

# AOK-Medienservice

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

## Politik

 @AOK\_Politik



AOK-GESUNDHEITSNETZWERK	
■ DIGITALE GESUNDHEITSAKTE IN ZWEI PILOTREGIONEN	2
AMS-GRAFIK 1	
■ HOHE ZUSTIMMUNG FÜR DIGITALE GESUNDHEITSAKTE	4
ARZNEIVERORDNUNGS-REPORT 2017	
■ STRENGERE KONTROLLE NACH MARKTEINTRITT	5
AMS-GRAFIK 2	
■ HOCHPREIS-MEDIKAMENTE IMMER TEURER	7
KRANKENHAUS-STRUKTURFONDS	
■ KEIN ERSATZ FÜR STRINGENTE KLINIKPLANUNG	8
ZAHL DES MONATS	
■ 293.205 BEHANDLUNGSFÄLLE MEHR ...	10
EU-TICKER	
■ BEWERTUNG DER EMA-BEWERBUNGEN	11
AMS-SERVICE: NACH DER BUNDESTAGSWAHL 2017	
■ WER IST DRIN – WER IST DRAUSSEN?	13
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDEAUSSCHUSS	20
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	21
KURZMELDUNGEN	23

AOK-Gesundheitsnetzwerk

## Digitale Gesundheitsakte startet in zwei Pilotregionen

**18.10.2017 (ams).** In zwei Pilotregionen startet die AOK-Gemeinschaft ihr Gesundheitsnetzwerk zum Datenaustausch zwischen Patienten, niedergelassenen Ärzten und Kliniken. Kern ist eine digitale Akte, mit der sich medizinische Informationen und Dokumente jederzeit bereitstellen und abrufen lassen. „Unser Ziel ist ein bundesweites Angebot für die AOK-Versicherten, das regional verschieden ausgestaltet wird“, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, bei der Präsentation des Gesundheitsnetzwerks in Berlin. Den Auftakt macht Mecklenburg-Vorpommern.

Mancher kennt das: Verlässt man nach einer Operation das Krankenhaus und soll sich anschließend beim Hausarzt vorstellen, dann kann es sein, dass man eine dicke Mappe mit Befunden, Röntgenbildern, Medikationsplänen und mehr mit in die Praxis schleppt. Bequem ist das nicht – und effizient sicher auch nicht.

Abhilfe verspricht die Digitalisierung, genauer gesagt der elektronische Datenaustausch zwischen Patienten, Ärzten und Kliniken. Der freilich kommt in Deutschland nur schleppend in Gang. Einen großen Schritt will die AOK-Gemeinschaft deshalb mit ihrem digitalen Gesundheitsnetzwerk machen. Mit zwei Piloten soll das Vorhaben in Kürze in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin beginnen.

### Datenaustausch für optimale Behandlung des Patienten

Im Kern werden Patienten, niedergelassene Ärzte und Kliniken miteinander vernetzt und können medizinische Informationen austauschen. Das Netzwerk bietet eine digitale Akte. In dieser können teilnehmende Patienten ihre vom Arzt in Praxis oder Klinik bereitgestellten Informationen jederzeit einsehen und anderen Ärzten zur Verfügung stellen. „Der sektorenübergreifende Austausch soll die optimale Behandlung der Patienten unterstützen und zu mehr Patientensicherheit führen“, sagte AOK-Chef Litsch.

Das Projekt in Mecklenburg-Vorpommern startet im November mit zwei Kliniken und dem Ärztenetz „HaffNet“. Etwa 8.000 AOK-Versicherten stehen im Gesundheitsnetzwerk zunächst vier Anwendungen zur Verfügung: das Aufnahme- und Entlassmanagement in den beteiligten Kliniken, der Austausch von Dokumenten zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten, die Möglichkeit zum Hochladen eigener Dokumente sowie die Option, selbst erhobene Vitaldaten und Messwerte in die eigene Akte einfließen zu lassen und behandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen.

Zum Jahreswechsel folgt der nächste Schritt: Gemeinsam mit der privaten Sana Kliniken AG und dem kommunalen Klinikkonzern Vivantes startet das AOK-Netzwerk dann in Berlin in die Pilotphase. Beteiligt sind neun Kliniken und 13 Medizinische Versorgungszentren von Vivantes sowie das Sana-Klinikum Lichtenberg. Zusammen versorgen sie jährlich etwa 114.000 AOK-Versicherte, die künftig die digitale Akte nutzen können.

Vivantes habe schon vor über drei Jahren begonnen, seine IT-Architektur zu modernisieren und die digitale Zusammenarbeit mit Dritten voranzutreiben, sagte Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung des Klinikverbundes. Die bei Vivantes etablierte Infrastruktur basiere auf der gleichen Methodik wie das AOK-Netzwerk und ermögliche somit die Vernetzung. Mit der Digitalisierung erhielten Patienten mehr Einblick in ihre Gesundheitsdaten. „Sie werden damit auch in die Lage versetzt, noch stärker als bisher über Behandlungsoptionen mit zu entscheiden.“ Auch die Sana Kliniken AG hat bereits digitale Konzepte getestet und umgesetzt. Als deutschlandweiter Partner wolle die private Klinikgruppe bei der Erweiterung des Netzwerkes in andere Regionen mitwirken, betonte Vorstand Dr. Jens Schick: „Wichtig ist uns, dass es sich um ein offenes Netzwerk handelt, an das weitere Akteure angebunden werden können.“

## „Ökosysteme statt Monokultur“ in der Digitalisierung

Die AOK verfolge bei der Umsetzung ihres Netzwerkes keinen zentralen Ansatz wie bei der Gematik, betonte AOK-Chef Litsch. „Wir brauchen Ökosysteme statt Monokultur.“ Je nach regionaler Situation könnten unterschiedliche Anwendungen mit verschiedenen Partnern umgesetzt werden. Diese Lösungen ließen sich aber jederzeit an die Telematik-Infrastruktur „andocken“.

