

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Politik

12/17

 @AOK_Politik



KV 45: STABILE KASSENLAGE IN DER GKV	
■ NIEMAND BLEIBT ZURÜCK – ALLE STEIGERN DIE FINANZKRAFT	2
AMS-DOKUMENTATION: BVA-PRÄSIDENT BEIM AOK-AUFSICHTSRAT	
■ „WETTBEWERBSMODELL DER GKV IST MEHR ALS DER RSA“	4
AMS-GRAFIK 1: KV45 1. BIS 3. QUARTAL 2017	
■ VON 100 EURO DER GKV-AUSGABEN ENTFIELEN ...	14
QUALITÄTSMONITOR 2018	
■ LITSCH: „KLINIK-VERGÜTUNG AN MINDESTMENGEN KOPPELN“	15
AMS-GRAFIK 2: RISIKO GELEGENHEITSCHIRURGIE	
■ ERFAHRUNG FÜHRT ZU BESSEREN ERGEBNISSEN	17
DAS GILT 2018	
■ VON (A)RZNEIMITTEL BIS (Z)USCHUSS	18
AMS-NACHGEFRAGT: KAI SENF, AOK-BUNDESVERBAND	
■ WAS GEHT UNTER EINER GESCHÄFTSFÜHRENDEN REGIERUNG?	19
AMS-ZITAT: PFLEGERATS-PRÄSIDENT FRANZ WAGNER IN G+G	
■ „AKADEMISIERUNG VON PFLEGE IST KEIN SELBSTZWECK“	20
EU-TICKER	
■ DENKANSTÖSSE FÜR DIE GESUNDHEITSPOLITIK	21
ZAHL DES MONATS	
■ 945 MILLIONEN EURO ...	23
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	24
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	26
KURZMELDUNGEN	28

KV 45: Stabile Kassenlage in der GKV

Niemand bleibt zurück – alle steigern die Finanzkraft

15.12.17 (ams). Finanziell steht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) so gut da wie lange nicht. Sie konnte den Überschuss im dritten Quartal 2017 auf 2,52 Milliarden Euro steigern. Die elf AOKs zusammen kommen auf 1,1 Milliarden Euro. Der AOK-Bundesverband begründet den Erfolg mit starkem Versichertenwachstum bei sehr moderatem Ausgabenanstieg. Man überzeuge mit hochwertigen Angeboten, besonders für junge Familien. Gleichzeitig habe die AOK durch Arzneimittelrabattverträge, konsequente Prüfung der Krankenhausabrechnungen und effizientes Leistungsmanagement ihre „Kosten im Griff“, sagt Verbandschef Martin Litsch. Aber nicht nur die AOK, sondern alle Kassenarten profitieren von der positiven Entwicklung.

Insbesondere die vier größten Kassenverbände konnten ihren Überschuss deutlich steigern. Vorneweg die Ersatzkassen: Sie konnten ihr Ergebnis im Vergleich zum ersten Halbjahr 2017 um 469 Millionen Euro auf 925 Millionen Euro steigern. Das entspricht einem Wachstum von fast 103 Prozent. Die Betriebskrankenkassen kommen auf über 90 Prozent, und die AOK kommt insgesamt auf eine Steigerung um 69 Prozent. Die Innungskrankenkassen legen um etwas mehr als 35 Prozent zu. Nach dem ersten Halbjahr lag der GKV-Überschuss bei insgesamt 1,41 Milliarden Euro.

Mehr Augenmaß im Morbi-Streit

„Die Zahlen sprechen Bände. In dieser Situation wirkt es befremdlich, wenn einige Kassenfunktionäre nun einen kurzfristigen politischen Handlungsbedarf oder Vorschaltgesetze herbeizureden versuchen“, sagt Martin Litsch. Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen klagen weiterhin über Ungerechtigkeiten beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), drohen mit Kassenpleiten und sparen nicht mit Kritik am Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirates des Bundesversicherungsamtes (BVA) zum Morbi-RSA. Der AOK-Verbandschef plädiert für mehr Augenmaß. „Angesichts der sehr erfreulichen Finanzkennzahlen sollte der Expertenrat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs von allen Beteiligten ernst genommen werden und die Kassen sich ansonsten wieder mehr auf ihre Kernaufgabe konzentrieren, Versorgung zu gestalten.“ Die positive kassenartenübergreifende Finanzentwicklung halte im Übrigen schon seit über zwei Jahren an, obwohl es in dieser Zeit keine Änderungen am Morbi-RSA gegeben habe, betont Litsch. Im deutschen Gesundheitswesen gebe es weitaus dringlichere Probleme zu lösen: die Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf dem Land, den Fachkräftemangel in der Pflege oder die digitale Vernetzung.

Das Wettbewerbsmodell der GKV ist mehr als der RSA

BVA-Präsident Frank Plate präsentierte seine Sicht der Dinge Ende November vor dem Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes. Er war als Festredner (siehe auch [ams-Dokumentation](#)) zur konstituierenden Sitzung geladen und nutzte die Gelegenheit, die Morbi-Diskussion in den größeren Zusammenhang zu stellen. „Obwohl die Auswertungen der bisher durchgeführten Jahresausgleiche zeigen, dass die Prognosequalität des RSA-Modells kontinuierlich verbessert wurde und insbesondere deutlich besser ist als bei einem Verzicht auf die direkte Morbiditätsorientierung, reißt die Kritik am RSA nicht ab“, hielt er den Morbi-Kritikern mit Blick auf die Zahlen und Fakten entgegen. „Man könnte den Eindruck gewinnen, dass mit zunehmender Zielgenauigkeit der RSA in seiner jetzigen Ausgestaltung von einem Teil der Krankenkassen als Wettbewerbshindernis empfunden wird.“

Das Gegenteil sei jedoch der Fall, erklärte Plate und zitiert das Bundesverfassungsgericht. Die Karlsruher Richter schrieben dem RSA in seinem Beschluss aus dem Jahr 2005 die Aufgabe zu, „eine Wettbewerbsordnung zu flankieren, die auf der Basis des Solidarprinzips wirtschaftliches und effizientes Verhalten der Krankenkassen bei der gesundheitlichen Leistungserstellung fördern will. Der RSA selbst schafft somit noch keine wettbewerbliche Rahmenordnung, sondern ist dessen Voraussetzung.“ Zentrales Ziel des RSA sei, so Plate, Anreize zur Risikoselektion zu verringern und so den einzelnen Krankenkassen faire Chancen im Wettbewerb um die Gewinnung von Versicherten einzuräumen.

Reinen Beitragswettbewerb vermeiden

Der Beirat habe in dem Gutachten Vorschläge unterbreitet, Wettbewerbsverzerrungen abzubauen. Es liege im Ermessen der Politik, welche sie aufgreife, bilanzierte der BVA-Chef und warnte vor Fehlern der Vergangenheit: „Vor allem die Einführung eines gesetzlich festgelegten allgemeinen Beitragssatzes und die Erhebung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen hat einen Zusatzbeitragserhöhungs-Verhinderungswettbewerb angekurbelt. Satzungsleistungen, Selektivvertragsangebote, Bonusprogramme, Wahltarife oder gar der Service einer Krankenkasse haben deutlich weniger Einfluss auf die Wahlentscheidung der Versicherten, als die Erhöhung eines Zusatzbeitrages.“

(rbr)

Weitere Einzelheiten zu den GKV-Finanzergebnissen:
www.bundesgesundheitsministerium.de > Themen
> Krankenversicherung > Finanzergebnisse

Alles zum Morbi-RSA im Dossier:
www.morbi-rsa.de



ams-Dokumentation: Rede des BVA-Präsidenten beim AOK-Aufsichtsrat

Frank Plate: „Das Wettbewerbsmodell der GKV ist mehr als der RSA“

15.12.17 (ams). Im Zuge der Sozialwahlen im Frühjahr 2017 hat auch der AOK-Bundesverband einen neuen Aufsichtsrat bekommen. Das Gremium ist am 21. November erstmals zusammengetreten. Festredner auf der konstituierenden Sitzung war der Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA), Frank Plate. Plate nahm bei dieser Gelegenheit auch Stellung zur aktuellen Diskussion um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Der AOK-Medienservice (ams) dokumentiert die Rede im Wortlaut

„Sehr geehrter Herr Dr. Hansen,
sehr geehrter Herr Schösser,
sehr geehrter Herr Dr. Peter,
sehr geehrter Herr Litsch,
sehr geehrter Herr Hoyer,
sehr geehrte Festgäste,

ich bedanke mich recht herzlich für die Einladung und für die Gelegenheit, anlässlich der Verabschiedung des alten Aufsichtsrates zur Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung: ‚Wohin steuert das Wettbewerbsmodell der Krankenkassen?‘ aus Sicht des BVA sprechen zu dürfen. Ich empfinde dies als Ehre.

