



# AOK-MEDIENSERVICE

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

05/18

POLITIK

 @AOK\_Politik

- GKV-Versichertenentlastungsgesetz
- **Nicht immer die passenden Instrumente für richtige Ziele** ..... 2
- ams-Stichwort: Beitragspflichtige Einnahmen
- **Wer zahlt wie viel und wovon an seine Krankenkasse?** ..... 4
- GBA-Konzept zur Notfallversorgung
- **Mehr Gerechtigkeit bei der Vergütung** ..... 6
- ams-Grafik: Ärztestatistik
- **Nachwuchs im Aufwind** ..... 8
- EU-Ticker
- **Schub für grenzüberschreitende Digitalisierung** ..... 9
- ams-Zitat: Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung
- **„Die zentrale Frage ist ...“** ..... 11
- Zahl des Monats
- **56.457.483 Mitglieder ...** ..... 12
- 
- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 13
  - **Gesetzgebungskalender** ..... 15
  - **Kurzmeldungen** ..... 17



GKV-Versichertenentlastungsgesetz

## Nicht immer die passenden Instrumente für richtige Ziele

**09.05.18 (ams). Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will mit seinem ersten Gesetzesvorhaben die Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung entlasten. Dabei stößt er in der eigenen Regierungskoalition nicht nur auf Zustimmung. Auch der AOK-Bundesverband hat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz, GKV-VEG) Kritikpunkte. Zwar gebe es viele begrüßenswerte Absichten wie die Rückkehr zur vollständigen paritätischen Finanzierung. An einigen wichtigen Stellen sieht der Verband jedoch Nachbesserungsbedarf. Das gilt insbesondere für die Abschmelzung der Finanzreserven und die rückwirkende Abwicklung obligatorischer Anschlussversicherungen.**

Mit der Rückkehr zur paritätischen Finanzierung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags ab dem 1. Januar 2019 setzt Jens Spahn einen wesentlichen Punkt des Koalitionsvertrags um. Die Versicherten werden dadurch um mehr als sieben Milliarden Euro jährlich entlastet, weil die Arbeitgeber künftig die Hälfte des Zusatzbeitrages übernehmen müssen.

Ebenfalls auf ein positives Echo stößt im AOK-System die Absenkung der Mindestbeiträge für Selbstständige. Bisher ist der Beitrag auf der Basis eines fiktiven Mindesteinkommens von knapp 2.300 Euro monatlich berechnet worden. Viele kleine Selbstständige verdienen jedoch deutlich weniger und „verzichten“ deshalb auf die Versicherung. Das GKV-VEG sieht nun vor, das fiktive Einkommen auf knapp 1.150 Euro festzulegen. Der AOK-Bundesverband geht hier noch einen Schritt weiter und schlägt einen Betrag von 1.015 Euro vor. Das würde den Verwaltungsaufwand reduzieren, weil dann für Selbstständige und andere freiwillig Versicherte eine einheitliche Bemessungsgrundlage hergestellt wäre.

Allerdings sieht der Gesetzentwurf auch vor, dass Krankenkassen künftig dazu gezwungen werden können, ihre Zusatzbeiträge zu senken, wenn ihre Rücklagen über eine Monatsausgabe hinausgehen. Die Regelung lasse jedoch außer Acht, so die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes, „dass Versicherte und Beitragszahler nicht nur ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Sie möchten auch über einen längeren Zeitraum stabile Beitragssätze bei einem gleichbleibend hohen Versorgungsniveau.“ Diesem berechtigten Anliegen der Versicherten könnten Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie ausreichende finanzielle Handlungsspielräume besäßen.

### Litsch: „Hier schießt der Gesundheitsminister übers Ziel hinaus“

Die geplante Regelung greife in hohem Maße in diese Spielräume ein und behindere die mittel- bis langfristige finanzstrategische und auf Stabilität ausgerichteten Planungen von Krankenkassen. „Hier schießt der Gesundheitsminister übers Ziel hinaus. Statt die Rahmenbedingungen für finanzielle Stabilität, solide Finanzplanung und den Wettbewerb um die beste Versorgung zu verbessern, treibt er die Krankenkassen so in eine einseitige und



kurzsichtige Fokussierung auf den Preis“, hatte Verbandschef Martin Litsch bereits kurz nach Veröffentlichung des Gesetzentwurfs Ende April angemahnt. Der AOK-Bundesverband sieht die Problematik für den Beitragszahler auch in den absehbaren Ausgabensteigerungen durch geplante und bereits umgesetzte Gesetzesvorhaben.