Besonderes Merkmal des AOK-Netzwerkes sei die dezentrale Datenhaltung, die vor Datendiebstahl schütze, sagte Christian Klose, AOK-Projektleiter für das Gesundheitsnetzwerk. „Die Daten bleiben bei dem Arzt oder bei der Klinik, wo sie jeweils erhoben werden.“ Die AOK habe keinen Zugriff darauf. Der Patient entscheide, welcher Arzt und welche Klinik welche Informationen einsehen dürfe. „Die Datenhoheit liegt beim Patienten.“

Bei gesetzlich Versicherten stößt die Idee der digitalen Gesundheitsakte auf Zustimmung, wie aus einer YouGov-Umfrage für den AOK-Bundesverband hervorgeht. Danach halten es 82 Prozent der befragten Versicherten für sinnvoll, dass medizinische Daten in einer solchen Akte gespeichert werden, sodass Ärzte und Kliniken sie abrufen und sich einen Überblick über den Gesundheitszustand verschaffen können. 78 Prozent würden eine solche Akte selber nutzen.

(hom)

Weitere Infos:

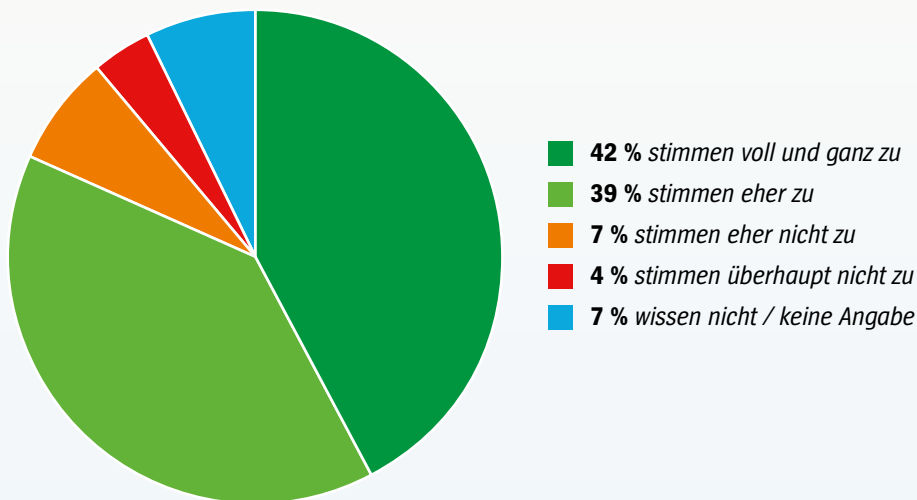
[www.aok-gesundheitsnetzwerk.de](http://www.aok-gesundheitsnetzwerk.de)



## Drei von vier Versicherten halten digitale Gesundheitsakte für sinnvoll

**Inwiefern stimmen Sie der folgenden Aussage zu – immer unter der Voraussetzung, dass Datenschutz und Datensicherheit auf höchstem Niveau gewährleistet sind?**

*„Ich halte es für sinnvoll, dass Daten über Diagnosen, Medikamente, Behandlungen, Impfstatus usw. in einer digitalen Gesundheitsakte gespeichert sind, sodass Ärzte in der Praxis und im Krankenhaus diese abrufen und sich einen Überblick über den Gesundheitszustand des Patienten verschaffen können.“*



Quelle: Bevölkerungsrepräsentative YouGov-Onlinebefragung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, September 2017  
Grafik: AOK-Mediendienst

Die große Mehrheit der gesetzlich Versicherten sieht die persönlichen Vorteile einer digitalen Gesundheitsakte. Das zeigt die repräsentative Umfrage, die der AOK-Bundesverband zum Start des AOK-Gesundheitsnetzwerks veröffentlicht hat.

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

Arzneiverordnungs-Report 2017

## Arzneien mit beschleunigter Zulassung nach Markteintritt strenger kontrollieren

18.10.2017 (ams). Arzneimittel, die beschleunigt zu gelassen werden, müssen auch nach dem Markteintritt strenger kontrolliert werden. Dies fordert Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, angesichts der Veröffentlichung des Arzneiverordnungs-Reports 2017. Er spricht sich auch dafür aus, dass nur Fachärzte in ausgewiesenen Zentren die beschleunigt zugelassenen Medikamente einsetzen sollten. Dies sei nötig, da bei den verkürzten Verfahren weder die Risiken der Arzneimittel noch deren voller Nutzen ausreichend bekannt seien.

Neue Medikamente können in Ausnahmefällen beschleunigt auf den Markt gebracht werden – selbst dann, wenn die erforderlichen klinischen Daten noch unvollständig sind. Ausschlaggebend dafür ist die Beurteilung des Wirksamkeit-Risiko-Verhältnisses: Der Nutzen für die öffentliche Gesundheit, der mit der sofortigen Verfügbarkeit des Arzneimittels verbunden ist, muss das Risiko überwiegen, das durch die noch fehlenden Daten gegeben ist. Die Hersteller müssen der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) dann nach dem Markteintritt weitere aussagekräftige Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit der Arzneimittel vorlegen. AOK-Chef Litsch kritisiert nun, dass die Pharmahersteller kaum kontrolliert würden, ob sie die erforderlichen Auflagen erfüllten. So gebe es für einzelne Arzneien auch nach sieben Jahren auf dem Markt nicht mehr Daten als bei der Zulassung. Ein Entzug der Zulassung oder das Ruhenlassen drohten den Hersteller jedoch „höchstens auf dem Papier“. In Deutschland kommen zudem – anders als in anderen europäischen Staaten – alle Medikamente mit einer EMA-Zulassung direkt in die Erstattung und können von allen Ärztinnen und Ärzten verordnet werden. Das bedeutet, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mitunter für Arzneien zahlen muss, deren Wirksamkeit noch gar nicht belegt ist.