Meine Damen und Herren,
vor einigen Wochen hielt ich die neunte Ausgabe der G+G, das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft in Händen. Die Ausgabe titelt ‚Mythos Lahnstein – Wie ein politischer Kompromiss seit 25 Jahren Kreise zieht‘. Und an anderer Stelle heißt es: ‚Vor 25 Jahren einigten sich Union und SPD darauf, die freie Kassenwahl und den Risikostrukturausgleich einzuführen. Eine historische Tat, die das Gesundheitswesen bis heute nachhaltig beeinflusst.‘

Meine Damen und Herren,
das ist richtig. Der Wettbewerb wurde damals aus der Taufe gehoben, und seither ist vieles geschehen, richtiges und gutes. Aber es ist auch nicht alles Gold, was vermeintlich glänzt.

Der Gesetzgeber verfolgte mit der wettbewerblichen Ausrichtung des Krankenversicherungssystems das Ziel, die Krankenkassen in ein Konkurrenzverhältnis zu stellen, um Innovationen und Serviceorientierung gegenüber dem Versicherten zu fördern. Gleichzeitig hat die Krankenversicherung gemäß Paragraph 1 Absatz 1 im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen

oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Und nach Paragraph 4 Absatz 3 SGB V sollen die Krankenkassen und ihre Verbände im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenversicherung sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander eng zusammenarbeiten.

Das Wettbewerbsmodell in der gesetzlichen Krankenversicherung ist somit als solidarischer Wettbewerb ausgestaltet. Dies führt zwangsläufig zu einem Spannungsfeld zwischen dem öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag und kassenindividuellen Marketingstrategien zur Positionierung im Wettbewerb. Eine Kehrseite der wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Wandlung der Krankenkassen von Behörden zu vermeintlichen Unternehmen, die ihre Verwaltungsabläufe nicht mehr nach verwaltungsrechtlichen Maßstäben ausrichten, sondern unter dem Deckmantel der Kundenorientierung ihre Leistungsentscheidungen schlank und ohne juristischen Ballast begründen. Die Folge ist ein allgemeiner Anstieg an Beschwerden von Versicherten nicht nur bei den Aufsichtsbehörden, sondern auch bei der Patientenbeauftragten, den Verbraucherschützern und den Wettbewerbszentralen.

Eine im Auftrag des Patientenbeauftragten erstellte Studie des IGES-Instituts aus 2016 hat ergeben, dass sich die Versicherten oftmals nicht ausreichend über die Gründe für eine Leistungsablehnung informiert fühlen. Ablehnungsbescheide werden nach dieser Studie in vielen Fällen nicht verständlich formuliert. Kritisiert wird ferner, dass die Versicherten nur unzureichend über die Möglichkeiten zur Einlegung von Rechtsbehelfen informiert werden. Diese Erkenntnisse decken sich mit den Erfahrungen des BVA aus der Bearbeitung von Eingaben und Petitionen.

Die Serviceorientierung muss sich nach meinem Verständnis an den Bedürfnissen der Versicherten ausrichten und darf sich nicht auf das Abwerben von Versicherten oder Haltearbeit beschränken.

Bei näherer Betrachtung entwickeln nach wie vor zu wenige Krankenkassen an den Versorgungsbedarfen ihrer Versicherten orientierte Versorgungs- und Präventionsangebote. Die Auswertung der letzten Jahresrechnung der Krankenkassen hat gezeigt, dass viele Krankenkassen noch nicht genügend Präventionsangebote unterbreiten, die dazu dienen, Krankheiten zu verhindern. Langfristige Investitionen in die Gesunderhaltung und Verhinderung von Krankheiten wären wünschenswert.

In diesem Zusammenhang fallen mir auch die sogenannten Betreuungsstrukturverträge ein. Der Begriff „Betreuungsstrukturverträge“ suggeriert, derartige Verträge hätten den Schwerpunkt, die Betreuung der Versicherten mit speziell auf ihre Erkrankung zugeschnittenen Versorgungsangeboten zu organisieren. Die Aufsichtspraxis zeigt jedoch, dass nur wenige Selektivverträge wirklich einen innovativen Versorgungsansatz verfolgen. Eine Reihe dieser Verträge ist wegen der Einflussnahme auf das Kodierverhalten der Ärzte sogar rechtswidrig.

Auch Verträge von AOKen sind hier im Blickpunkt der Aufsichtsbehörden, weil sie zum Teil offensichtlich, zum Teil auch versteckt monetäre Anreize für das Kodieren RSA relevanter Diagnosen setzen. Umfragen, aber auch aktuelle Erkenntnisse der Aufsichtsbehörden bestätigen, dass Praxisberater der Kassen niedergelassenen Ärzten nach wie vor Kodiervorschläge unterbreiten. Und dies, obwohl das HHVG im Frühjahr dieses Jahres ausdrücklich klargestellt hat, dass das nicht zulässig ist.

Und ob auch die Verträge für eine Hausarztzentrierte Versorgung immer zu einer deutlichen und auch gewünschten Verbesserung der Versorgung der Versicherten führen, weiß ich nicht so recht. Jedenfalls ist hierbei eher eine Einkommensverbesserung der Leistungserbringer deutlich erkennbar, während der Nutzen für die Versicherten eher im Vagen bleibt.

Um nach dieser zugegebenermaßen kurzen Analyse einiger Schwachstellen der derzeitigen Situation zu der Frage Stellung nehmen zu können, wohin das Wettbewerbsmodell der GKV steuert, ist zunächst zu klären, was das gegenwärtige Wettbewerbsmodell in der GKV überhaupt umfasst.

Eine zentrale Rolle spielt dabei selbstverständlich der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA. Dieser soll die finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Versichertenstrukturen ausgleichen und den Widerspruch zwischen Solidarität und Wettbewerb auflösen. Der RSA wird daher auch meist synonym für die „Solidarische Wettbewerbsordnung“ der GKV verwandt.

Tatsächlich ist aber das Wettbewerbsmodell der GKV mehr als der RSA. Auch das Bundesverfassungsgericht schreibt dem RSA in seinem Beschluss aus dem Jahr 2005 (nur) die Aufgabe zu, „eine Wettbewerbsordnung zu flankieren, die auf der Basis des Solidarprinzips wirtschaftliches und effizientes Verhalten der Krankenkassen bei der gesundheitlichen Leistungserstellung fördern will.“ Der RSA selbst schafft somit noch keine wettbewerbliche Rahmenordnung, sondern ist dessen Voraussetzung.

Der Wissenschaftliche Beirat hat mit seinem aktuell vorgelegten Gutachten noch einmal herausgestellt, dass das zentrale Ziel des RSA darin besteht, die Anreize zur Risikoselektion zu verringern, um so den einzelnen Krankenkassen faire Chancen im Wettbewerb um die Gewinnung von Versicherten einzuräumen. Dieses Ziel könne der RSA umso mehr erreichen, je besser es gelinge, die systematischen Ausgaberrisiken auszugleichen. Je höher die Zielgenauigkeit der Zuweisungen, desto niedriger seien die verbleibenden Wettbewerbsverzerrungen.

Obwohl jedoch die Auswertungen der bisher durchgeführten Jahresausgleiche zeigen, dass die Prognosequalität des RSA-Modells kontinuierlich verbessert wurde und insbesondere deutlich besser ist als bei einem Verzicht auf die direkte Morbiditätsorientierung, reißt die Kritik am RSA nicht ab. Man könnte den Eindruck gewinnen, dass mit zunehmender Zielgenauigkeit der RSA in seiner jetzigen Ausgestaltung von einem Teil der Krankenkassen als Wettbewerbshindernis empfunden wird.

Auch wenn dies kein wissenschaftlicher Befund ist, muss man sich mit der Frage auseinandersetzen, worin die Gründe liegen.

Der Wettbewerb der Krankenkassen besteht derzeit im Wesentlichen darin, Mitglieder zu gewinnen oder zu halten. Der hierbei entscheidende Wettbewerbsparameter ist aber leider immer noch nur der Zusatzbeitragssatz.

