabschiedet. Darin bedauern die Länder die Beschränkung der erweiterten Familienpflegezeit auf Betriebe mit mehr als 25 Beschäftigten. Die mögliche Reduzierung der Wochenarbeitszeit auf bis zu 15 Stunden für bis zu zwei Jahre bleibe dadurch einer erheblichen Zahl von Arbeitnehmern verwehrt. Der Bundesrat bittet deshalb die Bundesregierung, bei der künftigen Weiterentwicklung der Ansprüche eine Herabsetzung der Betriebsgröße „ernsthaft in Erwägung zu ziehen“.

## **Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

Mit dem PsychVVG sollen insbesondere die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung gefördert sowie Transparenz und Leistungsorientierung der Vergütung verbessert werden. Seit 2017 greift in der Psychiatrie und Psychosomatik ein neues Vergütungssystem. Statt fester Preise gibt es krankenhausindividuelle Budgets. Die Budgets der einzelnen Krankenhäuser werden unter Berücksichtigung leistungsbezogener struktureller Besonderheiten vereinbart. Damit werden die einheitlichen Preise für gleiche Leistungen auf Landesebene aufgegeben. Die Vergütung soll sich zudem stärker an Leitlinien, der Einhaltung von Personalstandards und den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) orientieren. Die Relativgewichte für Leistungen werden bundesweit auf Basis empirischer Daten kalkuliert. Davon können die Vertragspartner bei den Budgetverhandlungen vor Ort abweichen, indem sie die leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten und das vorhandene Budget berücksichtigen. Ab 2019 müssen sich Krankenhäuser darüber hinaus einem Vergleich stellen.

Außerdem finden sich Regelungen zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung sowie die Etablierung eines Standortverzeichnisses für Krankenhäuser und ihre Ambulanzen. Insgesamt stärkt das Gesetz die Vertragspartner auf Ortsebene. Die Einführung neuer stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungsformen im häuslichen Umfeld, das sogenannte Hometreatment, soll die sektorenübergreifende Versorgung stärken. Dazu kommen neue, teils erweiterte Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen. Für Bund, Länder und Gemeinden beziffert die Bundesregierung die zusätzlichen Ausgaben im Jahr 2017 auf insgesamt rund 600.000 Euro und ab

2018 auf rund eine Million Euro jährlich. Die Krankenkassen kommen 2017 im Vergleich zu 2016 auf Mehrausgaben von voraussichtlich rund 36 Millionen Euro. Ab 2018 sind es dann jährlich rund 60 Millionen Euro.

## GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG)

Das „Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“ (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz/GKV-SVSG) soll die interne und externe Kontrolle der Selbstverwaltung sowie die Transparenz verbessern. Informations- und Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsgremien wurden dazu erweitert und präziser formuliert. Das GKV-SVSG betrifft die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV), den GKV-Spitzenverband, den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Neu ist eine Berichtspflicht für das Bundesgesundheitsministerium. Es wird künftig jedes Jahr im März – erstmals zum 1. März 2018 – den Gesundheitsausschuss des Bundestags über „aufsichtsrechtliche Maßnahmen“ sowie die Kontrolle über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung auf Bundesebene unterrichten.

Die Verwaltungsräte erhalten die Möglichkeit, den Vorsitzenden oder die Vorsitzende der jeweiligen Spitzenorganisation mit einfacher Mehrheit abzuwählen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass anschließend ein neuer Vorsitzender oder eine neue Vorsitzende gewählt wird. Für die Wahl der oder des Vorstandsvorsitzenden der KBV ist künftig eine Zweidrittelmehrheit nötig; erst im dritten Wahlgang genügt die einfache Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung. Der KBV-Vorstand wird um ein drittes – „versorgungsbereichsunabhängiges“ – Vorstandsmitglied erweitert. Entscheidungen können dann mit Mehrheit gefällt werden. Damit will der Gesetzgeber das immer wieder lähmende Patt zwischen Hausarzt- und Facharztvertretung im KBV-Vorstand beenden.

Mindestens alle fünf Jahre sollen die Spitzenorganisationen ihre Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch eine unabhängige externe Prüfeinrichtung oder durch eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei prüfen lassen.

Auslöser für das Gesetzesvorhaben waren in erster Linie die Skandale innerhalb der KBV. Dabei ging es um Millionenverluste durch umstrittene Immobiliengeschäfte und um unzulässige und überhöhte Vergütungen und Altersbezüge für einen ehemaligen Vorstandschef. Die aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten im Fall der KBV-Affären wurden von Politikern aller Bundestagsfraktionen als unbefriedigend empfunden.

## GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Die zahlreichen Regelungen des „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG) sollen dafür sorgen, die ambulante ärztliche Versorgung auch in strukturschwachen Gebieten flächendeckend zu erhalten. Ärzte, die sich dort niederlassen, erhalten eine bessere Vergütung. Die hausärztliche Versorgung wird durch mehr Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner gestärkt. Im Gegenzug soll Überversorgung in Ballungszentren reduziert werden. Dazu können die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen frei gewordene Arztstühle aufkaufen. Die entsprechenden Vorgaben sind allerdings im Gesetzgebungsverfahren deutlich aufgeweicht worden. So „soll“ eine KV erst aktiv werden, wenn für bestimmte Arztgruppen und Planungsbereiche ein Versorgungsgrad von 140 Prozent erreicht ist. Ein solcher Wert wird allerdings nur in sehr seltenen Fällen erreicht. Als Überversorgt gilt ein Bereich auch weiterhin, wenn der Versorgungsgrad 110 Prozent erreicht hat. Ab diesem Wert „kann“ die KV wie bisher bereits Arztstühle aufkaufen. In der Praxis passiert dies aber nur in Ausnahmefällen.

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten durch das Gesetz einen Rechtsanspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten planbaren medizinischen Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation. Die Zweitmeinung sollen aber nur spezialisierte Fachleute oder Einrichtungen äußern. Als Mindeststandard gelten eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem für den Eingriff maßgeblichen Fachgebiet, Kenntnisse des aktuellen Forschungsstandes zu Diagnostik und Therapie in dem betreffenden Gebiet und zu Therapiealternativen. Für welche Krankheitsbilder die Zweitmeinung obligatorisch ist, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) fest. Krankenkassen können zusätzlich in ihren Satzungen Angebote zur Zweitmeinung festlegen.

Weitere Regelungen im GKV-VSG:

- Terminservicestellen der KVen sollen dafür sorgen, dass Patienten innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin erhalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) muss dem Bundesgesundheitsministerium jährlich Bericht erstatten, ob und wie das in der Praxis funktioniert.
- Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige erhalten Anspruch auf zusätzliche zahnmedizinische Präventionsleistungen.
- Kliniken dürfen mehr ambulante Leistungen übernehmen. Für eine lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang vom Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt soll das Entlassmanagement verbessert werden. Krankenhausärzte dürfen deshalb in begrenztem Umfang Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verschreiben.
- Medizinprodukte der beiden höchsten Risikoklassen (IIb und III) müssen künftig eine Nutzenbewertung durch den GBA durchlaufen, bevor sie als Kassenleistungen anerkannt werden.



- Bei der Ärztevergütung kommt eine sogenannte Konvergenzregelung zur Anwendung. Danach bekommen die KVen eine Ausgleichszahlung, die von den Krankenkassen bisher eine – regional bedingt – unter dem Bundesschnitt liegende Gesamtvergütung erhalten.
- Über einen Innovationsfonds werden Versorgungsprojekte und die Versorgungsforschung mit jährlich 300 Millionen Euro gefördert.
- Bei selektivvertraglichen Versorgungsformen, etwa bei der Integrierten Versorgung (IV), erhalten die Krankenkassen und ihre Vertragspartner mehr Gestaltungsspielraum.
- Die psychotherapeutische Versorgung soll durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien des GBA verbessert werden. Die Befugnisse der Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen werden erweitert. Das betrifft zum Beispiel das Verordnen von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, die Verordnung von Krankentransporten, Krankenhausbehandlung sowie Soziotherapie.
- Versicherte erhalten Anspruch auf „unterstützendes Krankengeldfallmanagement“ durch ihre Krankenkasse. Um häufig auftretende Probleme beim Nachweis fortdauernder Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden, reicht es künftig, wenn Beschäftigte, deren Arbeitsunfähigkeit am Freitag endet, am darauffolgenden Montag eine Folgebescheinigung vom Arzt erhalten.
- Der sogenannte Apothekenabschlag, den die Apotheken den Krankenkassen als Großkunden für jedes verordnete Medikament gewähren, wird gesetzlich festgelegt und nicht mehr zwischen Kassen und Apotheken ausgehandelt.
- Die Zahl der hauptamtlichen Krankenkassenmitarbeiter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) wird auf höchstens ein Viertel der Mitglieder begrenzt. Zudem wird den MDK-Verwaltungsräten ein Beirat zur Seite gestellt, der vor jeder Entscheidung anzuhören ist. Im Beirat sitzen je zur Hälfte Vertreter Pflegebedürftiger beziehungsweise deren Angehöriger und der Pflegeanbieter. Bestellt werden die bis zu acht Mitglieder durch die Landesregierungen.
- Der Regressanspruch der Krankenkassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen wird eingeschränkt.

## Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)

Das System der Preisfindung im Heilmittelbereich wird weiter flexibilisiert. Das Gesetz soll gewährleisten, dass die vereinbarten Vergütungen die Anforderungen an die Leistungserbringer angemessen abbilden und die vorhandenen Versorgungsstrukturen gesichert und weiterentwickelt werden. Im Kern bedeutet das die Entkopplung von der Grundlohnsumme. Die Wahlmöglich-

keiten der Versicherten auch bei Versorgungsverträgen, die im Wege der Ausschreibung zu Stande gekommen sind, werden gestärkt. Information und Beratung der Versicherten über ihre Leistungsansprüche und die Versorgungsmöglichkeiten sollen besser werden.

Das HHVG hat zudem Maßnahmen für eine bessere Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden auf den Weg gebracht. Vorgesehen ist die Etablierung von Wundzentren. Hinzu kommen Verfahrensregelungen für die Erstattung von Verbandmitteln, Regeln für die finanzielle Aufwandsentschädigung für Patientenorganisationen in den Selbstverwaltungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie ein Auftrag an den GKV-Spitzenverband, in einer Richtlinie für die Krankenkassen Maßnahmen zum Schutz von Versichertensozialdaten zu kodifizieren.

Bei Zuschlagsentscheidungen im Rahmen von Ausschreibungen werden künftig nicht nur der Preis oder die Kosten, sondern auch Qualitätsaspekte eine Rolle spielen. Die Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung soll stärker überwacht werden, um zu gewährleisten, dass die im Hilfsmittelverzeichnis und den Versorgungsverträgen enthaltenen Anforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Leistungen umgesetzt werden.

Ebenso wird flächendeckend erprobt, ob und wie die Heilmittelerbringer stärker in die Versorgungsverantwortung eingebunden werden können. Die Präqualifizierungsverfahren im Hilfsmittelbereich, in dem Leistungserbringer ihre grundsätzliche Eignung für Vertragsabschlüsse mit den Krankenkassen nachweisen, werden weiterentwickelt, um die Strukturqualität der Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten. Darüber hinaus geht es um die Sicherstellung der kontinuierlichen Fortschreibung, Aktualisierung und Bereinigung des Hilfsmittelverzeichnisses, um die Qualitätsanforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Leistungen zu gewährleisten, Transparenz über das Hilfsmittellangebot zu schaffen und Fehlversorgung zu vermeiden.

Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens wurden auch fachfremde Änderungsanträge verabschiedet. Dazu zählen Regelungsvorgaben zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und zu den Hochschulambulanzen.

## Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Schwer kranke Menschen sollen in Deutschland künftig intensiver versorgt und in der letzten Lebensphase individueller betreut werden. Vor allem in den ländlichen Regionen sollen Aus- und Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung besser werden. Die vorgesehenen Neuregelungen in der Kranken- und Pflegeversicherung zielen darauf ab, Medizin, Pflege und Hospizarbeit stärker als bisher miteinander zu vernetzen und die Finanzierung stationärer Hospize zu verbessern. Die Tagessätze für Hospize werden pro Patient um mehr als 25 Prozent von derzeit 198 Euro auf 255 Euro angehoben. Zudem tragen die Krankenkassen jetzt 95 statt 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Die

restlichen fünf Prozent erwirtschaften die Hospize weiter selbst. Damit soll die vornehmlich durch Spenden und Ehrenämter getragene Hospizbewegung erhalten bleiben. Dies entspricht laut Bundesregierung dem ausdrücklichen Willen der Träger.

Bei ambulanten Hospizdiensten werden neben den Personalkosten auch die Sachkosten bezuschusst. Das können zum Beispiel Fahrtkosten ehrenamtlicher Mitarbeiter sein. Die sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) soll möglichst flächendeckend angeboten werden. Der Aufwand der Hospizarbeit in Pflegeheimen wird stärker berücksichtigt. Die Krankenhäuser bekommen die Möglichkeit, Hospizdienste mit Sterbebegleitung in ihren Einrichtungen zu beauftragen.

Die Palliativversorgung soll nach dem Willen der Bundesregierung Teil der Regelversorgung in der GKV werden. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Patienten bei der Auswahl von Angeboten der Palliativ- und Hospizversorgung individuell zu beraten. Ärzte und Krankenkassen sollen sich auf Maßnahmen verständigen, die geeignet sind, die Ausbildung von Medizinern auf diesem Gebiet zu verbessern.

Die Sterbebegleitung soll auch Bestandteil des Versorgungsauftrages der Pflegeversicherung werden. Dazu können Pflegeheime künftig vertraglich mit Haus- und Fachärzten zusammenarbeiten. Pflegeheime und Einrichtungen für Behinderte sollen für ihre Bewohner und mit ihnen die medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Betreuung in der letzten Lebensphase planen und organisieren. Die Kosten dafür tragen die Krankenkassen.