### Einsatz nach beschleunigter Zulassung nur in Zentren

Insgesamt 48 Wirkstoffe sind von 2011 bis 2016 über verkürzte Verfahren auf dem deutschen Arzneimittelmarkt zugelassen worden. 20 davon waren für die Therapie nach einer Krebsdiagnose bestimmt, zehn für eine Stoffwechselerkrankung sowie neun für die Behandlung nach Infektionen. In Deutschland sei eine eigene Zugangsregulierung nötig, so Litsch, damit neue Arzneimittel für betroffene Patienten schnell verfügbar würden und zugleich deren Qualität und Sicherheit gewährleistet seien: „Wir brauchen nicht nur eine frühe, sondern auch eine späte Nutzenbewertung.“ Der wichtigste Schritt dabei sei,



ausschließlich Fachärzten in speziellen Zentren zu erlauben, Arzneimittel nach einer beschleunigten Zulassung einzusetzen. Denn nur dort sei das dafür notwendige Fachwissen vorhanden, sagt Litsch. Beispielsweise liege die Überlebensrate von Frauen mit Brustkrebs, die in zertifizierten Zentren behandelt wurden, nach vier Jahren bei 90 Prozent. Von den Patientinnen, die außerhalb der spezialisierten Einrichtungen versorgt wurden, seien nach dieser Zeit nur 83 Prozent noch am Leben.

## Pharmaunabhängige Prüfung von Medikamenten

Medizinische Zentren wie beispielsweise Schwerpunktpraxen oder Spezialkliniken sind nach den Worten des AOK-Chefs auch „die richtigen Orte“, um die Qualität eines neuen Arzneimittels nach der beschleunigten Zulassung zu prüfen. Entsprechende Studien sollten künftig „firmenübergreifend und pharmainabhängig“ erfolgen und über einen Pharmafonds finanziert werden. Als Beispiel verweist er auf den Pharmafonds in Italien, der mit Finanzmitteln aus dem Marketingtopf der Industrie gespeist wird. „Pharmafirmen in Deutschland sollten sich für solche Fondslösungen offen zeigen, da sie durch die beschleunigten Verfahren hohe Ausgaben für Zulassungsstudien einsparen und zugleich früher mit ihren Produkten Einnahmen am Markt erzielen“, sagt Litsch. Laut dem Arzneiverordnungs-Report 2017 sind die Ausgaben der GKV für Arzneimittel 2016 insgesamt um 3,9 Prozent auf 38,5 Milliarden Euro angestiegen. Sie verbuchen damit 17 Prozent der GKV-Gelder auf sich und liegen rund zwei Milliarden Euro unter den Ausgaben für ärztliche Behandlungen in Höhe von 40,7 Milliarden Euro. Die Anzahl der Verordnungen ist 2016 mit 2,1 Prozent dagegen geringer gewachsen als die Ausgaben. Demnach haben die Ärzte im vorigen Jahr etwas mehr, vor allem aber teurere Arzneien verordnet.

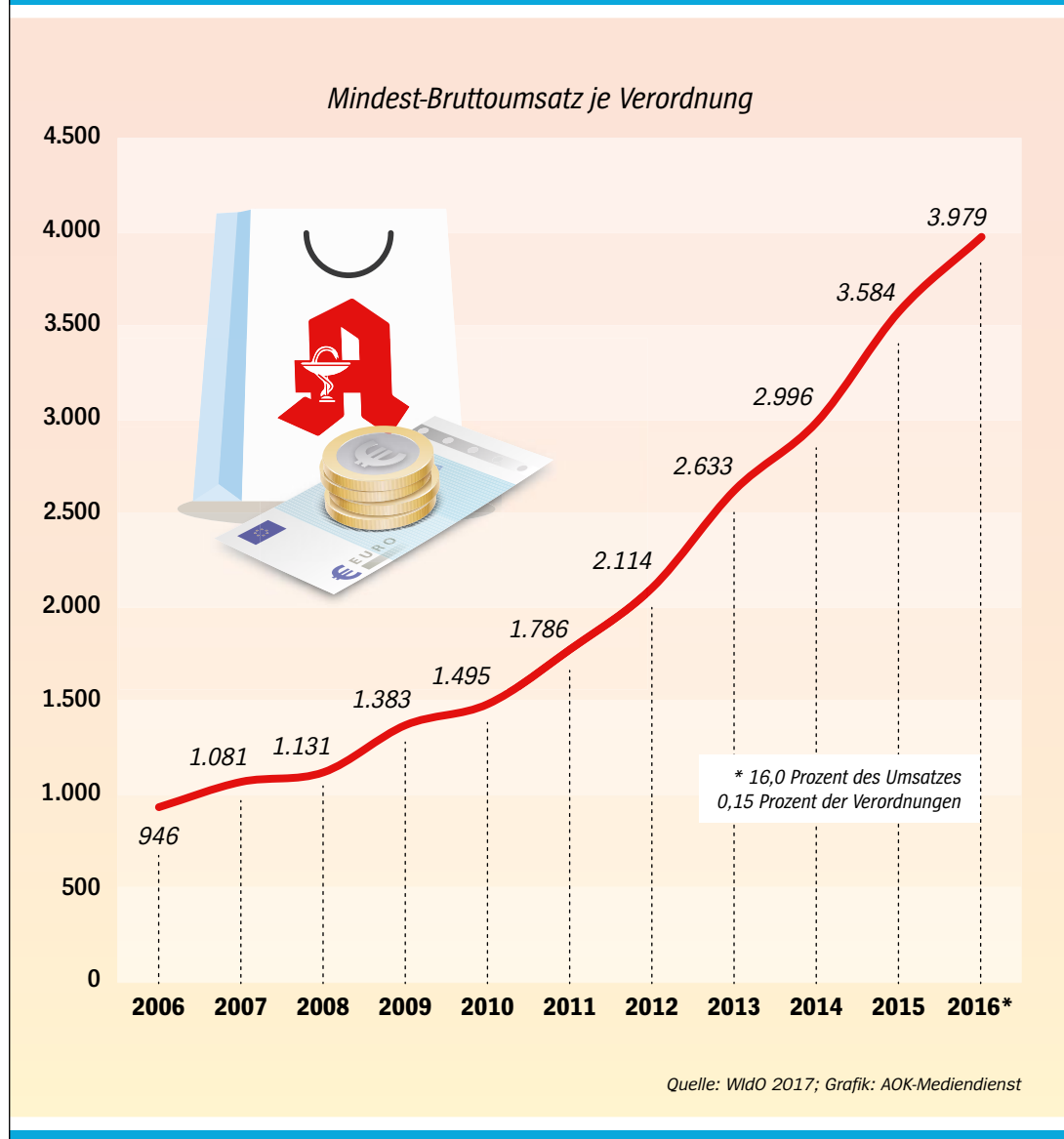
(wer)