Vor allem die Einführung eines gesetzlich festgelegten allgemeinen Beitragssatzes und die Erhebung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen hat einen Zusatzbeitragserhöhungsverhinderungswettbewerb angekurbelt. Satzungsleistungen, Selektivvertragsangebote, Bonusprogramme, Wahltarife oder gar der Service einer Krankenkasse haben deutlich weniger Einfluss auf die Wahlentscheidung der Versicherten als die Erhöhung eines Zusatzbeitrages. Die Erhöhung des Zusatzbeitrages ist dann auch noch verbunden mit der in der Rechtsordnung einzigartigen gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten quasi konkurrierende Krankenkassen zu empfehlen. Diese Regelung hält das BVA für korrekturbedürftig, weil die Erhöhung des Zusatzbeitrages nicht zwangsläufig bedeuten muss, dass eine Krankenkasse unwirtschaftlich handelt. Ursache hierfür kann auch die Entscheidung der Krankenkasse sein, ein besonders personalintensives Beratungs- und Betreuungsangebot für ihre Versicherten vorzuhalten oder Zusatzleistungen anzubieten. Befeuert wird das Ganze dann auch noch durch die Politik, die häufig Öl ins Feuer gießt, indem sie nur auf den Zusatzbeitrag und damit nur auf monetäre Aspekte abstellt. Und – das frage ich Sie – was macht eigentlich die Bestimmung eines durchschnittlichen Zusatzbeitrages durch das Gesundheitsministerium für das Gesamtsystem im Wettbewerb für einen Sinn? Regelmäßig führt es doch zu mehr Verwirrung in Medien und bei den Versicherten, als das es hilfreich wäre.

Der übergreifenden wissenschaftlichen Sicht des Zusammenhangs zwischen Zielgenauigkeit und Wettbewerbsverzerrungen steht somit immer die kassenindividuelle praktische Sicht gegenüber, die allein die finanzielle Verteilung durch den RSA in den Vordergrund stellt.

Im Ergebnis soll durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nur der Finanzbedarf gedeckt werden, der nicht managementfähig ist, das heißt der nicht durch Wirtschaftlichkeitsbemühungen von der Krankenkasse selbst beeinflusst werden kann. Der Beitragssatzwettbewerb soll dadurch entsprechende Wirtschaftlichkeitsanreize setzen. Bestehen daher beitragsatzrelevante, aber – aus welchen Gründen auch immer – objektiv nicht managementfähige Unterschiede in der Finanzbelastung einzelner Krankenkassen, führen diese zu Wettbewerbsverzerrungen. Erfolgen diese systematisch, ist es nachvollziehbar, dass sich Kassen, die davon betroffen sind, dagegen wehren. Dafür habe ich Verständnis.

Mal waren es die AOKen, heute sind es andere.

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Gutachten Vorschläge unterbreitet, um Wettbewerbsverzerrungen abzubauen. Warten wir ab, was die Politik hiervon aufgreift. Vorausgesetzt, wir haben überhaupt eine handlungsfähige Regierung.

Meine Damen und Herren, bereits frühere Untersuchungen zeigen, dass sich die Deckungsbeiträge der Krankenkassen regional unterscheiden. Die Klärung der Frage, welche Einflussgrößen dafür verantwortlich sind und welche regionalen Verteilungswirkungen der RSA hat, ist Gegenstand eines weiteren Gutachtens, mit dem der Wissenschaftliche Beirat beauftragt wurde.

Sofern durch unterschiedliche regionale Deckungsbeiträge Verzerrungen im Wettbewerb zwischen Krankenkassen entstehen, das heißt von den Krankenkassen selbst nicht beeinflussbare Belastungsunterschiede festzustellen sind, wird man im Interesse gleicher Wettbewerbsbedingungen ebenso prüfen müssen, ob diesen zum Beispiel durch die Aufnahme von „Regionalkomponenten“ in den RSA zu begegnen ist.

Allerdings ist auch dies politisch nicht unumstritten. Während Bayern dies seit Jahren hartnäckig fordert, lehnen Bundesländer wie zuletzt Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen dies mit Schreiben der Ministerpräsidenten kategorisch ab.

Werden über den RSA Finanzmittel regional von ausgabengünstigen zu ausgabenintensiven Regionen umverteilt, könnten dadurch auch regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte dauerhaft bestehen bleiben. Wenn unterschiedliche Kostenniveaus demgegenüber von den Krankenkassen nicht beeinflusst werden können, gefährdet dies das Ziel gleicher Wettbewerbsbedingungen. Es kommt daher auf die genaue Ausgestaltung an und die Frage, welche Regionen letztlich abgegrenzt werden. Hier möchte ich dem Gutachten aber nicht vorgreifen.

Meine Damen und Herren, eine Regionalisierung der Beitragssätze lehne ich aber auf jeden Fall kategorisch ab. Will man mit der Kalkulation regionaler Beitragssätze tatsächlich regionale Kostenniveaus abbilden, gilt auch das Verbot der Quersubventionierung. Das heißt, konsequenterweise müsste also für alle Regionen eine eigene Rechnungslegung geschaffen werden. Im Ergebnis müsste dann auch ein eigener Haushalt aufgestellt werden. Beitragssätze müssten je nach regionaler Kostenentwicklung erhöht oder vermindert werden und der Einzug der Zusatzbeiträge müsste regional genau überwacht werden. Es liegt auf der Hand, dass der Prüf- und Umsetzungsaufwand unverhältnismäßig wäre. Auch den Versicherten einer betroffenen Krankenkasse wäre dieser Weg zurück in die beitragsrechtliche „Kleinstaaterei“ kaum zu vermitteln.

Hier klaffen wissenschaftliche Theorie und Praxis auseinander.

Es lässt sich nicht vermeiden, dass ich auch an dieser Stelle noch einmal auf das Thema Beeinflussung von Diagnosen zurückkomme. Bereits bei Einführung des Morbi-RSA hat das BVA klargestellt, dass im RSA nur Diagnosen gemeldet werden dürfen, die aus der vertragsärztlichen Versorgung oder im Krankenhaus als Teil der Abrechnungen generiert wurden. Nur Leistungserbringer, und nicht die Krankenkassen, dürfen Diagnosestellungen oder Verordnungen vornehmen. Die häufig für die Rechtfertigung einer vermeintlichen „Diagnosekorrektur“ angeführte Unterscheidung zwischen dem sogenannten

„rightcoding“ und „upcoding“ ist für die Rechtmäßigkeit der Datenmeldungen unbeachtlich. Bereits mein Vorgänger als Präsident, Professor Hecken, bezeichnete dies schon im Jahr 2009 als „semantisches Fingerhakeln“. Aus gutem Grund ist eine zusätzliche medizinische Bewertung und Nacherfassung von Diagnosedaten im RSA-Verfahren nicht vorgesehen.

Werden diese einfachen Regeln missachtet, untergräbt das die Akzeptanz des Morbi- RSA und macht es Kritikern leichter, Argumente gegen den Morbi- RSA vorzubringen.

Dieses Verhalten ruft mittlerweile sogar vermehrt Staatsanwaltschaften auf den Plan. Auch wenn sich am Ende rausstellen sollte, dass dieses rechtswidrige Verhalten strafrechtlich nicht von Relevanz ist, so ist der Imageschaden doch immens, und das nicht nur für die einzelne Kasse.

Es ist daher auch nicht nachvollziehbar, dass gerade Krankenkassen, die im hohen Maße davon profitieren, dass der RSA bislang mehrfach höchststrichterlich bestätigt wurde, selbst dazu beitragen, den RSA rechtlich angreifbar zu machen.

Lassen Sie mich hierzu aber auch klarstellen: Auch nicht nachvollziehbar ist für mich, dass einzelne Krankenkassen dieses Thema ständig wieder in den Fokus der Öffentlichkeit rücken, nur um im bloßen Eigeninteresse den Druck auf die Politik zu erhöhen. Auch diese Kassen schaden dem System insgesamt.

Der Gesetzgeber hat im Laufe des Jahres mit dem HHVG Regelungen geschaffen, die zum einen die Manipulationsmöglichkeiten im RSA reduzieren sollen und zum anderen die Krankenkassen verpflichten, bei Prüfungen des Bundesversicherungsamtes nach Paragraph 273 SGB V aufklärend mitzuwirken. Wir werden von den uns eingeräumten Möglichkeiten konsequent Gebrauch machen. Dies habe ich in einem Rundschreiben vom 2. Mai 2017 bereits angekündigt.

Das BVA agiert hier nicht als Aufsichts- sondern als Durchführungsbehörde des Morbi- RSA und behält sich daher auch vor, bei allen am RSA teilnehmenden Krankenkassen Prüfungen auch vor Ort durchführen zu lassen.

Die Aufarbeitung der vergangenen Jahre hat erst begonnen. Wir stehen hier erst am Anfang, nämlich im Ausgleichsjahr 2011. Ich gehe davon aus, dass es in den kommenden Jahren noch zu zahlreichen Rückzahlungen in Millionenhöhe an den Gesundheitsfonds kommen wird.