## **GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)**

Mit dem GKV-FQWG wurde der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf 14,6 Prozent festgesetzt, je zur Hälfte getragen von den Arbeitgebern und den GKV-Mitgliedern. Der bisherige Sonderbeitrag von 0,9 Prozent, den nur die Mitglieder gezahlt haben, entfällt. Kommen Krankenkassen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, können sie individuell festgelegte prozentuale Beitragssätze auf die beitragspflichtigen Einnahmen verlangen. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrags und der damit verbundene steuerfinanzierte Sozialausgleich entfallen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wurde beauftragt, das fachlich unabhängige wissenschaftliche „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ (IQTIG) zu gründen.

Die Bundesländer haben ihrem Beschluss einen Entschließungsantrag angefügt, in dem sie die Bundesregierung auffordern, die Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder im GBA und in dem geplanten Qualitätsinstitut zu verbessern. Aus Sicht der Bundesländer betrifft das Qualitätsinstitut unmittelbar die Krankenhausplanung und somit auch Länderkompetenzen. Sie bitten die Bundesre-

gierung auch, dauerhafte und tragfähige Lösungen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Geburtshilfe zu erarbeiten. Zudem müsse für Hebammen eine Versicherungslösung für Haftpflichtschäden entwickelt werden. Mitbeschlossen wurden mehrere Änderungsanträge, die sich unter anderem mit Impfstoffrabattverträgen, dem Ausbau der Unabhängigen Patientenberatung, Finanzhilfen für Hebammen und einer verlängerten Optionsphase für das neue Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) beschäftigen. Der AOK-Bundesverband kritisierte die geplante Neuregelung, nach der Impfstoffrabattverträge künftig immer an zwei pharmazeutische Unternehmen vergeben werden sollen.

## Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSg)

Mit dem „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung“ (KHSg) wurde der Aspekt Qualität als weiteres maßgebliches Kriterium in der Krankenhausplanung verankert. Mit einem Milliarden-Fonds sollen zudem die stationären Versorgungsstrukturen verbessert werden. Auf die gesetzlichen Krankenkassen rollen durch die Maßnahmen allein zwischen 2016 und 2020 Mehrkosten von mindestens zehn Milliarden Euro zu.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Aufgabe, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die sich als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder eignen. Das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) leistet dabei Unterstützung. Kliniken, die die Qualitätsvorgaben des GBA dauerhaft nicht einhalten, müssen damit rechnen, aus dem Krankenhausplan eines Landes zu fallen. Die Bundesländer dürfen ergänzend eigene Qualitätsvorgaben machen. Diese sollen die bundesweiten Qualitätsvorgaben aber möglichst nicht unterschreiten.

Auch die Krankenhausvergütung soll sich stärker an der Qualität orientieren. Möglich sind Zu- und Abschläge für Leistungen, „die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden“. Die sogenannte Mindestmengenregelung wird rechtssicher ausgestaltet. Dabei geht es darum, dass die Abrechnung von Krankenhausleistungen in bestimmten Bereichen an eine Mindestzahl entsprechender Eingriffe gebunden ist. Mindestmengen können einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsqualität leisten.

Das KHSg hat ein Förderprogramm für die Krankenhaus-Pflege auf den Weg gebracht, das den Krankenhäusern von 2016 bis 2018 stufenweise bis zu 660 Millionen Euro jährlich zur Verfügung stellt. Nach Auslaufen des Programms sollen die Kliniken jährlich zusätzliche Fördermittel von bis zu 330 Millionen Euro erhalten. Der 2013 kurz vor der Bundestagswahl als Kompensation für die Mehrleistungsabschläge eingeführte Versorgungszuschlag wurde in einen Pflegezuschlag umgewidmet. Somit fließen bis 2020 zusätzlich zwei Milliarden Euro zum Förderprogramm in die Krankenhaus-Pflege.

Bei der Krankenhausfinanzierung ist eine weitere Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte beabsichtigt. Um die Krankenhausvergütung insgesamt realistischer planen zu können, wurde die bisher freiwillige Teilnahme der Kliniken an der Kalkulation der bundesweiten stationären Entgeltsysteme durch ein repräsentatives System ersetzt.

Krankenkassen und Bundesländer sollen jeweils 500 Millionen Euro in einen Strukturfonds einzahlen. Mit dem Geld sollen Krankenhäuser in Gesundheits- oder Pflegezentren umgewandelt werden, um vornehmlich in Ballungszentren stationäre Überversorgung abzubauen. Eine Beteiligung des Bundes oder der privaten Krankenversicherung an den Kosten des Strukturumbaus ist nicht vorgesehen.