Das GKV-VEG sieht im Zusammenhang mit der Problematik wachsender Beitragsschulden in der GKV auch Neuregelungen für den Bereich der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) vor. Hier geht es unter anderem um den angemessenen versicherungstechnischen Umgang mit klassischen Saisonarbeitskräften und Erntehelfern. So stelle die ab dem Jahr 2013 geplante rückwirkende Bereinigung aufgelaufener Beitragsrückstände von Mitgliedern, zu denen eine Krankenkasse keinen Kontakt mehr habe und die auch keine Leistungen in Anspruch nähmen, einen rechtlich unzulässigen Eingriff in bereits abgeschlossene Geschäftsjahre dar. Die AOK lehnt eine solche Regelung ab.

### Keine Anschlussversicherung für Saisonarbeiter

Verbandschef Litsch stellt in diesem Zusammenhang außerdem klar: „Wir sind uns mit der Politik einig, dass für Saisonarbeiter keine obligatorische Anschlussversicherung eröffnet werden darf. Schon seit Jahren stellt die AOK genau dies über interne Regelungen sicher. Falls es hier zu Abweichungen gekommen ist, muss natürlich rückwirkend konsequent bereinigt werden.“ Gleichzeitig unterstreicht Litsch, dass die 305.000 Anschlussversicherten, die in der Statistik als AOK-Anteil ausgewiesen werden, eben nicht zur Gruppe der Saisonarbeiter gehören. Sie setzen sich vielmehr aus anderen Personengruppen zusammen, zum Beispiel Menschen ohne festen Wohnsitz, Auswanderern, Drogenabhängigen, Häftlingen, Schuldnern oder Studenten im Ausland. Litsch weiter: „Dass die AOKs diese Personengruppen zu einem überdurchschnittlichen Anteil versichern, ist kein Ausdruck von Schummelei, sondern schlichtweg von sozialpolitischer Verantwortung.“ Die Politik erwarte zu Recht, dass der Krankenversicherungsschutz für alle Menschen sichergestellt werde.

Der Gesetzentwurf enthält noch einen Pluspunkt. Die beabsichtigte Neuregelung für Altersrückstellungen wird ausdrücklich begrüßt. Vorgesehen ist, den Anteil, den die Krankenkassen zur Sicherung der Altersvorsorge ihrer Mitarbeiter in Aktien anlegen dürfen, von zehn auf 20 Prozent zu erhöhen. Die AOK-Gemeinschaft spricht sich bereits seit Langem dafür aus, die Aktienquote zu erhöhen. Die vorgesehene Änderung bedeute eine Angleichung an das Versorgungsrücklagegesetz des Bundes. Eine Ausweitung der Anlageformen sei zudem notwendig, weil aufgrund der Niedrigzinsphase in anderen Anlagebereichen kaum noch Renditen zu erzielen seien und zum anderen sich durch die EZB-Aufkaufprogramme die Anlagemöglichkeiten verknäpften.

(rbr)



ams-Stichwort: Beitragspflichtige Einnahmen

## Wer zahlt wie viel und wovon an seine Krankenkasse?

**09.05.18 (ams). Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen ab 2019 wieder vollständig paritätisch finanziert werden, also zu gleichen Teilen von GKV-Mitgliedern und Arbeitgebern. Das gilt auch für den Zusatzbeitrag, den die GKV-Mitglieder, in der Regel versicherte Arbeitnehmer, bisher alleine stemmen müssen. So steht es im Referentenentwurf für ein Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der GKV (GKV-VEG). Für einen Beitragszahler mit durchschnittlichem Verdienst von etwa mehr als 3.000 Euro bedeutet das bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von aktuell 1,0 Prozent eine Entlastung von etwas mehr als 15 Euro im Monat. Welche Einkommensanteile beitragspflichtig sind, ist abhängig vom Status des Versicherten.**

Grundsätzlich ist zunächst einmal jeder abhängig Beschäftigte in Deutschland sozialversicherungspflichtig. Das heißt, er muss sich auch gesetzlich krankenversichern. Beitragspflichtig ist sein Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Das Bundeskabinett legt die Grenze jährlich im Herbst per Rechtsverordnung für das Folgejahr fest. Grundlage ist die Entwicklung der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter aus dem Vorjahr. 2018 liegt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung bei einem Bruttogehalt von 4.425 Euro monatlich (53.100 Euro pro Jahr). Wer mehr verdient, zahlt für das darüber liegende Gehalt keinen Krankenkassenbeitrag mehr.

### Beitragsbemessung für freiwillig Versicherte und Rentner

Wer 2014 oberhalb der sogenannten Versicherungspflichtgrenze von 59.400 Euro jährlich verdient, muss sich nicht gesetzlich versichern, kann das aber. Für freiwillig Versicherte regelt der GKV-Spitzenverband die Beitragsbemessung in Paragraf zwei der „einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder“. Für die Beitragsbemessung sind demnach „mindestens die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind“, also in der Regel das Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Bis 2002 entsprach die Versicherungspflichtgrenze der Beitragsbemessungsgrenze. Mit Inkrafttreten des Beitragsatzsicherungsgesetzes am 1. Januar 2003 wurden diese beiden Grenzwerte aber entkoppelt.