Zwischenfazit

Wettbewerb und Solidarität stehen ihrer Natur nach im Widerspruch. Der Morbi- RSA ist zentrales Element einer „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ der GKV, der diesen Widerspruch auflösen und einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Einklang mit den Zielen der Sozialversicherung ermöglichen soll. Er ist ein geeignetes Instrument, um Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb zu schaffen und Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden.

Auch wenn die Krankenkassen miteinander im Wettbewerb stehen, handelt es sich bei der gesetzlichen Krankenversicherung nach wie vor um ein solidarisches System zum Wohle der Versicherten, dessen Ansehen aber Schaden nimmt, wenn Krankenkassen ihrer besonderen Verantwortung für die rechtskonforme Erhebung und Meldung von Daten nicht nachkommen. Dies erzeugt nicht nur Misstrauen, sondern führt auch dazu, dass die Weiterentwicklung des RSA nur noch als Verteilungskampf empfunden wird und das Ziel eines verzerrungsfreien Wettbewerbs aus den Augen verloren wird.

Die Konsequenz hieraus ist aber nicht der Ruf nach dem Gesetzgeber, sondern auch eine Bewusstseinsänderung aller handelnden Akteure. Stellen Sie nicht die Einnahmoptimierung, sondern die Versorgung und den Service für Ihre Versicherten in den Vordergrund Ihrer Bemühungen. Und verlieren Sie die Betrachtung der GKV als Solidargemeinschaft nicht aus dem Blick. Hierzu bedarf es aber möglicherweise einer Neujustierung der Werte, die Ihr Handeln bestimmen sollte.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich noch einen Aspekt ansprechen, der in der aktuellen Diskussion auch immer wieder diskutiert wird, das Handeln der Aufsichtsbehörden. Bereits in der Vergangenheit und besonders in letzter Zeit im Kontext mit den Betreuungsstrukturverträgen wurde erneut diskutiert, dass es wegen einer angeblichen ungleichen Handhabung der Rechtsaufsicht zwischen Bund und Ländern zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen komme. In diesem Zusammenhang werden auch immer wieder Forderungen nach einer stärkeren Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis gestellt.

Eine grundsätzlich unterschiedliche Aufsichtspraxis ist aus meiner Sicht jedoch nicht zu erkennen. Konkrete Einzelfälle einer unterschiedlichen Aufsichtsführung von BVA und Landesaufsichtsbehörden in bestimmten Bereichen sind noch kein Beweis für gravierende systematische Wettbewerbsverzerrungen mit entscheidender Wettbewerbsrelevanz. Entsprechende Behauptungen werden durch die Erfahrungen in der Praxis nicht gestützt.

In den Fällen, in denen es unterschiedliches Aufsichtshandeln gibt, sind die Ursachen aber mannigfaltig.

Natürlich kann ein Bundesland ein erhöhtes politisches Interesse an „seinen“ Krankenkassen, insbesondere den AOKen als Versorgerkassen im Land haben. Dieses eröffnet den Landesregierungen auch Gestaltungsspielräume im Land. Demgegenüber ist das BVA gemäß Paragraf 94 SGB IV eine selbstständige Bundesbehörde und laut Gesetz ausdrücklich bei der Ausübung seines Aufsichtsrechts auch nur allgemeinen Weisungen der Ministerien unterworfen. Diese gibt es in der Praxis aber so gut wie nie.

Unterschiedliche Aufsichtspraxis kann aber schlichtweg auch seine Ursachen in den jeweiligen Ressourcen der Aufsicht haben. Während das BVA mit derzeit 63 zu beaufsichtigenden Kassen auf einen differenzierten Aufsichtsapparat mit besonders qualifizierten und hochspezialisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in allen Rechts- und Wirtschaftsfragen zurückgreifen kann,

sind in den Ministerien der Länder zuweilen nur ganz wenige oder gar zu wenige Beschäftigte mit sämtlichen zum Teils ja sehr komplexen Fragen der Aufsicht befasst. Sie können damit gar nicht all die Dinge aufgreifen oder gar in der Tiefe prüfen, wie es das Bundesversicherungsamt tut. Dies ist im Übrigen in der Regel aber auch kein „Nachteil“ für „unsere“ Kassen; im Gegenteil: Durch die in diesem Zusammenhang erfolgende Beratung profitieren die Kassen hiervon.

Zudem gilt bei Ausübung der Aufsicht gemäß Paragraf 89 SGB IV auch der Opportunitätsgrundsatz. Die Aufsicht muss – nicht bei der rechtlichen Beurteilung, jedoch bei seinem Aufsichtshandeln – Ermessen ausüben. Allein dies kann bei scheinbar vergleichbaren Sachverhalten zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, obwohl es keine divergierenden Rechtsauffassungen gibt.

Meine Damen und Herren, die vorhandene Aufteilung der Zuständigkeiten über die Sozialversicherungsträger ist Folge des föderalen Staatsaufbaus der Bundesrepublik Deutschland und verfassungsrechtlich vorgegeben. Vor diesem Hintergrund vertritt das Bundesversicherungsamt seit vielen Jahren, dass die aktuelle Aufteilung der Aufsichtszuständigkeiten über die Krankenkassen auch weiterhin zielführend und eine Neuaufteilung auch vor dem Hintergrund möglicherweise in Einzelaspekten unterschiedlicher Wettbewerbsbedingungen nicht erforderlich ist.

Die zur Diskussion stehenden Reformansätze sind nicht realistisch umsetzbar und/oder vermögen inhaltlich nicht zu überzeugen.

Durch eine alleinige Aufsichtszuständigkeit des BVA wäre ein einheitliches aufsichtsrechtliches Vorgehen gegenüber allen gesetzlichen Krankenkassen gewährleistet. Da die derzeitige Aufteilung in bundes- und landesunmittelbare Träger aus dem Föderalismusprinzip, hier speziell für die Sozialversicherung Artikel 87 Absatz 2 Grundgesetz, resultiert, wäre eine Grundgesetzänderung notwendig. Eine solche erfordert allerdings bekanntermaßen eine Zweidrittelmehrheit sowohl im Bundestag als auch im Bundesrat. Unabhängig von eventuellen weiteren verfassungsrechtlichen Bedenken erscheint insbesondere die Zustimmung im Bundesrat, also von den Ländern, politisch nicht realistisch.

Bei dem entgegengesetzten Vorschlag, den Bund als Akteur aus der Aufsicht herauszunehmen und die Aufsichtsführung allein den Ländern zu überlassen, würde es im Ergebnis bei der aktuellen Wettbewerbssituation verbleiben. Mit den einzelnen aufsichtsführenden Bundesländern wären weiterhin zahlreiche Akteure vorhanden, die im Rahmen der Aufsicht nicht zwingend einheitlich handeln und bewerten. Die meisten Krankenkassen müssten sich aber mit mehreren, im worst case sogar mit 16 Aufsichtsbehörden auseinandersetzen. Außerdem bedarf es auch hier der genannten verfassungsändernden Mehrheiten im Bundestag und Bundesrat.

Auch eine funktionale Aufteilung nach Aufgabenbereichen wird oftmals als Reformansatz genannt. Insbesondere wird immer wieder vorgeschlagen, dass die Aufsicht über das „Haushalts- und Geschäftsgebaren“, also insbeson-

dere Finanzierung, Beitragseinzug und Datenmeldungen für die Finanzausgleiche sowie Grundsatzfragen der Leistungsgewährung, sowie über die Satzungen einheitlich auf die Bundesebene verlagert wird. Die Aufsicht über die Versorgungsverträge soll dann von der zuständigen Behörde des jeweiligen Bundeslandes wahrgenommen werden.

Aufsichtsrechtliche Fragestellungen beispielsweise über die Versorgungsverträge lassen sich jedoch nicht mit hinreichender Eindeutigkeit von Fragen im Rahmen der Haushaltsführung oder im Rahmen der Satzungs genehmigungen trennen (zum Beispiel Satzungsregelungen zu Wahlleistungen etc.). Wegen der nur schwer zu trennenden Sachzusammenhänge würden massive Abgrenzungsprobleme entstehen und es wäre ein enormer Abstimmungsbedarf zwischen den Aufsichtsbehörden im Hinblick auf jede einzelne Kasse erforderlich. Die bestehenden Probleme würden nicht gelöst, sondern im ungünstigen Fall sogar verschärft. Genehmigungsverfahren würden sich in die Länge ziehen. Zudem verbliebe es auch hier bei einer Wettbewerbssituation, da mit den Ländern mehrere Beteiligte mit potenziell unterschiedlichen Rechtsansichten vorhanden sind. Das Ziel einer einheitlichen Aufsichtsführung wäre auch hiermit nicht zu erreichen.

Auch hier klaffen wissenschaftliche Theorie und Praxis deutlich auseinander. Eine solche vermischte Aufteilung begegnet meines Erachtens zudem erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken im Hinblick auf eine unzulässige Mischverwaltung.