Die gesetzlich bereits vorgeschriebenen Qualitätsberichte der Krankenhäuser müssen patientenfreundlicher gestaltet werden. Dazu sollen die Kliniken die besonders wichtigen Informationen über die Qualität der Behandlung künftig verständlich in einem zusätzlichen Berichtsteil darstellen.

## Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

Seit Anfang Januar 2015 gelten in der häuslichen Pflege neue Leistungen. Zudem wurden bereits bestehende Leistungen mit dem PSG I ausgeweitet und flexibilisiert. Zum 1. Januar 2015 wurden die Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung in einem Schritt um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (2,6 Prozent für Kinderlose) angehoben. Im Leistungsbereich gibt es neue, zusätzliche Entlastungs- und Betreuungsangebote. Bis 2035 wird schrittweise ein Pflege-Vorsorgefonds aufgebaut, um die Finanzierung steigender Leistungsausgaben abzufedern und gerechter auf die Generationen zu verteilen. 0,2 Prozentpunkte der Beitragserhöhung sind für die Leistungsausweitung vorgesehen. 0,1 Prozentpunkte der Erhöhung fließen in den Vorsorgefonds. Außerdem können Empfänger von Pflegeleistungen künftig nur 40 Prozent ihrer Sachleistungen dafür einsetzen, niedrighschwellige Dienstleistungen, wie etwa Botengänge, in Anspruch zu nehmen. Pflegedienste müssen gegenüber den Pflegekassen jetzt nachweisen, dass sie ihre Mitarbeiter nach Tarif entlohnen. In der Krankenhausfinanzierung wurde der sogenannte Mehrleistungsabschlag über 2014 hinaus verlängert. Der Mehrleistungsabschlag gilt als Mengensteuerung für nicht medizinisch notwendige, sondern überwiegend ökonomisch veranlasste Klinikleistungen.

## Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Das PSG II hat einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren in das Pflegeversicherungsrecht eingeführt. Zur Finanzierung des PSG II sind die Beiträge zur Pflegeversicherung 2017 um weitere

0,2 Prozentpunkte gestiegen. Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit soll insbesondere dazu beitragen, dass nicht mehr zwischen körperlichen Einschränkungen einerseits sowie kognitiven und psychischen Einschränkungen andererseits unterschieden wird. Der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen ist ausschlaggebend. Damit soll insbesondere pflegebedürftigen Demenzkranken geholfen werden.

Durch das PSG II haben pflegende Angehörige seit dem 1. Januar 2016 den Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung. An die Stelle der bisher drei Pflegestufen sind fünf Pflegegrade getreten. Für die rund 2,8 Millionen Pflegebedürftigen, die zum Stichtag der Umstellung (1. Januar 2017) bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben, enthält das Gesetz Überleitungsregeln, um sicherzustellen, dass keine erneute Begutachtung durch den MDK nötig wird.

Das PSG II reformiert auch das System der Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichte grundlegend. Neue Strukturen der Pflege-Selbstverwaltung auf Bundesebene sollen dafür sorgen, dass die Verbände der Leistungserbringer die Weiterentwicklung von Qualitäts- und Transparenzvorgaben nicht mehr durch ihr Veto verhindern oder verzögern. Die bisherige „Schiedsstelle Qualitätssicherung“ soll deshalb zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss umgestaltet werden. Ihm sollen jeweils bis zu zehn Vertreter der Pflegekassen und der Verbände der Pflegeeinrichtungen angehören.

Die umstrittenen „Pflegeroten“ – analog zu Schulnoten – bleiben zunächst bis Ende 2017 bestehen. Aussagekräftigere Bewertungssysteme sollen aber zügig entwickelt und in einem Pilotversuch erprobt werden. Spätestens 2018 soll der sogenannte „Pflege-TÜV“ durch ein neues Qualitätsprüfungs- und Transparenzsystem abgelöst werden.

## Drittes Pflegestärkungsgesetz

Das PSG III bildet den Abschluss der Pflegereform und setzt in erster Linie die Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege um und dient zwei zentralen Zielen. Zum einen geht es um die Verbesserung der Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege in den Kommunen, um die Sicherstellung der Versorgung, um sogenannte niedrigschwellige Angebote und um die Pflegeberatung. Zum anderen sollen die Regelungen zur im Kapitel sieben des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) verankerten Hilfe zur Pflege an die bereits im PSG II erfolgte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und an das Bundesversorgungsgesetz angepasst werden. Außerdem soll die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht erhalten, um gegen Abrechnungsbetrug vorgehen zu können. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wäre demnach auch zu Abrechnungsprüfungen bei häuslicher Kran-

kenpflege berechtigt. Bislang durfte der MDK nur ambulante Pflegedienste im Verdachtsfall unangemeldet kontrollieren.