Auch Rentner sind in der Regel gesetzlich krankenversichert. Unter zwei Bedingungen: erstens, wenn sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bekommen beziehungsweise eine solche beantragt haben. Zweitens, wenn sie in der zweiten Hälfte ihres Berufslebens mindestens 90 Prozent der Zeit gesetzlich versichert waren. Letzteres folgt dem Grundprinzip der Solidarität, um sicherzustellen, dass langjährig Privatversicherte wegen oft sehr hoher Versicherungsprämien im Alter nicht in die dann meist günstigere GKV wechseln.



Beitragspflichtig sind die gesetzliche Rente und vergleichbare Versorgungsbezüge wie Betriebsrenten sowie Arbeitseinkommen zusätzlich zur Rente. Den Arbeitgeberanteil übernimmt für die gesetzliche Rente der jeweilige Rentenversicherungsträger. Die Beiträge auf weitere Versorgungsbezüge bringt der Rentner vollständig alleine auf. Seit dem 1. Juli 2011 sind auch aus dem Ausland bezogene Renten beitragspflichtig. Für alle Einkommen zusammen gerechnet gilt auch für Rentner die Beitragsbemessungsgrenze.

### Arbeitslose, Künstler und Studenten

Arbeitslosengeld I (ALG I) unterliegt ebenfalls der Beitragspflicht. Die Bemessungsgrundlage liegt bei 80 Prozent des wöchentlichen Arbeitsentgelts, das der Berechnung des Arbeitslosengeldes zugrunde liegt. Den Arbeitgeberanteil übernimmt die Arbeitsagentur. Für Empfänger von ALG II (Hartz IV) zahlt der Bund eine monatliche Pauschale. Künstler und Publizisten können sich über die Künstlersozialkasse gesetzlich versichern und sind an der Beitragsaufbringung beteiligt. Der allgemeine Beitrag für die studentische Krankenversicherung wird vom Bundesgesundheitsministerium einheitlich für alle gesetzlichen Krankenkassen festgelegt. Seit dem 1. Januar 2018 beträgt er 66,33 Euro, hinzu kommt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag.

### Erträge aus Zinsen und Vermietungen

Auf weitere Einkünfte wie Erträge aus Zinsen oder Vermietungen werden bei Arbeitnehmern und auch Rentnern keine Beiträge erhoben. Deshalb ist die Entwicklung der Löhne und Gehälter entscheidend für die Finanzlage der GKV insgesamt, aber auch für jede einzelne Kasse. Bis zum Start des Gesundheitsfonds 2009 hing davon maßgeblich die Höhe des jeweiligen Beitragssatzes ab. Denn je höher das durchschnittliche Einkommen der Beitragszahler einer Kasse ist, um so niedriger kann eine Kasse ihren Beitragssatz festlegen, um ein bestimmtes Einnahmenvolumen zu erzielen. Ist also das Durchschnittseinkommen der Beitragszahler von Kasse A doppelt so hoch wie das von Kasse B, kann Kasse A bei gleichem Finanzbedarf grundsätzlich einen halb so hohen Beitragssatz erheben.

Um solche Faktoren abzumildern, die nichts mit der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu tun haben, und einen Wettbewerb zwischen den Kassen um Gutverdiener unattraktiv zu machen, erfolgt über den Gesundheitsfonds ein Einkommensausgleich.

---

#### DIE AKTUELLEN RECHENGRÖSSEN

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Das gilt

---

#### INFORMATIONEN ZU DEN BEITRÄGEN:

[www.aok.de](http://www.aok.de) > Mitgliedschaft & Tarife > Beiträge & Beitragssätze





GBA-Beschluss zur Notfallversorgung

## Drei-Stufen-Konzept sorgt für mehr Gerechtigkeit bei der Vergütung

**09.05.18 (ams). Krankenhäuser müssen künftig bestimmte medizinische Anforderungen und Qualitätsstandards erfüllen, um Vergütungszuschläge für die Versorgung von Notfällen zu erhalten. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in seinem Beschluss zum gestuften System für die Notfallversorgung festgelegt. Der AOK-Bundesverband begrüßt das in einer ersten Stellungnahme. „Das Konzept hat die Vergütungsgerechtigkeit im DRG-System verbessert, weil die Finanzierung der Zuschläge gesetzlich kostenneutral ausgestaltet ist“, sagt Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband.**