Im Ergebnis vermag hiernach keine der vorgestellten Überlegungen einer Neuaufteilung der Aufsichtszuständigkeiten zu überzeugen, sei es aus verfassungsrechtlichen oder praktischen Erwägungen.

Lediglich die alleinige Aufsichtsführung durch das BVA könnte eine bundesweit einheitliche Aufsichtspraxis garantieren. Ich könnte damit auch gut leben. Gerade dies ist aber verfassungsrechtlich bedenklich, politisch kaum umsetzbar und damit wohl unrealistisch.

Festgestellt werden kann aber, dass sich die Rolle des BVA als unabhängige Behörde frei von Weisungen bewährt hat: Das BVA agiert politisch unabhängig, es kommt mangels Einbindung in den politischen Alltag zu keiner Vermischung politischer Interessen mit der Aufsichtstätigkeit oder einer Beeinflussung durch die Politik. Möglicherweise wäre dies auch ein Modell für die Organisation der Landesaufsichtsbehörden. Dieses Modell dürfte aber wegen des erhöhten organisatorischen und personellen Aufwandes für die Länder kaum realistisch sein.

Alle Aufsichtsbehörden sollten also bemüht sein, durch ihr Handeln deutlich zu machen, dass die kolportierte häufige unterschiedliche Aufsichtsführung nicht der Realität entspricht.

Ansonsten bliebe natürlich auch die Option, das BVA nicht als Aufsicht, sondern in seiner Funktion als Durchführungsbehörde für den Morbi-RSA und als Treuhänder des Gesundheitsfonds zu stärken.

Fazit

Die wettbewerbliche Ausgestaltung des GKV-Systems hat sich nach Einschätzung aller Experten im Gesundheitswesen bewährt, verkrustete Verwaltungsstrukturen aufgebrochen und Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben. Es ist aber Aufgabe aller Akteure im Gesundheitswesen, den Mittelpunkt aller Bemühungen nicht aus den Augen zu verlieren – den Versicherten. Die Krankenkassen müssen sich außerdem ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Solidargemeinschaft wieder bewusster werden und in diesem Interesse konstruktiv auch im Versorgungsgeschehen vor Ort zusammenarbeiten.

Diejenigen Krankenkassen, die das System zur Einnahmeoptimierung ausnutzen, müssen sich darüber im Klaren sein, dass sie hiermit das Gesamtsystem in Frage stellen. Krankenkassen haben keine grundrechtlich geschützte Daseinsberechtigung. Wenn in der politischen Diskussion die Zweifel an der Funktionsfähigkeit des Systems zunehmen, muss man sich nicht wundern, wenn grundlegende Systemfragen wie eine Einheitskasse oder eine Zentralisierung von Aufsichtszuständigkeiten gestellt werden.

Schluss

Bevor ich Ihnen nun für Ihre Geduld danke, möchte ich an dieser Stelle aber doch noch die Gelegenheit nutzen, allen Mitgliedern der Selbstverwaltung des AOK-Bundesverbandes – den ausscheidenden und den neugewählten – meinen herzlichen Dank auszusprechen für die Zeit und Kraft, die sie für die Krankenversicherung und damit für die Solidargemeinschaft aufwenden. Dies gilt nicht zuletzt für den ausscheidenden alternierenden Vorsitzenden dieses Aufsichtsrates, Herrn Schösser. Ihre Arbeit für die Krankenversicherung verdient höchsten Respekt.

Meine Damen und Herren,

ich hoffe, ich habe Ihnen nicht zu viel zugemutet und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.“

Von 100 Euro Ausgaben der GKV entfielen im 1.– 3. Quartal 2017 auf ...



* u.a. Leistungen bei Schwangerschaft/Mutterschutz, für soziale Dienste/Prävention
Quelle: BMG; Grafik: AOK-Mediendienst

In den ersten neun Monaten 2017 haben die gesetzlichen Krankenkassen einen Überschuss von rund 2,52 Milliarden Euro erzielt. Damit stiegen die Finanzreserven der Krankenkassen bis Ende September auf rund 18,6 Milliarden Euro. Nach den ersten beiden Quartalen hatte der Überschuss bei 1,41 Milliarden Euro gelegen. Alle Kassenarten konnten ihr Finanzergebnis im Jahresverlauf Quartal für Quartal verbessern.

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

Qualitätsmonitor 2018

Litsch: „Klinik-Vergütung an Mindestmengen koppeln“

15.12.17 (ams). Die AOK will künftig bestimmte Klinik-Leistungen nicht mehr vergüten, wenn die entsprechenden OP-Mindestmengen pro Jahr nicht eingehalten werden und keine Ausnahmeregelung vorliegt. Dies hat der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, jetzt angekündigt. Zur Begründung verweist Litsch auf die Ergebnisse des Qualitätsmonitors 2018. Demnach werden viele Krebspatienten in Kliniken operiert, die wenig Erfahrung mit Krebs-OPs haben. „Diese Gelegenheitschirurgie ist nicht akzeptabel, da die Patienten damit einem erhöhten Sterberisiko ausgesetzt werden“, sagt Litsch. Beispielsweise ließe sich die Zahl der Todesfälle nach Lungenkrebs-OPs um etwa ein Fünftel senken, wenn die Patienten ausschließlich in Zentren und Kliniken operiert würden, die mindestens 108 Eingriffe pro Jahr vornehmen.

Die Mindestmengenvereinbarung sieht vor, dass Kliniken komplexe OPs nur dann ausführen dürfen, wenn sie eine Mindestzahl an Eingriffen pro Jahr und somit eine gewisse operative Routine vorweisen können. Ausnahmen sind möglich, wenn die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist und der Eingriff von der zuständigen Landesbehörde genehmigt wird. AOK-Chef Martin Litsch kritisiert, dass die Mindestmengenvereinbarung bislang nicht konsequent umgesetzt wurde – mit gravierenden Folgen für die Patienten. Schließlich fehlten in allgemeinchirurgischen Klinik-Abteilungen, so Litsch, nicht nur die Erfahrung, sondern auch die Strukturen für die optimale Nachbehandlung. „Hochkomplexe Krebsbehandlungen sind planbare Eingriffe, die in die Hand von erfahrenen Operateuren gehören“, sagte Litsch. Dazu wurden in den vergangenen Jahren spezialisierte und von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Zentren aufgebaut. So müssen Lungenkrebszentren, die das Qualitätssiegel der Fachgesellschaft erhalten wollen, beispielsweise eine Mindestzahl von 75 OPs pro Jahr vorweisen. Bislang wird jedoch ein Fünftel der Patienten in insgesamt 260 Kliniken behandelt, die im Durchschnitt nur fünf dieser OPs pro Jahr durchführen.

Ein Fünftel weniger Todesfälle

Für den Qualitätsmonitor 2018 waren die Krankenhaus-Abrechnungsdaten von 2009 bis 2014 für insgesamt 25 Behandlungen analysiert worden. Die Auswertung ergab, dass in Deutschland zu viele komplizierte Krebs-OPs in Kliniken vorgenommen werden, die dafür in der Regel aufgrund zu niedriger Fallzahlen nicht ausreichend qualifiziert sein können. Würden entsprechende Behandlungen in Kliniken mit einer umfassenden Operationsroutine erfolgen,

könnte dies auch, so die Autoren des Qualitätsmonitor 2018, die Sterblichkeit nach Krebs-OPs verringern. Die Zahl der Todesfälle nach einer Lungenkrebs-OP würde beispielsweise um etwa ein Fünftel – von 361 auf 287 Todesfälle pro Jahr – sinken, wenn eine rechnerisch ermittelte Mindestmenge von 108 Eingriffen eingeführt und umgesetzt würde. Ein ähnliches Bild zeichnen die Forscher für andere Krebs-Indikationen. So wird etwa ein Fünftel der Darmkrebs-Patienten in 492 Kliniken behandelt, die pro Jahr nur 23 entsprechende OPs durchführen. Für sie liegt das Risiko, nach einer OP zu sterben, um 59 Prozent höher als in den 71 Kliniken, die mit durchschnittlichen 141 Fällen pro Jahr Darmkrebspatienten am häufigsten operieren. „Eine rechnerisch ermittelte Mindestmenge von 82 OPs für Darmkrebs könnte die mittlere Sterblichkeit in Deutschland um 8,6 Prozent verringern“, sagt Prof. Dr. med. Thomas Mansky, einer der Autoren des Qualitätsmonitors sowie Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. Für Bauchspeicheldrüsen- und Speiseröhrenkrebs gibt es zwar bereits definierte Mindestmengen. Diese seien aber, so Mansky, mit jeweils zehn Eingriffen pro Jahr deutlich zu niedrig angesetzt. Beim Speiseröhrenkrebs könnte mit einer Mindestmenge von 22 OPs pro Jahr die Zahl der Todesfälle infolge von OPs um 25 Prozent vermieden werden, beim Bauchspeicheldrüsenkrebs wäre ein ähnliches Ergebnis mit mindestens 29 OPs pro Jahr zu erreichen.