**Die Materialien der Pressekonferenz:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > **Presse** > **Pressemitteilungen**

**Weitere Infos im Dossier Arzneimittel**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > **Hintergrund** > **Dossiers** > **Arzneimittel**



## Das teuerste eine Prozent aller Arzneimittel wird immer teurer



Um mehr als das Vierfache hat sich innerhalb von zehn Jahren der Mindest-Bruttoumsatz des teuersten ein Prozent aller Arzneimittel erhöht. Obwohl dessen Anteil an den Verordnungen mit 0,15 Prozent im Jahr 2016 verschwindend gering ist, entfallen auf diese teuersten Medikamente 16 Prozent des gesamten Umsatzes.

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

Krankenhaus-Strukturfonds

## „GKV-Investitionshilfen ersetzen keine stringente Krankenhausplanung“

18.10.2017 (ams). Das Antrags- und das Nachverteilungsverfahren zur Vergabe der Mittel des Krankenhaus-Strukturfonds sind abgeschlossen. Das zuständige Bundesversicherungsamt (BVA) entscheidet nun über die Finanzierung der beantragten Förderprojekte. Insgesamt 500 Millionen Euro stellte die gesetzliche Krankenversicherung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für die nachhaltige Verbesserung der Krankenhausstrukturen zur Verfügung. Doch nur von einer der drei förderfähigen Maßnahmen machten die Länder im großen Stil Gebrauch: Allein für Vorhaben zur Konzentration von Leistungen wurden 437 Millionen Euro beantragt. Schließungen und Umwandlungen sind mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen nur vereinzelt geplant.

Bei der Einrichtung des Krankenhaus-Strukturfonds 2016 standen bessere Klinikstrukturen und ein Abbau von Überkapazitäten auf der Agenda. Dafür beteiligt sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) an den Kosten für Schließungen, an Baumaßnahmen zur Konzentration bestimmter Leistungen an einem Standort und an Umwandlungen von Kliniken oder Abteilungen in notwendige Versorgungseinrichtungen – an Investitionen also, die in die Zuständigkeit der Länder fallen. Neben insgesamt 50 Projektanträgen im Förderbereich „Konzentration“ sind nun bundesweit lediglich zwölf Umwandlungen und elf Schließungen geplant, hinzu kommt eine kombinierte Maßnahme im Bereich Umwandlung/Schließung. Viele Länder, etwa Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz, das Saarland und Schleswig-Holstein, haben die Mittel ausschließlich für Vorhaben im Bereich der Konzentration beantragt. Eine strukturbereinigende Wirkung des Fonds sei deshalb kaum wahrnehmbar, sagt Matthias Mohrmann, Vorstand der AOK-Rheinland Hamburg, in der aktuellen Ausgabe des Krankenhaus-Newsletters „Blickpunkt Klinik“: „Es wurden Abteilungen geschlossen, die schon lange nicht mehr wirtschaftlich zu führen waren, vorzugsweise in der Gynäkologie. Hier und da wurden Abteilungen gestrafft, vielleicht auch mal eine kleine, seit Jahren prekäre Klinik geschlossen.“ Das seien sinnvolle Maßnahmen, sei aber keine spürbare Strukturveränderung.

### Ländervorstoß für zweite Auflage

Im regulären Antragsverfahren, das heißt bis zum 31. Juli 2017, waren von den Ländern bereits 483,5 Millionen Euro beantragt worden. Die Verteilung der Fördergelder folgt dem Königsteiner Schlüssel. Nach Abzug der Verwaltungskosten in Höhe von rund fünf Millionen Euro waren 11,5 Millionen Euro für das Nachverteilungsverfahren Anfang September verblieben. Insgesamt



495 Millionen Euro konnten die Bundesländer also für Umbauten ihrer Kliniken beantragen, sofern sie bereit wären, dieselbe Summe zusätzlich aus eigenen Mitteln zu investieren. Bereits im Frühsommer hatten die Gesundheitsminister der Länder gefordert, den Krankenhaus-Strukturfonds zu verlängern. Auf Dauer sollte er jedoch aus Steuermitteln finanziert werden und zur Unterstützung von sektorenübergreifenden Projekten und Innovationen dienen. Der Verband der Krankenhausedirektoren forderte ebenfalls, das Verfahren fortzusetzen und die Mittel aufzustocken. Das ordnungspolitische Experiment hat sich jedoch nach Ansicht des AOK-Vorstands nicht bewährt. „Investitionshilfen der GKV ersetzen keine stringente Krankenhausplanung, die zu mehr Konzentration und einem guten Zusammenwirken von Zentren und regionalen Grundversorgern führen muss“, so Mohrmann.