Die Zuschläge sind künftig nach dem Umfang der Strukturen gestaffelt, die eine Klinik in jeder Versorgungsstufe vorhalten muss. In ländlichen Regionen werden alle Kliniken, die Sicherstellungszuschläge erhalten können, als Basisnotfallversorger eingestuft. Über die Definition der Basisnotfallversorgung hinaus gibt es Sonderregelungen für spezielle Versorgungsangebote wie Traumazentren, Einrichtungen für Kindernotfälle, Schlaganfallpatienten oder Patienten mit Durchblutungsstörungen am Herzen. Belegärzte sollen künftig keine Notfälle mehr behandeln. Auf der Grundlage des Stufensystems sollen die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung in den kommenden Monaten Zu- und Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbaren. „In einem zweiten Schritt“, so Malzahn, „muss aber dringend eine sektorenübergreifende Notfallversorgung folgen. Dabei sollten planerische Aspekte mit weiterer Konzentration der Notfallversorgung im Vordergrund stehen. Denn beispielsweise für die Versorgung von Herzinfarkten ist nur ein Teil der Kliniken geeignet, die jetzt einen Zuschlag erhalten sollen.“

### Qualität ist jetzt definiert

Je nach Ausstattung und Leistungsangebot können die Krankenhäuser künftig eine Basisnotfallversorgung (Stufe 1), eine erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder eine umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) anbieten. Dafür müssen jeweils bestimmte Fachabteilungen vorhanden sein, es gibt Vorgaben zur Qualifikation des Personals, zu Versorgungskapazitäten und zur medizinisch-technischen Ausstattung sowie zu Strukturen und Prozessen. So dürfen die Patienten nach der Aufnahme durch die Zentrale Notaufnahme nicht länger als 30 Minuten auf eine fachärztliche Untersuchung warten, bei Bedarf muss innerhalb dieser Frist auch ein Anästhesist zur Stelle sein. „Notfälle sind zeitkritisch“, betonte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA, „wir sprechen nicht über Patienten, die sich die Ohren ausspülen lassen wollen, sondern hier sind in der Regel Schadensereignisse vorausgegangen.“ Die Bundesländer können in Ausnahmefällen dennoch einzelne Kliniken als Notfallversorger in den Krankenhausplan aufnehmen, wenn sie die Kriterien verfehlen.



Um die Folgen der Regelung abschätzen zu können, hatte der GBA die vorhandenen Notfall-Strukturen durch das IGES-Institut und auf der Basis weiterer Quellen analysieren lassen. Die Inventur durch das IGES ergab, dass von 1.748 allgemeinen Krankenhäusern, die heute an der Notfall-Versorgung teilnehmen, künftig 822 Kliniken Basisnotfallversorger sein werden. 144 würden an der erweiterten und 97 an der umfassenden Notfallversorgung teilnehmen. Nach derzeitiger Einschätzung werden 99,6 Prozent aller Bundesbürger auch künftig innerhalb von 30 Minuten eine Notaufnahme erreichen.

Etwa fünf Prozent der Notfälle des Jahres 2017 wurden an Kliniken behandelt, die die neuen Anforderungen derzeit nicht erfüllen (36 Prozent der Krankenhäuser). Während heute also bundesweit etwa 150 Häuser keine Zuschläge bekommen, könnten es künftig etwa 650 sein. Wie viele es nach Ablauf der Übergangsfrist von drei Jahren tatsächlich sein werden, bleibe abzuwarten, erklärte Hecken: „Viele dieser Kliniken sind sogenannte Schwellenhäuser, die einen großen Teil der Kriterien erfüllen, aber ihren Computertomografen zum Beispiel am Wochenende abschalten. Es hängt davon ab, was diese Häuser tun.“

## Versorgung über Sektorengrenzen hinweg gestalten

Doch nicht nur auf die Kliniken kommt es an. „Rettungsdienst, ambulante und stationäre Notfallversorgung müssen gemeinsam betrachtet werden, um medizinisch sinnvolle Strukturen zu schaffen“, so Klinikexperte Malzahn. Wegweisend dafür ist eine aktuelle Studie, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Auftrag gegeben hatte. Dort werden unter Erreichbarkeitsgesichtspunkten zwischen 736 und 337 Standorten für die Notfallversorgung errechnet. Für die 337 Standorte müsse allerdings viel gebaut werden, erklärt Malzahn. Aber aus medizinischer Sicht sei eine weitgehende Konzentration der Notfallversorgung sinnvoll. „Die Latte liegt also hoch.“

Bei diesem mittelfristigen Prozess spiele auch die Information der Patienten eine besonders wichtige Rolle: „Wenn die ambulante Notfallversorgung künftig – wie vom Sachverständigenrat angedacht – in integrierten Versorgungszentren erfolgen soll, ist eine intensive und dauerhafte Informationskampagne unerlässlich, damit die Patienten die neuen Strukturen kennenlernen und in Anspruch nehmen.“

In seinem Beschluss forderte der GBA die Krankenhäuser außerdem zur Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auf: Durch den Aufbau weiterer Portalpraxen sollen Selbst-einweiser im Umfeld der Notaufnahmen zunehmend ambulant versorgt werden können.