AOK macht Druck auf der politischen Bühne

Die AOK werde nun, so Litsch, die Forderung nach neuen Mindestmengen für Lungen- und Brustkrebs über den GKV-Spitzenverband in den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) einbringen und auf höhere Mindestmengen bei Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsenkrebs sowie bei der Versorgung von Frühgeborenen drängen. Festgelegte Mindestmengen seien darüber hinaus auch beim Einsatz von künstlichen Hüftgelenken und bei Schilddrüsen-OPs nötig. Um die bereits vorliegenden Regelungen der Mindestmengen konsequent umzusetzen, sieht Litsch die Planungsbehörden in den Bundesländern in der Pflicht: „Ich erwarte, dass die Verantwortlichen prüfen, ob Krankenhaus-Abteilungen bei bestimmten Eingriffen deutlich unter den Mindestmengen bleiben. Sie müssen dann dafür sorgen, dass diese Abteilungen die jeweiligen OPs nicht mehr vornehmen – im Sinne der Patientensicherheit.“

Der Qualitätsmonitor befasst sich jedes Jahr mit der Versorgungssituation in deutschen Kliniken und wird vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), dem Verein Gesundheitsstadt Berlin und der Initiative Qualitätsmedizin gemeinsam herausgegeben.

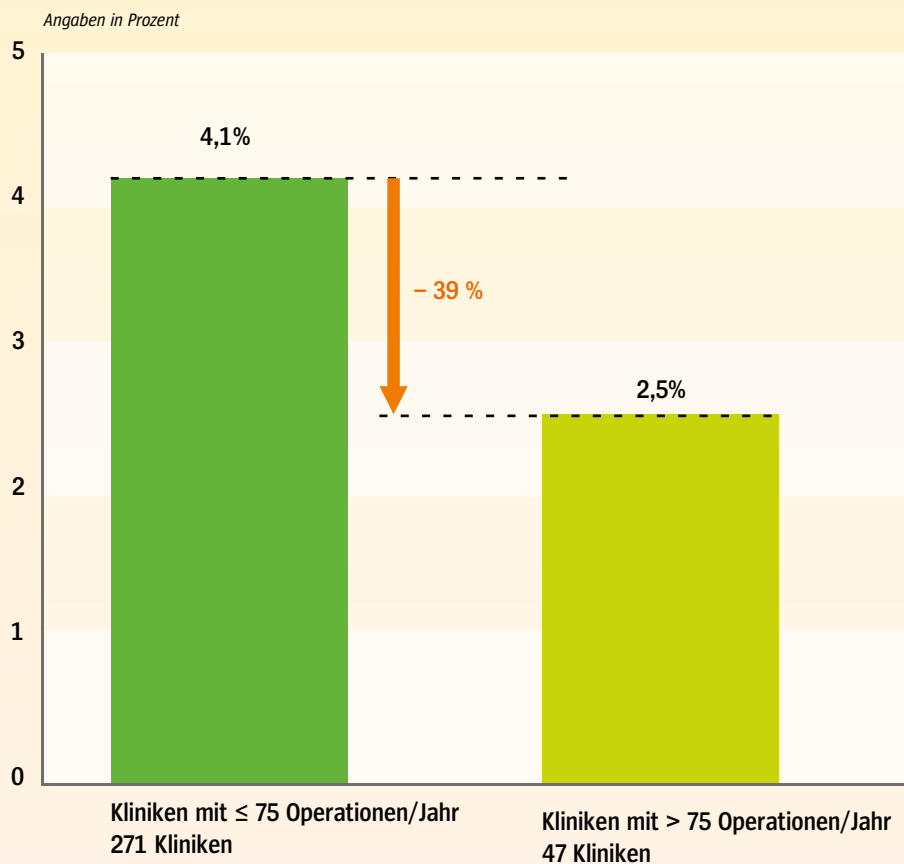
(wer)

Weitere Einzelheiten, unter anderen der Qualitätsmonitor zum Download:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung



Risiko "Gelegenheitschirurgie" – Erfahrung führt zu besseren Ergebnissen

Krankenhaussterblichkeit: Sterblichkeit nach Lungenkrebs-Operationen



Quelle: DRG-Statistik 2015, Grafik: AOK-Mediendienst

Patienten mit Lungenkrebs, die in Kliniken mit mehr als 75 kurativen Lungenoperationen pro Jahr operiert werden, haben eine höhere Überlebenschance als Patienten, die in Häusern mit wenigen Eingriffen pro Jahr behandelt werden. Die Sterblichkeitsrate lag 2015 in den Zentren knapp 40 Prozent niedriger.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Krankenhaus)

Von A(rzneimittel) bis Z(uschuss): Das gilt 2018

Stand: 5. Dezember 2017

Zuzahlung für Arzneimittel	10 % vom Abgabepreis pro Medikament, mind. 5, max. 10 Euro
Zuzahlung für Heilmittel (z. B. Ergotherapie oder Logopädie)	10 % der Kosten plus 10 Euro je Verordnung
Zuzahlung für Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis, mind. 5, max. 10 Euro
Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z. B. Windeln)	10 % des von den Kassen zu übernehmenden Betrages, max. 10 Euro pro Monat
Zuzahlung für häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten plus 10 Euro je Verordnung für max. 28 Tage
Zuzahlung zu genehmigten Fahrkosten	10 % der Kosten, mind. 5, max. 10 Euro
Zuzahlung für Haushaltshilfe	10 % der täglichen Kosten, mind. 5, max. 10 Euro
Zuzahlung für Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage
Medizinische Reha- und Vorsorgemaßnahmen	10 Euro pro Tag

Belastungsgrenze für Zuzahlungen / bei chronisch Kranken individuell: 2 % / 1% des Haushaltseinkommens

Familienabschläge bei der Ermittlung der Belastungsgrenze:

für den ersten Angehörigen	5.481,00 Euro	jährlich
jeder weitere Angehörige	3.654,00 Euro	jährlich
je familienversichertes Kind	7.428,00 Euro	jährlich

Bundeseinheitliche Beitragssätze

allgemeiner Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung	14,6 %
ermäßigter Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung	14,0 %
durchschnittlicher Zusatzbeitrag	1,00 %
Beitragssatz gesetzliche Pflegeversicherung /Kinderlose (23 Jahre – Geburtsjahr 1940)	2,55 % / 2,8 %
Beitragssatz gesetzliche Rentenversicherung	18,6 %
knappschaftliche Rentenversicherung	24,7 %
Beitragssatz Arbeitslosenversicherung	3,0 %

Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	4.425,00 Euro	monatlich
Versicherungspflichtgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	53.100,00 Euro	jährlich

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Sachleistung häusliche Pflege:

Pflegegrad 1	0,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	689,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	1.298,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	1.612,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	1.995,00 Euro	monatlich

Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige:

Pflegegrad 1	0,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	316,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	545,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	728,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	901,00 Euro	monatlich

Vollstationäre Pflege:

Pflegegrad 1	125,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	770,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	1.262,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	1.775,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	2.005,00 Euro	monatlich

Teilstationäre und Kurzzeitpflege:

Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 1	0,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 2	689,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 3	1.298,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 4	1.612,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 5	1.995,00 Euro	monatlich

Kurzzeitpflege: 1.612,00 Euro (jährlich, Leistungszeitraum 8 Wochen)

Zuschuss für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen	16,00 Euro	pro Tag
Zuschuss zu amb. med. Vorsorgeleist. für chronisch kranke Kleinkinder	25,00 Euro	pro Tag

Weitere Informationen zu den Rechengrößen und Belastungsgrenzen 2018: www.aok-bv.de > Hintergrund > Das gilt

ams-nachgefragt: Kai Senf, Politikchef des AOK-Bundesverbandes

Geschäftsführende Gesundheitspolitik, wie lange kann das eigentlich gut gehen?

15.12.17 (ams). „Nicht allzu lange. Denn eine geschäftsführende Bundesregierung hat nur einen eingeschränkten Handlungsspielraum und kann kaum richtungsweisende Impulse setzen, weil ihr die dafür notwendige Mehrheit im Bundestag fehlt. In der vergangenen Wahlperiode sind zwar zahlreiche Gesetze und Verordnungen verabschiedet worden, aber eine echte, nachhaltige Strukturreform ist ausgeblieben. Deshalb bleiben die Baustellen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten erhalten. Zum Beispiel muss die Zusammenarbeit von Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken und Therapeuten besser werden. Zum einen, um die Behandlungsqualität zu erhöhen, und zum anderen, um für mehr Patientensicherheit, Effizienz sowie höhere Berufszufriedenheit bei Ärzten, Pflegepersonal und allen weiteren Beteiligten zu sorgen.