Städte und Gemeinden dürfen künftig auf Initiative der Landkreise und kreisfreien Städte neue Beratungsstrukturen in Modellprojekten erproben. Die Landesverbände der Pflegekassen wurden verpflichtet, gemeinsam und einheitlich mit dem zuständigen Sozialhilfeträger entsprechende Vereinbarungen zu schließen, auch über das Personal, die Finanz- und Sachmittel, die die Pflegekassen beisteuern müssen.

Ebenso haben Landkreise und kreisfreie Städte jetzt ein Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten. Die Pflegekassen wurden verpflichtet, an den Pflegestützpunkten mitzuwirken und ebenfalls entsprechende Rahmenverträge zu schließen. Das Recht auf die Einrichtung von Schiedsstellen für den Streitfall liegt beim Land.

Getestet werden soll ein Initiativrecht für Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, wenn sie sich an deren Finanzierung beteiligen. Die Kosten für die Soziale Pflegeversicherung beziffert der Entwurf auf 30 Millionen Euro. Auf die Sozialhilfeträger kommen 2017 voraussichtlich Mehrausgaben von 200 Millionen Euro zu; in den Folgejahren wären es dann 182 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr.

Insbesondere die Änderungen des SGB XI und XII betreffen überwiegend die Länder und die Sozialhilfeträger. Der Bundesrat verknüpfte deshalb seine Zustimmung mit einer EntschlieÙung, wonach die Bundesregierung bis Ende Juni 2020 wissenschaftlich evaluieren lassen soll, welche Kosten mit dem PSG III für die Sozialhilfe verbunden sind. Zudem soll bis 2020 genau beobachtet werden, wie sich die Vergütung und Personalstruktur in tarifgebundenen und nicht-tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen entwickeln. Die Länder befürchten, dass die Neuregelungen zur leistungsgerechten Bezahlung des Pflegepersonals Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der Einrichtungen verursachen, die nach Tarif zahlen.

## Präventionsgesetz

Das Vorhaben der GroÙen Koalition war der vierte Anlauf einer Bundesregierung, dem Thema Prävention eine eigenständige gesetzliche Grundlage zu geben. Das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ soll die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Bürger, also in Schulen, Kitas oder Betrieben, stärken. Ärzte sollen bei Vorsorgeberatungen in Zukunft auch über Impfeempfehlungen unterrichten. Vor der Aufnahme in eine Kindertagesstätte müssen Eltern an einer obligatorischen, ärztlichen Beratung zum Thema „Impfschutz“ teilnehmen. Zudem werden die Rahmenbedingungen für die BGF verbessert und die BGF enger mit Maßnahmen zum Arbeitsschutz verknüpfert werden. Hebammen sollen künftig maximal

zwölf Wochen lang finanziell unterstützt werden, um Haftpflichtversicherungsbeiträge tragen zu können.

Eine neu einzurichtende nationale Präventionskonferenz wird Strategien zur Gesundheitsförderung erarbeiten, um die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen zu verbessern. Um Krankheiten künftig früher zu erkennen, werden die bisherigen Vorsorgeleistungen „präventionsorientiert“ weiterentwickelt. Beispielsweise ist vorgesehen, die sogenannten U-Untersuchungen bei Kindern auszuweiten. Außerdem sollen Ärzte ihren Patienten künftig Empfehlungen etwa für konkrete Vorsorgekurse geben können. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird die Krankenkassen künftig beraten und dabei unterstützen, gezielte Präventionsprojekte zu entwerfen, um damit spezielle Zielgruppen zu erreichen.

Zur Finanzierung der Leistungsausweitungen steigt der Richtwert für die Ausgaben der Krankenkassen zur primären Prävention, also für die Vorbeugung von Krankheiten, auf sieben Euro je Versicherten. Vier Euro davon sind fest gebunden: Der Mindestwert für BGF-Leistungen und für Präventionsleistungen in den Lebenswelten der Versicherten soll künftig jeweils zwei Euro je Versicherten betragen. 45 Cent je Versicherten zahlen die Kassen zur Unterstützung der BZgA. Die Pflegekassen sind nun verpflichtet, jährlich 30 Cent je Versicherten für Vorsorgeleistungen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen bereitzustellen.