### DER GBA-BESCHLUSS IM DETAIL:

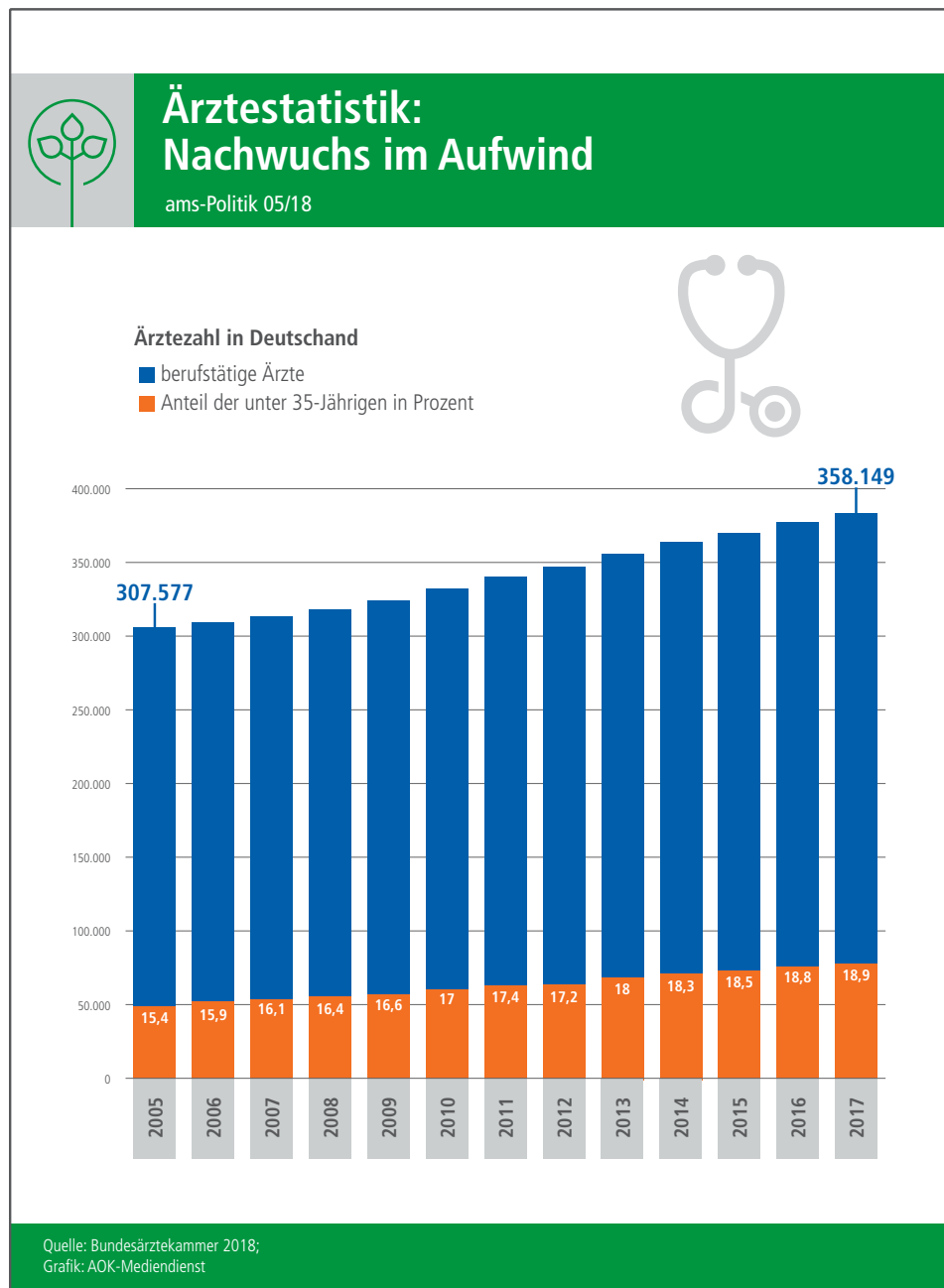
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > Beschlüsse > Bedarfsplanung > 19.04.18



### DAS DOSSIER:

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





Seit 2005 ist der Anteil junger Ärzte an der Zahl berufstätiger Ärzte kontinuierlich gestiegen. War 2005 nicht einmal jeder sechste berufstätige Arzt jünger als 35 Jahre, so ist es heute fast jeder fünfte. Ihre Zahl wuchs von rund 47.700 auf mittlerweile fast 72.800, ein Plus von deutlich über 50 Prozent.