## Fragezeichen bei der Effizienz

Krankenhaus-Experte Prof. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am Essener Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), schlug für den Fall einer Neuauflage vor, die Mechanismen des Fonds zu verändern. Im „Blickpunkt Klinik“ sagte er: „Die Kriterien der Vergabe sollten bundesweit einheitlich definiert werden, und zwar so, dass ein günstiges Verhältnis von finanziellem Aufwand und erzieltm Struktureffekt entsteht.“ Sobald Effizienz das Kriterium für die Zuteilung der Mittel wäre, könnten die Träger der Kliniken ihre Anträge sogar selbst stellen, „denn sie hätten dann einen starken Anreiz, nicht zu hohe Summen zu beantragen“. Die Ergebnisse des derzeit laufenden Verfahrens werden wissenschaftlich ausgewertet.

(asc)

Weitere Infos:

[www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Gesundheitsfonds/Strukturfonds > Strukturfonds

Der Krankenhaus-Newsletter:  
[www.blickpunkt-klinik.de](http://www.blickpunkt-klinik.de)



Zahl des Monats

## 293.205 Behandlungsfälle mehr ...

... als im Vorjahr verzeichneten die deutschen Krankenhäuser im Jahr 2016. Das entspricht einem Zuwachs von 1,52 Prozent im Vergleich zu 2015. Insgesamt zählte das Statistische Bundesamt (Destatis) 2016 rund 19,5 Millionen Behandlungsfälle.

Weitgehend unverändert blieb die durchschnittliche Verweildauer von 7,3 Tagen, ebenso die Bettenauslastung von bundesweit 77,9 Prozent. Die höchste Auslastung verzeichneten mit 79,9 Prozent die öffentlichen Häuser, die in Deutschland nahezu die Hälfte des Bettenkontingents stellen. Die freigemeinnützigen Kliniken nutzten ihre Kapazitäten zu 76,6 Prozent, die privaten kamen 2016 auf 74,9 Prozent. Nach den Krankenhausplänen vieler Bundesländer gilt eine Bettenauslastung von 85 Prozent als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung.

**Weitere Infos:**

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

**Fachinfos:**

[www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) > Krankenhaus



EU-Ticker

## EMA-Bewerbungen: EU-Kommission veröffentlicht Bewertungen

18.10.2017 (ams). Die EU-Kommission hat die Bewertung der 19 Bewerbungen um die neuen Standorte der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) und der Europäischen Bankenaufsicht (EBA) veröffentlicht. Dabei handelt es sich um kein Ranking. „Die Kommission hat nicht geprüft, ob die Angaben der Städte im einzelnen stimmen“, erläutert der AOK-Europaexperte Jan van Lente. „Wer den Zuschlag erhält, muss aber dafür sorgen, dass alle in der Bewerbung enthaltenen Zusagen auch umgesetzt werden.“ In ihren Bewertungen hat die Kommission abgehakt, ob die wichtigen Hauptkriterien für den neuen Standort (Gebäude, Erreichbarkeit, Arbeits- und Lebensumfeld für die Familien) erfüllt werden. „Jede Bewertung enthält Hinweise auf fehlende Angaben oder andere Probleme. Deshalb fällt es schwer, Favoriten herauszulesen“, sagt van Lente. Dagegen hat die EMA selbst inzwischen eine interne Bewertung veröffentlicht, nach der nur fünf Städte geeignet sind, einen kontinuierlichen Betrieb zu gewährleisten. Nach dem schnell in die Öffentlichkeit lancierten Ranking ist Amsterdam der Favorit, gefolgt von Barcelona, Wien, Mailand und Kopenhagen. Die deutsche EMA-Bewerberstadt Bonn kommt danach nur auf Platz 10. Am 20. Oktober beraten die Staats- und Regierungschefs über die Standortwahl. Deutschland ist mit Bonn für die EMA und Frankfurt für die EBA im Rennen. Die endgültige Entscheidung fällen dann die EU-Außenminister am 20. November in einem mehrstufigen Abstimmungsverfahren im Europäischen Rat für allgemeine Angelegenheiten.

Die Bewertungen der EU-Kommission (englisch):  
[https://ec.europa.eu/info/about-european-union/relocation-uk-based-eu-agencies\\_en](https://ec.europa.eu/info/about-european-union/relocation-uk-based-eu-agencies_en)



## Gesundheitsexperten warnen vor billigem Zucker

18.10.2017 (ams). Ende September ist mit der Zuckerquote die letzte landwirtschaftliche Quotenregelung der Europäischen Union ausgelaufen. Was EU-Landwirtschaftskommissar Phil Hogan als große Chance für die europäischen Bauern wertet, versetzt Gesundheitspolitiker in Sorge. Denn Zucker dürfte durch den Wegfall der Quote noch billiger werden. „Billiger Zucker ist eine kaum abzuschätzende Gefahr für die Gesundheit“, sagt Dr. Kai Kolpatzik. Der Präventionsexperte des AOK-Bundesverbandes fürchtet, dass die Lebensmittelindustrie bei sinkenden Preisen noch mehr Zucker als Geschmacksträger einsetzen wird. Gemeinsam mit Verbraucherverbänden und Kinderärzten

fordert die AOK deshalb weiter eine verständliche Lebensmittelkennzeichnung mit klaren Angaben zum Zuckergehalt.