Die Krankenkassen müssen mit jährlichen Mehrausgaben von 250 bis 300 Millionen rechnen. Auf die Pflegekassen kommen Mehrkosten von jährlich rund 21 Millionen Euro zu. Die privaten Krankenversicherungen können sich freiwillig an der Nationalen Präventionskonferenz beteiligen. In diesem Fall werden sie jährlich mit 18 Millionen Euro belastet. Private Pflegeversicherungen müssen mit insgesamt 2,7 Millionen Euro mehr rechnen.

In der öffentlichen Sachverständigen-Anhörung des Bundestags-Gesundheitsausschusses hatten am 22. April 2015 zahlreiche Experten den Gesetzentwurf kritisiert. Auch der AOK-Bundesverband, hält es für falsch, die Finanzierung einer solchen gesamtgesellschaftlichen Aufgabe allein den Kranken- und Pflegekassen aufzubürden.

## Reform der Pflegeausbildung

Die Reform soll den Pflegeberuf an neue Anforderungen anpassen und so auch wieder attraktiver machen. Das zuvor auch innerhalb der Großen Koalition umstrittene Konzept schafft den Einzelabschluss in der Krankenpflege ab. Stattdessen werden die Berufszweige Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege in einer zweijährigen generalistischen Ausbildung vereint. Im Anschluss an die zwei Jahre entscheiden die Auszubildenden, ob sie ihren Schwerpunkt in der Gesundheits-, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege setzen möchten. In Kraft treten soll das Gesetz am 1. Januar 2018.



Die generalistische Ausbildung soll einen breiteren Einsatz von Pflegekräften ermöglichen. Anlass ist, dass der Anteil älterer, demenziell erkrankter Patienten in den Krankenhäusern steigt, während in den Pflegeheimen der medizinische Behandlungsbedarf der Bewohner zunimmt. Die Ausbildung dauert in Vollzeit drei Jahre und ist kostenlos. Das bislang in manchen Ländern noch erhobene Schulgeld entfällt. Voraussetzung für eine Pflegeausbildung ist ein mittlerer Schulabschluss oder ein Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung. Neu eingeführt wird eine Pflegeausbildung an Hochschulen. Das Studium dauert drei Jahre und soll unter anderem vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft vermitteln.

Die Bundesregierung beziffert die jährlichen Mehrkosten auf 322 Millionen Euro. Insgesamt sollen die Gesamtkosten für die Pflegeausbildung bei rund 2,72 Milliarden Euro pro Jahr liegen. Hinzu kommen im ersten Ausbildungsjahr rund 81 Millionen Euro zusätzlich für den Aufbau der Ausbildungskostensfonds sowie 16,8 Millionen Euro an Verwaltungskosten. Für die Pflegeversicherung entspricht das laut Regierung einer finanziellen Mehrbelastungen von rund 90 Millionen Euro im Jahr. Auf die Krankenversicherung kämen rund 180 Millionen Euro pro Jahr mehr und die einmalige Zahlung für den Fondsaufbau im Umfang von 40 Millionen Euro zu.

## 14. SGB-V-Änderungsgesetz

Das seit 2009 geltende Preismoratorium für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die keiner Festbetragsregelung unterliegen, ist zunächst bis Ende 2017 verlängert worden. Der Herstellerabschlag für patentgeschützte Arzneimittel ohne Festbetrag beträgt seit 1. April 2014 sieben statt sechs Prozent. Generika sind davon ausgenommen; für sie gelten weiter sechs Prozent Herstellerabschlag (unabhängig vom zusätzlichen Generikaabschlag). Zugleich wurde die Nutzenbewertung für neue Medikamente, die vor dem 1. Januar 2011 auf den Markt gekommen sind (Bestandsmarkt), rückwirkend zum 1. Januar 2014 ausgesetzt. Weitere wichtige Neuerungen:

- Bei neuen Medikamenten gilt der nach der Nutzenbewertung zwischen Kassen und Herstellern vereinbarte tatsächliche Erstattungsbetrag als Basis für die Berechnung von Großhandels- und Apothekenzuschlag. Damit wurde unterbunden, dass Hersteller Medikamente auch nach der Vereinbarung mit dem Originalpreis in den Handelsdatenbanken listen und dies mit einer aus Wettbewerbsgründen nötigen „Geheimhaltung“ rechtfertigen. Dabei handelt es sich laut Bundesgesundheitsministerium um eine „rechtsklarstellende und nicht eine rechtsverändernde Funktion“.
- An den Verhandlungen über einen Erstattungsbetrag nach dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) für neue Medikamente soll künftig der Vertreter einer Krankenkasse teilnehmen. Bisher hat der GKV-Spitzen-

verband stellvertretend für alle Kassen verhandelt. Das genaue Prozedere regelt der GKV-Spitzenverband.