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





EU-Ticker

## Schub für grenzüberschreitende Digitalisierung

09.05.18 (ams). Die EU-Kommission hat Ende April Vorschläge für eine bessere Zusammenarbeit bei der Digitalisierung des Gesundheitssektors veröffentlicht. Vorhandene Plattformen sollen stärker koordiniert und die finanzielle Förderung entsprechender Projekte ausgeweitet werden. Dabei geht es unter anderem um den grenzübergreifenden Zugriff auf elektronische Patientenakten und eine freiwillige Koordinierung von Daten zur Verhütung und Erforschung von Krankheiten. „Es ist richtig, bei der digitalen Vernetzung über den nationalen Tellerrand hinaus zu denken und bereits jetzt europäische Standards einzuplanen“, betont der Vertreter der AOK in Brüssel, Jan van Lente. Ganz konkret funktioniert die Kooperation bereits beim Aufbau eines elektronischen Datenaustausches zwischen den Sozialversicherungsträgern innerhalb der EU. Bis Ende Juni 2019 soll allen Mitgliedsländern eine gemeinsame IT-Plattform zur Verfügung stehen.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Employment, Social Affairs & Inclusion > Publications catalogue



## Weiter Kritik an der Bewertung von Gesundheitstechnologie

09.05.18 (ams). Nach dem Deutschen Bundestag hat sich auch der Bundesrat gegen den Vorschlag der EU-Kommission für eine verbindliche Zusammenarbeit bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health-Technology-Assessment – HTA) auf EU-Ebene ausgesprochen. Trotz des Widerstandes auch in anderen Ländern ist der Verordnungsvorschlag noch nicht vom Tisch. „Es hat sich kein Drittel der nationalen Parlamente rechtzeitig gegen den Kommissionsvorschlag ausgesprochen“, erläutert AOK-Europaexperte Jan van Lente. „Allerdings gab es in der Ratsarbeitsgruppe Mitte April eine qualifizierte Mehrheit gegen den Text in der aktuellen Form.“ Die „Europäische Plattform der Sozialversicherungsträger“ (ESIP), der auch der AOK-Bundesverband angehört, hat dem Europaparlament, dem Rat und der EU-Kommission Anfang Mai eine kritische Stellungnahme zum HTA-Vorschlag übermittelt.

POSITION DES AOK-BUNDESVERBANDES:

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





## „Geld für die Krebsforschung bis 2024 verdoppeln“

09.05.18 (ams). In 20 Jahren soll kein EU-Bürger mehr an Krebs sterben. Dieses ambitionierte Ziel verfolgt die Fraktion der Europäischen Volkspartei (EVP) im Europaparlament, zu der auch die Abgeordneten von CDU und CSU gehören. In einem Strategiepapier mit zwölf Punkten wird unter anderem gefordert, dass die EU bis 2024 ihre Ausgaben für die Krebsforschung verdoppeln soll: von derzeit 200 auf 400 Millionen Euro. Das Forschungsbudget für den Kampf gegen Krebs bei Kindern soll gar verzehnfacht werden. Außerdem sollen Patienten leichter als bisher Zugang zu Krebspezialisten im EU-Ausland bekommen. Die EU-Kommission soll dafür sorgen, dass die Krebsregister der einzelnen Länder so schnell wie möglich Daten austauschen können.

WEITERE INFORMATIONEN:

<http://www.eppgroup.eu> > Aktuelles > Pressemitteilungen > 25.04.18



## Für sensiblen Umgang mit Gefahrstoffen

09.05.18 (ams). Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz hat Ende April ihre Kampagne „Gefährliche Stoffe und gesunde Arbeitsplätze“ auf den Weg gebracht. Sie läuft bis Ende 2019 und soll das Bewusstsein für einen sicheren Umgang mit gefährlichen Stoffen am Arbeitsplatz wecken.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.ec.europa.eu/germany](http://www.ec.europa.eu/germany) > Presse > 24.04.18





ams-Zitat

## „Die zentrale Frage ist: ...

... Wer erbringt die dringend notwendigen Pflegeleistungen? Wenn wir darauf keine Antwort finden, laufen die Pflegereformen der vergangenen Legislaturperiode ins Leere. [...] Mein Ziel jedenfalls ist es, dass alle, die Pflege direkt oder indirekt angeht – Patienten, Heimbewohner, Angehörige wie auch professionell Pflegenden – möglichst rasch merken, dass unser Pflegesystem noch besser wird. Dass sie merken: Politik und Gesellschaft lassen mich nicht im Regen stehen. Das bereitet den Menschen doch die größte Sorge.“