**Weitere Infos:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Engagement > #wenigerzucker



## Entscheidung über Glyphosat-Zulassung in der Schwebel

18.10.2017 (ams). Mitte Dezember läuft die befristete EU-Zulassung für das umstrittene Unkrautvernichtungsmittel Glyphosat aus. Bei einem Treffen von Vertretern der 28 EU-Staaten und der Europäischen Kommission am 5. Oktober gab es keine Annäherung in der Frage, ob die Zulassung des Mittels verlängert werden soll. Ende Oktober findet ein weiteres Treffen statt. Deutschland hat sich in der Vergangenheit enthalten, da der CSU-Landwirtschaftsminister für die Zulassung, die SPD-Umweltministerin jedoch dagegen ist. Inzwischen setzt sich eine „Europäische Bürgerinitiative“ für das Verbot von Glyphosat ein. Die Initiative hat mit dem nötigen Quorum von einer Million Unterschriften aus mindestens sieben Ländern erreicht, dass sich das Europaparlament in einer öffentlichen Anhörung mit ihren Anliegen beschäftigen muss. Unterdessen wurde bekannt, dass das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) in Berlin in einem Gutachten zu Gesundheitsgefahren durch Glyphosat nahezu wortwörtlich Einschätzungen des Herstellers übernommen hat.

ams-Service: Nachlese Bundestagswahl 2017

## Wer ist drin – Wer ist raus? Gesundheitspolitik nach der Wahl

18.10.2017 (ams). Am 24. Oktober 2017 wird voraussichtlich der neue, 19. Deutsche Bundestag zu seiner konstituierenden Sitzung zusammentreten. Mit 709 Mitgliedern gehören dem Parlament 78 Abgeordnete mehr an als in der 18. Legislaturperiode; das sind 111 mehr als die Mindestzahl von 598 Abgeordneten. Auf die CDU/CSU entfallen 246 Sitze und auf die SPD 153 Mandate. Die AfD ist mit 92 Sitzen vertreten. Auf die FDP entfallen 80 Sitze, auf Die Linke 69 und auf Bündnis 90/Die Grünen 67 Sitze. Der AOK-Medienservice gibt einen kurzen Überblick, wer von den bisherigen Gesundheitspolitikern der Unionsparteien sowie von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke wiedergewählt worden ist. Welche Funktionen sie künftig haben werden, wird wohl erst nach Abschluss der Koalitionsverhandlungen feststehen. Ebenso offen ist, welche Abgeordneten der AfD und der FDP für Gesundheitspolitik zuständig sein werden.

### CDU

#### **Hermann Gröhe**

Jurist

1975 Eintritt in die Junge Union

Seit 1977 Mitglied der CDU

Seit 1994 Mitglied des Deutschen Bundestags

1994 bis 1998 Sprecher der „Jungen Gruppe“

2005 bis 2008 Justiziar der CDU/CSU-Fraktion

2008 bis 2009 Staatsminister im Bundeskanzleramt

2009 bis 2013 Generalsekretär der CDU Deutschlands

Seit 2013 Bundesminister für Gesundheit.

#### **Rudolf Henke**

Arzt

Seit 1988 Facharzt für Innere Medizin

Seit 1992 Mitglied der CDU

Seit 1995 Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer

Seit 2011 Präsident der Ärztekammer Nordrhein

1995 bis 2009 Mitglied des Landtags Nordrhein-Westfalen (CDU)

Seit 1999 Mitglied des CDU-Landesvorstandes Nordrhein-Westfalen;

2005 bis 2009 stellvertretender Vorsitzender der CDU-Landtagsfraktion

Nordrhein-Westfalen

Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Michael Henrich**

Jurist

1984 Eintritt in die CDU

Seit 1995 selbstständiger Rechtsanwalt

1999 bis 2005 Vorsitzender des Haus-, Wohnungs- und Grundstückseigentümerversoins Kirchheim unter Teck;

Seit 2002 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Dr. Georg Kippels**

Rechtsanwalt

Seit 1989 selbstständig als Anwalt

Seit 1980 CDU-Mitglied

Seit 1994 Stadtverordneter der CDU Bedburg;

Ortsbürgermeister in Bedburg-Mitte;

Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Dr. Roy Kühne**

Diplom-Sporttherapeut / Physiotherapeut

2005 Eintritt in die CDU

Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Dr. Katja Leikert**

1995 bis 2001 Studium Politologie,

Volkswirtschaftslehre, Statistik und Anglistik

Seit 2001 Wissenschaftliche Mitarbeiterin,

TU Kaiserslautern, Fachgebiet Internationale Beziehungen/Außenpolitik

2012 Eintritt in die CDU

Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Karin Maag**

Rechtsanwältin

1991 bis 2003 Verwaltung Landeshauptstadt Stuttgart

2003 bis 2007 Leiterin Oberbürgermeisterbüro

2007 bis 2009 Abteilungsleiterin (Ministerialdirigentin)