- Hat ein Hersteller mit den Kassen einen Erstattungsbetrag vereinbart, gilt dieser Betrag für alle Arzneimittel mit dem gleichen neuen Wirkstoff, die seit 1. Januar 2011 auf dem Markt sind. Die Phase der freien Preisbildung wurde damit für alle Arzneimittel mit dem gleichen neuen Wirkstoff auf die ersten zwölf Monate nach erstmaligem Markteintritt begrenzt. So werde unterbunden, „dass einzelne Unternehmen durch einen verzögerten Markteintritt oder eine taktische Aufteilung der Anwendungsgebiete die Phase der freien Preisbildung immer wieder neu auslösen oder verlängern und sich dadurch zu Lasten der Kostenträger und Wettbewerber einen ungerechtfertigten Vorteil verschaffen könnten“, heißt es in der Begründung.
- Die Zuständigkeit für die Substitutionsausschlussliste wurde auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) übertragen. Bisher waren der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband mit entsprechenden Verhandlungen beauftragt.
- Seit 1. April 2014 gelten neue Vorgaben zur Vergütung und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV). Die zum 22. September 2010 eingeführten Vergütungsbeschränkungen für HzV-Verträge (Paragraf 73b, Absatz 5a SGB V) wurden zum 1. April 2014 aufgehoben. Im Gegenzug müssen künftig die Vertragspartner bei HzV-Verträgen explizit Kriterien für die Wirtschaftlichkeit des Vertrages und Maßnahmen für den Fall der Nichteinhaltung vereinbaren. Zudem müssen für HzV-Verträge Regelungen zur Qualitätssicherung getroffen werden, die über die allgemeine hausärztliche Qualitätssicherung hinausgehen. Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme, die die hausärztliche Versorgung betreffen, werden als Bestandteil des hausarztzentrierten Versorgungsangebotes eingestuft. Damit will die Bundesregierung den Vertragspartnern einen größeren Gestaltungsspielraum einräumen, um innovative Versorgungskonzepte entwickeln zu können.

**Weitere Informationen zu den wichtigsten  
gesundheitspolitischen Reformen der 18. Legislaturperiode:  
[www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de)**



## Kurzmeldungen

### Umfrage: Hohe Zufriedenheit mit Geburtskliniken

17.08.17 (ams). Mütter stellen den Geburtskliniken in Deutschland ein gutes Zeugnis aus. Die Weiterempfehlungsrate liegt bei 83 Prozent. Das zeigt eine Analyse von AOK und BARMER sowie der „Weissen Liste“, einem Projekt der Bertelsmann-Stiftung. 87.500 Mütter haben sich bislang an der fortlaufenden Befragung beteiligt. 89 Prozent lobten den Umgang mit den Neugeborenen. Die zweithöchste Zustimmung (86 Prozent) erfährt die Betreuung durch die Hebammen. Mit der ärztlichen Versorgung waren 85 Prozent zufrieden, mit der pflegerischen 82 Prozent. Die Zufriedenheit mit Organisation und Service liegt bei 79 Prozent.

Weitere Informationen: [www.aok.de/krankenhausnavigator](http://www.aok.de/krankenhausnavigator)



### Gentechnische Arzneimittel: Sparpotenzial verpufft

17.08.17 (ams). 78 Millionen Euro haben die Krankenkassen 2016 durch die Umstellung von Biologika auf Biosimilars eingespart. 292 Millionen Euro hätten es bei konsequenter Umsteuerung auf diese Nachahmerprodukte bereits existierender gentechnologisch Arzneimittel ohne Qualitätsverlust sein können. Bei den Verordnungszahlen gebe es noch viel Luft nach oben, so die Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO). Neue Lösungsansätze für Wettbewerb seien zwingend notwendig. 2016 erreichten Biologika ihr bisheriges Umsatzhoch von 7,8 Milliarden Euro, doppelt so viel wie 2006.

Weitere Infos: [www.wido.de](http://www.wido.de) > Aktuelles



### Fast eine viertel Milliarde für Krankenhaushygiene

17.08.17 (ams). Die gesetzlichen Krankenkassen haben laut ihres Spitzenverbandes für mehr Hygienepersonal in Krankenhäusern 225 Millionen Euro in die Hand genommen. Das Geld fließt seit 2013 aus dem Hygienesonderprogramm zusätzlich zu den Betriebskosten, die die Kassen ohnehin leisten müssen. Bis zum Ende des Programms 2023 werden die Krankenkassen insgesamt über 460 Millionen Euro zur Verfügung stellen. Mit diesem Geld sollen Krankenhäuser qualifiziertes Hygienepersonal einstellen, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften und Ärzten in diesem Bereich sowie externe Beratungen bezahlen.

Infos: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Über uns > Presse > Pressemitteilung



**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:

---

---

---