Andreas Westerfellhaus,  
Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung,  
im Interview mit dem AOK-Forum  
„Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G)  
in der Aprilausgabe 2018

[DAS G+G-INTERVIEW IN VOLLER LÄNGE:](#)

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > [Hintergrund](#) > [Gesundheit und Gesellschaft](#) > [G+G 04/18](#)





Zahl des Monats:

## 56.457.483 Mitglieder ...

... zählte die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zum Stichtag 1. März 2018. Die elf AOKen kommen auf fast 20,5 Millionen Mitglieder, die Ersatzkassen auf knapp 22 Millionen. Betriebs- (BKK) und Innungskrankenkassen (IKK) folgen mit rund 8,2 Millionen beziehungsweise gut vier Millionen.

Für die GKV bedeutet das einen Mitgliederzuwachs von knapp 1,6 Prozent im Vergleich zum Jahresbeginn 2017 und fast elf Prozent zum 1. Januar 1997.

Bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert waren am 1. März 2018 insgesamt 72.694.419 Menschen, fast 26,4 Millionen bei einer der elf AOKen, nicht ganz 28 Millionen bei einer Ersatzkasse. Auch hier folgen BKK (10,9 Millionen) und IKK (5,2 Millionen auf den Plätzen.

WEITERE INFORMATIONEN BEIM BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Themen  
> Krankenversicherung > Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung





## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Sicherstellungszuschläge für die Geburtshilfe

Die Geburtshilfe zählt zukünftig zu den basisversorgungsrelevanten Leistungen eines Krankenhauses. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat jüngst die entsprechende Ergänzung der Sicherstellungsregelungen beschlossen. Damit können künftig auch Sicherstellungszuschläge für die Vorhaltung einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe vereinbart werden. Zuschlagsfähig ist in diesem Fall dann auch die Vorhaltung einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin. Bisher war die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nur für eine Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung möglich, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind. „Um diese bundesweit einheitlich bestimmen und überprüfen zu können, hat der GBA sogenannte planungsrelevante Qualitätsindikatoren für die Geburtshilfe und Gynäkologie beschlossen, die den Änderungen der Sicherstellungs-Regelungen zugrunde liegen“, erläuterte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA und Vorsitzender des Unterausschusses Bedarfsplanung. So sei gerade auch bei tendenziell risikoreichen Geburten wie Frühgeburten gewährleistet, dass eine zeitnahe und verlässliche Versorgung erfolge. „Bei der Entscheidung stand insbesondere im Vordergrund, in der Fläche eine qualitativ möglichst hochwertige medizinische Versorgung für Mutter und Kind sicherzustellen“, so Hecken weiter. Eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe ist als gefährdet einzustufen, wenn durch die Schließung des betreffenden Krankenhauses in dünn besiedelten Gebieten Fahrzeiten mit dem Auto von mehr als 40 Minuten notwendig sind, um bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen. Mit dem Sicherstellungszuschlag können nur Defizite aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs ausgeglichen werden. Die Änderungen treten nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft und können von den Vertragspartnern ab 1. Januar 2019 angewendet werden.

### Herzinsuffizienz bekommt eigenes Behandlungsprogramm

Der GBA hat die Anforderungen an die strukturierte Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz aktualisiert und in einem eigenständigen Disease-Management-Programm (DMP) festgelegt. Herzinsuffizienz war bisher in einem Modul des DMP Koronare Herzkrankheit verankert. „Damit konnten wir nur diejenigen erreichen, die in ein DMP zu koronarer Herzkrankheit eingeschrieben waren. Die Diagnose einer chronischen Herzinsuffizienz wird demografiebedingt jedoch immer häufiger“, begründete Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzende des Unterausschusses DMP, die Entscheidung. Patienten mit Herzinsuffizienz seien überwiegend älter und in hohem Maße mehrfach erkrankt. Diesem Versorgungsbedarf soll das eigenständige DMP Herzinsuffizienz Rechnung tragen. Als chronische Herzinsuffizienz wird die Unfähigkeit des Herzens bezeichnet, den Organismus mit ausreichend Blut und damit mit genügend Sauerstoff zu versorgen, um den Stoffwechsel zu gewährleisten. Charakteristisch sind die Dysfunktion der Herz- und Skelettmuskulatur sowie der Nieren. Typische Symptome sind Müdig-



keit, Leistungsminderung, und Flüssigkeitsansammlungen im Gewebe. Das auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien erstellte Behandlungsprogramm formuliert auch Therapieziele, die gemeinsam mit den Patienten besprochen und individuell festgelegt werden sollen. Im Rahmen eines Monitorings wird der klinische Status der Patienten regelmäßig überprüft. Die Anforderungen an das DMP Herzinsuffizienz und die entsprechende Dokumentation treten nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