Qualität und konkreter Patientennutzen müssen zum Maßstab medizinischer Versorgung werden. Dafür sind in allen Versorgungsbereichen verbindliche Qualitätsvorgaben notwendig. Nur wer diese erfüllt, darf in Zukunft die entsprechenden Leistungen anbieten und mit den Kassen abrechnen. Das Patientenrechtegesetz muss dringend weiterentwickelt werden. Es gibt immer noch zu hohe Hürden, wenn Patienten ihre Rechte wahrnehmen wollen. Behandlungsfehler müssen schneller und patientenorientierter reguliert werden. Dazu sind gesetzliche Änderungen unumgänglich: bei der Hinweispflicht des Arztes auf einen Behandlungsfehler, der Qualität von Gutachten, der Zulassung von Privatgutachtern, der Verfahrensbeschleunigung und bei der Beweislastverteilung.

Die Notfallversorgung in Deutschland muss reformiert werden. Rettungsdienste, die vertragsärztlichen Bereitschaftsdienste und die Notaufnahmen der Krankenhäuser arbeiten gegenwärtig nicht gut zusammen. Mangelnde Abstimmung und unklare Verantwortlichkeiten binden Kapazitäten an den falschen Stellen. Das ist sowohl für die Patienten als auch für das medizinische Personal eine große Belastung.

Und schließlich: Die aktuell beschlossene EU-Medizinprodukte-Verordnung hat offengelassen, ob die einzelnen Staaten mit eigenen Regelungen den Herstellern eine Produkthaftpflichtversicherung vorschreiben. Der deutsche Gesetzgeber hat sie bisher nicht eingeführt. Er muss jetzt rasch handeln, damit die Patienten in Deutschland genauso gut abgesichert sind wie etwa in Frankreich, wo es bereits eine solche Regelung gibt.“



Kai Senf leitet die Geschäftsführungseinheit Politik und Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband.

Worüber die AOK mit den Gesundheitspolitikern unbedingt reden möchte:
www.gesunde-wahl.de > Begegnungen



ams-Zitat: Franz Wagner zur Akademisierung des Pflegeberufes

„Es geht um eine bessere Versorgung ...“

15.12.17 (ams) ... Wir wissen aus zahlreichen internationalen Studien: Je qualifizierter die Menschen in der Pflege sind und je mehr qualifiziertes Pflegepersonal am Krankenbett steht, desto besser sind die Ergebnisse beim Patienten, die sogenannten Outcomes. Das reicht über weniger Komplikationen bei Operationen und geht bis hin zur Absenkung der Sterblichkeitsrate. Akademisierung von Pflege ist also kein Selbstzweck, sondern eine Investition in gute Versorgung.“



Franz Wagner

Franz Wagner,
neuer Präsident des Deutschen Pflegerates
im AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) 11/17

Das vollständige G+G-Interview als Leseprobe zum Download unter:
www.aok-bv.de > Hintergrund
> Gesundheit und Gesellschaft > AOK-Forum G+G 11/17



EU-Ticker

Länderprofile der EU-Kommission liefern Denkanstöße für die Gesundheitspolitik

15.12.17 (ams) Die EU-Kommission hat erstmals länderspezifische Gesundheitsprofile veröffentlicht. Die 28 Analysen sind unter anderem in Zusammenarbeit mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) entstanden. Die Profile liefern einen schnellen und verständlich aufbereiteten Überblick, wie es um die Gesundheitsversorgung in den einzelnen Ländern bestellt ist. Dabei geht es um Risikofaktoren für die Gesundheit, den Zugang zur medizinischen Versorgung oder die langfristige Finanzierung der Gesundheitssysteme.

Die gesundheitliche Situation der Menschen in Deutschland hat sich laut Bericht seit dem Jahr 2000 weiter verbessert. Das Gesundheitssystem biete einen großzügigen Leistungskatalog und einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Bei Ärzten und Pflegepersonal liegt die Bundesrepublik mit an der EU-Spitze. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt weist mit 11,2 Prozent den höchsten Wert in der EU auf. Die Pro-Kopf-Ausgaben von 3.996 Euro (2015) liegen 43 Prozent über dem EU-Durchschnitt (2.797 Euro). Kritisch bewerten die Autoren Überkapazitäten in der stationären Versorgung und Defizite bei der Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsbereichen. Auch das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung kommt bei den Wissenschaftlern nicht gut an. Deutschland sei das einzige EU-Land, das höheren Einkommensgruppen, die zu einer besseren Gesundheit neigten, den Austritt aus dem Solidarsystem erlaube.

„Deutschland schneidet im EU-Vergleich grundsätzlich sehr gut ab“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel, Jan van Lente. „Leider spielen wir ausgerechnet in Sachen Versorgungsqualität nicht in der Spitzengruppe. Insofern ist der Bericht aus Brüssel ein Denkanstoß mit klarer Botschaft an die deutsche Politik: Ein Weiter-So in der Gesundheitspolitik ist gefährlich.“ Die Autoren des Berichtes empfehlen denn auch „tiefgreifende Reformen und eine starke politische Führung, die alle Interessen zusammenbringt“.

Weitere Informationen: www.ec.europa.eu > Deutschland > Presse > Kommission analysiert Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten



Alternative Modelle gegen Mondpreise bei Arzneimitteln

15.12.17 (ams). Im Auftrag der Generaldirektion Gesundheit bei der EU-Kommission hat sich ein Gruppe von 14 Sachverständigen mit alternativen Vergütungsmodellen für neue innovative Arzneimittel in Europa beschäftigt. Aus

Sicht der Experten sollte bei der Preisfindung immer der Nutzen berücksichtigt werden. Der zweite Anker sollten die tatsächlichen Kosten des Herstellers sein. Kritisch bewerten die Sachverständigen die beschleunigte Zulassung neuer Medikamente. Dadurch gebe es wenige Nachweise für Wirksamkeit und Sicherheit der Mittel. Deshalb müssten auch nach der Zulassung durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) entsprechende Daten erhoben werden. In ihrem Gutachten sprechen sich die Wissenschaftler auch dafür aus, Produkte vom Markt zu nehmen, wenn sie den Erwartungen nicht entsprechen.

Das „Expert Panel on Effective ways of Investing in Health“:
www.ec.europa.eu > DG Health and Food Safety > Public health > Expert Panel > Events



EU-Portal liefert Wissen gegen „Fake News“

15.12.17 (ams) Mit einem neuen Onlineportal will die EU mit Fehlinformationen, Vorurteilen und Mythen im Bereich der Gesundheitsförderung und Vorbeugung chronischer Krankheiten aufräumen. Das Wissensportal soll unabhängige, wissenschaftlich nachgewiesene Erkenntnisse liefern. Zum Start geht es um Themen wie Ballaststoffe, Proteine, Obst, Gemüse und Getränke. Thematisiert wird auch das auf Kinder und Jugendliche zugeschnittene Marketing der Lebensmittel- und Getränkeindustrie. Das zunächst englischsprachige Portal richtet sich in erster Linie an Fachleute und soll ständig erweitert und regelmäßig aktualisiert werden.

EU-Wissensportal zur Gesundheitsförderung und Prävention :
www.ec.europa.eu > EU Science Hub



Europäischer Integrationspreis für Berliner Sportprojekt

15.12.17 (ams) Das von der AOK unterstützte Integrationsprojekt „Mitternachts-sport“ hat den von der EU-Kommission gestifteten „Be Inclusive EU Sport Award“ gewonnen. Mit dem Preis zeichnet die EU Initiativen aus, die Sport erfolgreich zur Förderung des gesellschaftlichen Zusammenhalts einsetzen. Der Berliner Verein holt Jugendliche von der Straße und lädt sie in den Wochenend-Nächten zum Sport in Schulturnhallen ein. Zehntausende Jugendliche aus rund 40 Nationen haben bereits von der Integrationsinitiative profitiert. Die AOK Nordost unterstützt den Verein weit über den Sport hinaus. So helfen Experten der AOK den Jugendlichen bei der Suche nach Berufspraktika, bieten Bewerbertrainings an und vermitteln Gesundheitswissen.