im Landtag von Baden-Württemberg

Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Dietrich Monstadt**

Rechtsanwalt

Landesvorsitzender des Deutschen Diabetikerbundes

in Mecklenburg-Vorpommern

Seit 1996 Mitglied der CDU

Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Lothar Riebsamen**

Verwaltungs-Betriebswirt

1974 Verwaltungsausbildung

1977 bis 1982 Stadtverwaltungen Überlingen und Pfullendorf

1982 bis 1990 Amtsleiter im Bereich Krankenhauswesen

Seit 1981 Mitglied der CDU

1990 bis 2009 Bürgermeister der Gemeinde Herdwangen-Schönach

Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Erwin Rüdell**

Diplom-Betriebswirt

seit 1972 Mitglied der CDU

Januar bis Mai 1987 Mitglied des Landtags von Rheinland-Pfalz

1994 bis 2009 1. Beigeordneter der Ortsgemeinde Windhagen

November 1998 bis Oktober 2009 Mitglied des Landtags

von Rheinland-Pfalz

Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Tino Sorge**

Rechtsanwalt

Seit 1995 Mitglied der CDU

2006 bis 2009 wissenschaftlicher Referent der CDU-Fraktion

im Landtag von Sachsen-Anhalt

Seit 2010 Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft Sachsen-Anhalt

Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Annette Widmann-Mauz**

Assistentin

Studium der Politik- und Rechtswissenschaften in Tübingen

1993 bis 1998 Mitarbeiterin am EU-Projekt

„European Studies Program (ESP)“ der Universität Tübingen

Seit 1984 Mitglied der CDU

Seit September 2015 Bundesvorsitzende der Frauen Union

Seit 1998 Mitglied des Deutschen Bundestags

Seit 2009 Parlamentarische Staatssekretärin

im Bundesgesundheitsministerium

## **CSU**

### **Erich Irlstorfer**

Bürokaufmann

1988 bis 1993 Kaufmännischer Angestellter

1992 bis 1993 Kaufm. Angestellter bei der Fa. F.X. Mühlbauer Freising

1993 bis 2013 Außendienstmitarbeiter AOK Bayern – Die Gesundheitskasse  
Seit 1995 in der CSU  
Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

## **Marlene Mortler**

Hauswirtschaftsmeisterin  
1983 Übernahme des landwirtschaftlichen Betriebes der Eltern  
Seit 1989 in der CSU  
Seit 2002 Mitglied des Bundestags  
Seit 2014 Drogenbeauftragte der Deutschen Bundesregierung

## **Dr. Georg Nüßlein**

Diplom-Kaufmann  
Seit 1993 berufstätig im Bereich Bank- und Finanzwesen  
Bis 2000 nebenberuflich Dozent an der Bankakademie in Frankfurt  
Seit 2002 Mitglied des Deutschen Bundestags  
Seit 2014 stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

## **Emmi Zeulner**

Gesundheits- und Krankenpflegerin  
Bis zum Sommersemester 2013 Studien European Economic Studies  
an der Universität Bamberg  
Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

## **SPD**

### **Heike Baehrens**

Diakonin, Geschäftsführerin  
1971 bis 1974 Ausbildung zur Bankkauffrau  
1974 bis 1977 Studium der Religionspädagogik  
1996 bis 2013 Geschäftsführerin im Diakonischen Werk  
Baden-Württemberg  
1996 bis 2013 alternierende Vorsitzende der Pflegesatzkommission SGB XI  
Seit 1988 in der SPD  
Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Bärbel Bas**

Personalmanagement-Ökonomin  
1985 bis 1987 Ausbildung zur Bürogehilfin  
1994 bis 1997 Ausbildung zur Sozialversicherungs-Fachangestellten  
2000 bis 2002 berufsbegleitende Fortbildung zur Krankenkassenbetriebswirtin  
2002 bis 2006 stellvertretender Vorstand der Betriebskrankenkasse EVS;



2005 bis 2007 Abendstudium zur Personalmanagement-Ökonomin (VWA)  
2007 bis 2009 Leiterin der Abteilung Personalservice bei der BKK futur  
Seit 1988 in der SPD  
Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags

## **Sabine Dittmar**

Ärztin

1982 staatlich geprüfte Kinderpflegerin  
1987 bis 1993 Studium der Humanmedizin, Weiterbildung zur Praktischen  
Ärztin, Anerkennung der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren  
Bis 2010 Hausärztin in einer Gemeinschaftspraxis  
Seit 1981 in der SPD  
2008 bis 2013 Mitglied des Bayerischen Landtags  
Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

## **Dr. Edgar Franke**

Jurist

1991 bis 1996 Fachgruppenleiter „Öffentliches Recht“ beim  
Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.  
1996 bis 1999 Rektor und Professor an der Hochschule der gesetzlichen  
Unfallversicherung, Bad Hersfeld  
1999 bis 2009 Bürgermeister der Stadt Gudensberg  
Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags  
Seit 2014 Vorsitzender des Gesundheitsausschusses

## **Dirk Heidenblut**

Seit 1979 Helfer im Katastrophenschutz  
Jurastudium in Würzburg und Bochum  
Seit 1987 Geschäftsführer beim Arbeiter-Samariter-Bund  
in Essen (heute Regionalverband Ruhr e. V.).  
Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

## **Prof. Dr. Karl Lauterbach**

Arzt und Gesundheitsökonom

1998 bis 2005 Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie  
und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Universität zu Köln  
1999 bis 2005 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung  
der Entwicklung im Gesundheitswesen  
2003 Mitglied der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung  
der Sozialen Sicherungssystem (Rürup-Kommission)  
Seit 2005 Mitglied des Deutschen Bundestags

## **Hilde Mattheis**

Lehrerin

Seit 1986 in der SPD

Seit 1997 stellvertretende SPD-Landesvorsitzende Baden-Württemberg

Seit 2002 Mitglied des Deutschen Bundestags

Seit 2014 Sprecherin der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion

## **Bettina Müller**

Juristin und ausgebildete Krankenschwester

Gründungsmitglied der Grünen

Seit 1997 in der SPD, Mitglied im Landesvorstand Hessen

Seit 2012 Mitglied des Deutschen Bundestags

## **Martina Stamm-Fiebich**

Marketing- und Kommunikationsmanagerin

Freigestellte Betriebsrätin, Mitglied der IG Metall

Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

## **Bündnis 90/ Die Grünen**

### **Maria Klein-Schmeink**

Studium der Soziologie, Politikwissenschaften und Pädagogik in Münster

1983 bis 2002 Erwachsenenbildung

2002 bis 2009 wissenschaftliche Referentin für Arbeit,

Soziales und Gesundheit

Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Kordula Schulz-Asche**

Staatlich geprüfte Krankenschwester

Studium der Kommunikationswissenschaften in Berlin

1978 Gründungsmitglied der Alternativen Liste Berlin

1983 bis 1985 Mitglied des Abgeordnetenhauses Berlin

2003 bis 2013 Mitglied des Hessischen Landtags

Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

## Die Linke

### **Kathrin Vogler**

Studium der Soziologie in Münster

1990 bis 1994 Landesgeschäftsführerin DFG-VK NRW

1994 bis 1999 Leiterin der DFG-VK-Bundesgeschäftsstelle

Seit 2005 Mitglied Die Linke

Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Harald Weinberg**

Bildungsberater

Studium der Gesellschaftswissenschaften in Marburg

1986 bis 1991 Projektleiter in der Markt-/Meinungsforschung gfk

1991 bis 2003 selbstständig als geschäftsführender Gesellschafter eines Markt-/Meinungsforschungsinstituts

2003 Regionalleiter Bayern in der ver.di Bildung+Beratung gGmbH

2005 Eintritt in die WASG

Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags

### **Pia Zimmermann**

Mediengestalterin

Seit 1981 Mitglied der CDU

1972 bis 1996 Mitglied der SPD

Seit 2000 Mitglied der PDS/ Die Linke

2008 bis 2013 Mitglied des Niedersächsischen Landtags

Seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags

Weitere Infos:  
[www.bundestag.de](http://www.bundestag.de) > Abgeordnete



## Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

### Neue Behandlungsoption bei diabetischem Fußsyndrom

Bei Patienten mit Diabetes ist die Wundheilung gestört, vor allem betrifft dies Wunden an den Füßen. Für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms gibt es unter anderem durch die Disease-Management-Programme (DMP) in der Breite etablierte Versorgungsstrukturen – von der frühen Diagnose über frühzeitige Interventionen durch erfahrene Einrichtungen bis hin zur Versorgung in spezialisierten Zentren und Wundnetzen. Für Patienten, bei denen diese Standardtherapie nicht zum Erfolg führt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) nun die Möglichkeiten zur Behandlung des schweren diabetischen Fußsyndroms ausgeweitet: Fortan kann – abhängig von der Tiefe der Wunde – die hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) auch in der ambulanten Versorgung angewandt werden, sofern vorher die Wundversorgung entsprechend den aktuellen ärztlichen Behandlungsleitlinien in einer qualifizierten Einrichtung erfolgt ist. Um dies sicherzustellen, wurde die ambulante HBO an die Überweisung durch hierfür besonders qualifizierte Facharztgruppen geknüpft. Bei dem Verfahren wird das Wundgewebe des Fußes während des Aufenthaltes in der Hochdruckkammer mit mehr Sauerstoff versorgt. Zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung war die HBO bisher ausschließlich bei Behandlungen in der Klinik möglich.

**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.**

### Verfahrensregeln für ärztliche Zweitmeinung vor OPs

Der GBA hat Verfahrensregelungen beschlossen, nach denen Patienten sich künftig vor bestimmten Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen können. Dabei hat der Ausschuss festgelegt, für welche Operationen das strukturierte Zweitmeinungsverfahren angewandt werden kann. Hierzu zählen Eingriffe an den Gaumen- und/oder Rachenmandeln sowie Gebärmutterentfernungen. Ebenfalls geregelt wurde, über welche besonderen Qualifikationen zweitmeinungsgebende Ärzte verfügen müssen. Wichtig sei dabei vor allem die ärztliche Unabhängigkeit von etwaigen wirtschaftlichen Interessen an der Durchführung des Eingriffs, so der GBA. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 haben gesetzlich Versicherte einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Der GBA wurde beauftragt zu konkretisieren, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht.

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



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Noch hat der 19. Deutsche Bundestag seine Arbeit nicht aufgenommen. Und auch ein Koalitionsvertrag zwischen den möglichen Regierungsparteien CDU, CSU, FDP und Bündnis 90/Die Grünen liegt noch nicht vor. 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. Oktober 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.

(Bundsrats-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 dieses 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 wird diese Verordnung voraussichtlich am 3. November billigen.

**Der Verordnungsentwurf:**

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



## Kurzmeldungen

### Mehr Geld für Arznei- und Heilmittel 2018 vereinbart

18.10.2017 (ams). Das Ausgabenvolumen für Arzneimittel steigt 2018 um 3,2 Prozent beziehungsweise 1,2 Milliarden Euro. Das ist das Ergebnis der bundesweiten Rahmenvorgaben, auf die sich KBV und GKV-Spitzenverband geeinigt haben. Für den Heilmittelbereich beträgt das Plus 3,9 Prozent; das entspricht einer Steigerung um etwa 230 Millionen Euro.

Weitere Infos: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Presse > Pressemitteilungen



### GKV-Schätzerkreis ohne einvernehmliche Prognose für 2018

18.10.2017 (ams). Der GKV-Schätzerkreis – bestehend aus Experten des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), des Bundesversicherungsamtes (BVA) und des GKV-Spitzenverbandes – hat sich nicht auf eine einvernehmliche Prognose der Höhe der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für 2017 und 2018 verständigt. Rechnerisch ergibt sich aus den Schätzergebnissen des BMG und des BVA für 2018 eine Verringerung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um 0,1 Prozentpunkte auf 1,0 Prozent. Dagegen resultiert aus der Schätzung des GKV-Spitzenverbandes rechnerisch keine Änderung. Das BMG gibt den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für 2018 bis zum 1. November 2017 im Bundesanzeiger bekannt.

Weitere Infos: [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Risikostrukturausgleich > Schätzerkreis



### Arzneimittelinitiative ARMIN verlängert

18.10.2017 (ams). Das Modellprojekt „ARMIN – Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen wird bis 31. März 2022 verlängert. Das haben die Vertragspartner – die AOK PLUS, die Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Thüringen sowie der Sächsische und der Thüringische Apothekerverband – beschlossen. Damit wird die gesetzlich maximale Laufzeit des Modellprojekt von acht Jahren ausgeschöpft.

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

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



**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:

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