WEITERE INFORMATIONEN ZU ENTSCHEIDUNGEN UND  
ZUR ARBEIT DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES:

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





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Das Bundesgesundheitsministerium hat seinen ersten Gesetzesentwurf der 19. Legislaturperiode vorgelegt. Der Titel des Premierenpapiers des neuen Ministers Jens Spahn verspricht den Versicherten Entlastung. Bereits auf dem Weg ist die geplante Änderung der Ausbildungsverordnung für die Pflegeberufe. Der Bundesrat hatte schon kurz nach Regierungsbildung im Januar einen Klassiker erneut in die parlamentarischen Beratungen eingebracht. (Stand: 9. Mai 2018). Diese und ältere Stichworte gibt es auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).

### Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe

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

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

### GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

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

Die Beitragsbelastung gesetzlicher Selbstständiger soll gesenkt werden. Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre GKV-Beiträge auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Der Mindestbeitrag pro Kalendertag soll halbiert werden und künftig nicht mehr den 40. Teil, sondern nur noch den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße betragen.



Das entspricht im Jahr 2018 monatlich 1.142 Euro statt 2.284 Euro. Die Bezugsgröße der Sozialversicherung ist das Durchschnittsentgelt aller Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung des jeweils vorletzten Kalenderjahrs und wird für jedes Kalenderjahr durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales berechnet und festgelegt.

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

Ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen soll abgebaut werden und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Die Bundesregierung will für die Finanzreserven gesetzlich definierte Höchstgrenzen einziehen und Abbaumechanismen schaffen.

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

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

## Operationstechnische Assistenten

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

DER GESETZENTWURF:

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







## Kurzmeldungen

### Notfalls mit Zuckersteuer

09.05.18 (ams). Ein Bündnis aus 15 Ärzteverbänden, Krankenkassen und Fachorganisationen fordert in einem Offenen Brief an die Bundesregierung und Kanzlerin Merkel konkrete Maßnahmen gegen Fehlernährung. „Dabei geht es nicht darum, süß oder salzig zu verteufeln“, betont der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Es gehe schlicht um ein weniger. Längst sei klar, dass sich die Lebensmittelindustrie nur auf Druck bewege. „Dazu brauchen wir erstens eine transparente und ehrliche Lebensmittelkennzeichnung, zweitens ein striktes Werbeverbot für das Kindermarketing von stark zucker-, fett- und salzhaltigen Lebensmitteln, und drittens müssen die Lebensmittelhersteller ihre Rezepturen beim Zucker-, Fett- und Salzgehalt anpassen“, forderte Litsch.

DAS STATEMENT IN GÄNZE:

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



### Selbstzahler-Leistungen: Oft unnütz und nicht selten gefährlich

09.05.18 (ams). Viele der meistverkauften individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) widersprechen den Empfehlungen medizinischer Fachverbände, weil ihr Schaden den Nutzen überwiegt. Die am häufigsten angebotene und angenommene Leistung ist die Augeninnendruckmessung zur Glaukom-Früherkennung. Die zweithäufigste und bei den Frauen am meisten angebotene Leistung ist der Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung. Beim Ultraschall der Eierstöcke handele es sich sogar um eine Leistung, von der die Fachgesellschaft der Frauenärzte abräte, warnt der MDS. Laut IGeL-Report bekommt jeder Zweite beim Arztbesuch dieser Leistungen angeboten. IGeL übernimmt die Kasse nicht.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de) > Presse > Pressemitteilungen > IGeL-Report 2018



### „Mit dem Rad zur Arbeit“ ist volljährig

09.05.18 (ams). Die AOK macht in den kommenden Monaten den Arbeitsweg wieder zum Fitnessstudio. Bis zum 31. August läuft zum 18. Mal die bundesweite Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ in Kooperation mit dem Allgemeinen Deutschen Fahrradclub (ADFC). Bereits 30 Minuten Bewegung pro Tag steigern die Leistungsfähigkeit und senken das Krankheitsrisiko. Teilnehmen kann jeder Berufstätige, auch die, die nicht bei der AOK versichert sind. Ziel ist es, bis Ende August an mindestens 20 Tagen den Arbeitsweg auf dem Rad zurücklegen. Die Länge der Strecke spielt dabei keine Rolle. Der Einstieg ist jederzeit möglich.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de](http://www.mit-dem-rad-zur-arbeit.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 Ratgeber 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 Ratgeber künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

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

- Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Politik **per Post** an obige Adresse.  
 Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Politik **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

## Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Ratgeber.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

---

---

---

---