Präsentation des Projekts bei YouTube :
www.youtube.com > In-Team beim MitternachtsSport e.V. in Berlin



Zahl des Monats

945 Millionen Euro ...

15.12. (ams) ... hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) 2016 für die Behandlung von über 60.000 HIV-Infizierten mit antiretroviralen Medikamenten ausgegeben. Mehr als jeden zweiten Euro der medikamentösen Therapie von GKV-Versicherten setzt die US-amerikanische Pharmafirma Gilead um. Der in Deutschland größte Anbieter für Medikamente gegen HIV-Erkrankungen halte mit pharmatypischen Schachzügen den Preiswettbewerb von Generika-Konkurrenten klein, kritisiert der stellvertretende Geschäftsführer des WiDO, Helmut Schröder.

Umsatz-Spitzenreiter bei den HIV-Mitteln war im Jahr 2016 Truvada® von der Firma Gilead. Kurz vor Auslaufen des Patents hat Gilead den Wirkstoff Tenofovir geringfügig modifiziert und mit neuem Patentschutz unter dem Namen Descovy® ähnlich hochpreisig in den Handel gebracht. Gilead wirbt damit, dass Descovy® weniger Nebenwirkungen auf Nieren und Knochen habe. Doch der Gemeinsame Bundesausschuss konnte keinen Zusatznutzen für die Patienten feststellen.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat darüber hinaus eine Stellungnahme veröffentlicht, nach der die von Gilead durchgeführten Studien einen geringeren Schaden des neuen Produktes nicht belegen. Stattdessen weisen einige Ergebnisse darauf hin, dass es sogar mehr neurologische Nebenwirkungen verursacht. Die Preise für HIV-Arzneimittel haben sich laut WiDO in den letzten 30 Jahren versiebenfacht.

Weitere Informationen unter:
www.wido.de



Grundsätzliches zur Arzneimittelversorgung im Dossier:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Arzneimittel

Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

DMP Asthma bronchiale nun auch offen für Kleinkinder

Kinder ab dem zweiten Lebensjahr können fortan am Disease Management Programm (DMP) für Asthma bronchiale teilnehmen. Das hat der GBA im Rahmen einer Anpassung des DMP beschlossen. Die Anforderungen an Diagnostik, die differenzierte Therapieplanung und die medikamentöse Dauertherapie hat der Ausschuss dabei altersgruppenspezifisch angepasst. Darüber hinaus hat der GBA das strukturierte Behandlungsprogramm anhand aktueller Leitlinien überprüft und aktualisiert. Mit der Überarbeitung sollen vor allem therapierelevante Begleiterkrankungen wie Adipositas, Erkrankungen der oberen Atemwege oder Sodbrennen und Refluxbeschwerden weiter in den Fokus rücken. Diese hätten nach neuen Erkenntnissen Einfluss auf Krankheitsverlauf und Therapieplanung. Zudem soll das Medikamentenmanagement bei Multimorbidität mit der Novellierung verbessert werden. Bei Patienten, die aufgrund mehrerer Erkrankungen mindestens fünf Arzneimittel einnehmen müssen, soll der behandelnde Arzt jährlich alle eingenommenen Medikamente erfassen und deren Wechsel- und Nebenwirkungen analysieren. Ziel ist es, notwendige Therapieänderungen oder Dosieranpassungen frühzeitig vornehmen zu können.

Mindestmengenregeln für stationäre Leistungen geändert

Der GBA hat die Mindestmengenregelungen für planbare Leistungen überarbeitet. Bisher war die Einführung von Mindestmengen rechtlich an den Nachweis einer Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge „in besonderem Maße“ gebunden. In mehreren Prozessen aber haben Krankenhäuser gegen diese Vorgabe geklagt, was die Umsetzung der Mindestmengen erschwert hat. Basierend auf einem Urteil des Bundessozialgerichts hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) die umstrittene Formulierung gestrichen und den GBA beauftragt, die rechtlichen Rahmenvorgaben für Mindestmengen zu überarbeiten. Ein „vollbeweisender Kausalzusammenhang“ zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität ist mit der angepassten Verfahrensordnung nicht mehr zwingend erforderlich. Allerdings müsse die Studienlage einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität nahelegen. Um bestimmte Behandlungen auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen zu können, müssen die Krankenhäuser weiterhin gegenüber den Krankenkassen darlegen, dass sie die erforderliche Mindestmenge im jeweils folgenden Kalenderjahr vor-

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.

aussichtlich erreichen werden. Dafür hat der GBA in der neuen Verfahrensordnung nun Inhalte, Form und Fristen der Prognosedarlegung festgeschrieben. Eine berechtigte mengenmäßige Erwartung liegt dann vor, wenn das Klinikum im vorausgegangenen Jahr die maßgebliche Mindestmenge erreicht hat. Für Transparenz sorgt die zukünftige Veröffentlichung der Umsetzung der Regelungen zur Mindestmenge im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser.

Informationen zum Gemeinsamen BUndesausschus und seiner Arbeit:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Nach dem Scheitern der Sondierungsgespräche CDU, CSU, FDP und Bündnis 90/Die Grünen ist der 19. Deutsche Bundestag weiterhin zur gesundheitspolitischen Tatenlosigkeit verdammt. Daher bietet der AOK-Medienservice (ams) im Dezember den Überblick über jene 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: 14. Dezember 2017). Die folgenden und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: 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.

(Bundrats-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. Der Bundesrat hat diese Verordnung am 3. November gebilligt. Demnach steigen in der Kranken- und Pflegeversicherung die Beitragsbemessungsgrenze von jetzt 52.200 Euro jährlich auf 53.100 Euro (monatlich von 4.350 auf 4.425 Euro) und die Versicherungspflichtgrenze von derzeit 57.600 Euro jährlich auf 59.400 Euro. Überschreitet das Jahreseinkommen aus sozialversicherungspflichtiger Tätigkeit diese Jahresarbeitsentgeltgrenze, besteht die Wahlmöglichkeit zwischen freiwilliger gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung. Auch die Beitragsbemessungsgrenzen für die Renten- und die Arbeitslosenversicherung werden 2018 angehoben. Grundlage für die Steigerungen ist die Einkommensentwicklung im Jahr 2016. Diese betrug bundesweit 2,42 Prozent, in den alten Bundesländern 2,33 Prozent und in den neuen Bundesländern 3,11 Prozent. (siehe dazu auch die ams-Grafik 3 „Das gilt 2018“ auf Seite 18)

Der Verordnungsentwurf:

www.bmas.de > Presse > Pressemitteilungen > Mitteilung vom 27.09.17



Kurzmeldungen

Cardiolotse: Ein Herzensanliegen der AOK Nordost

15.12.17 (ams). Eine persönliche Patientenbegleitung während und nach einem Klinikaufenthalt soll die Versorgung chronisch Kranker verbessern und unnötige Wiedereinweisungen verhindern. Die AOK Nordost entwickelt hierzu zusammen mit Vivantes, dem Berufsverband Deutscher Internisten und dem Bundesverband Niedergelassener Kardiologen ein Lotsenmodell. Der Cardiolotse fungiert dabei als Bindeglied zwischen dem Patienten und allen an dessen Versorgung Beteiligten. Das Pilotprojekt wird mit 4,66 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds gefördert und beschränkt sich zunächst auf Patienten mit einer Ischämischen Herzerkrankung wie Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen.

Infos unter: www.aok.de/nordost > Presse > Aktuelle Pressemitteilungen



Eine (Weihnachts-)Spende für das Leben

15.12.17 (ams). Eine schöne Tradition findet ihre Fortsetzung: Statt aufwendig Weihnachtskarten zu verschicken, spendet der AOK-Bundesverband das gesparte Geld einem wohltätigen Zweck. 2017 gehen 3.000 Euro an den Berliner Verein „Freunde fürs Leben“. Seit dem Jahr 2001 klärt der Verein Jugendliche und junge Erwachsene über die Themen „Suizid“ und „seelische Gesundheit“ auf. Die Gründer von „Freunde fürs Leben“ haben selbst geliebte Menschen durch Suizid verloren.

Die „Freunde fürs Leben“: www.frnd.de



Mehr Telemedizin für den Norden

15.12.17 (ams). Niedersachsens neuer Wirtschaftsminister Bernd Althusmann (CDU) hat für mehr Offenheit für digitale Hilfsmittel bei der Arztbehandlung geworben. „Wir in Deutschland neigen dazu, mit unserer Verrechtlichung Innovation zu behindern“, sagte Althusmann beim ersten Digitalgipfel Gesundheit Niedersachsen in Hannover und versprach, er werde für Digitalisierungsprojekte in den kommenden fünf Jahren eine Milliarde Euro ausgeben.

Die Gipfel-Agenda: www.digitalgipfel-gesundheit.de



Dialog-Fax: 030/220 11-105
Telefon: 030/220 11-200

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes 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:

