



# AOK-MEDIENSERVICE

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

03/21

POLITIK

 @AOK\_Politik

Vorläufige GKV-Finanzergebnisse

- **AOK warnt vor „gewaltigem“  
Kassen-Defizit 2022** ..... 2

ams-Grafik: GKV-Finanzergebnisse

- **Mehrausgaben im Corona-Jahr 2020** ..... 4

Fritz-Schösser-Medienpreis

- **Einblick in den Alltag  
einer Covid-19-Intensivstation** ..... 5

EU-Ticker

- **Elf Millionen Arbeitskräfte  
in Gesundheit und Pflege fehlen** ..... 7

Zahl des Monats

- **1.275 Fallpauschalen ...** ..... 9

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 11

- **Gesetzgebungskalender** ..... 12

- **Kurzmeldungen** ..... 18



Vorläufige GKV-Finanzergebnisse 2020

## AOK warnt vor „gewaltigem“ Kassen-Defizit 2022

10.03.21 (ams). Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verzeichnete 2020 mit 2,65 Milliarden Euro das höchste Defizit seit fast zwei Jahrzehnten. Was sich bereits nach ersten Meldungen Mitte Februar angedeutet hatte, bestätigten jetzt die offiziellen vorläufigen GKV-Finanzergebnisse (KV 45) aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG). Mit 4,4 Milliarden Euro wies die Statistik 2003 zuletzt einen höheren Fehlbetrag aus. „Die Pandemie hat auch die Entwicklung der Krankenkassen-Bilanzen im vergangenen Jahr geprägt.“, kommentierte Gesundheitsminister Jens Spahn die Zahlen. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Martin Litsch sieht die GKV jedoch auch jenseits der Pandemie unter erheblichem Druck: „Klar ist, dass die kostspieligen Gesetze aus den Vorjahren weiter ihre Wirkung entfalten werden und der GKV 2022 ein gewaltiges Defizit droht.“

Die Zahlen für das vergangene Jahr zeigten auch, dass es durch den zusätzlichen Bundeszuschuss und den Abbau der Finanzreserven der Kassen gelungen sei, die Beitragszahler und Arbeitgeber nicht übermäßig zu belasten, ergänzte Spahn. „Die Beiträge stabil zu halten – das ist auch mit Blick auf das laufende Jahr unser Ziel.“ Für das kommende Jahr sieht die AOK das Ziel jedoch höchst gefährdet. Allein für die Jahre 2019 bis 2022 beziffert der AOK-Bundesverband die Mehrbelastungen durch die Spahn'sche Gesetzgebung in dieser Legislaturperiode zuletzt auf 32,64 Milliarden Euro. „Zum Stopfen der Milliardenlöcher stehen 2022 keine Rücklagen bei den Krankenkassen mehr zur Verfügung“, erinnerte Verbandschef Litsch. Bereits in diesem Jahr klaffe eine Lücke von 16,6 Milliarden Euro, die nur mithilfe der Beitragszahler und Kassen notdürftig geschlossen worden sei.

### Cornabedingte Sondereffekte

Nahezu alle Kassenarten sind vom negativen Trend des zurückliegenden Jahres betroffen, am stärksten die Ersatzkassen mit einem Minus von gut 1,1 Milliarden Euro. Für die AOK-Gemeinschaft weisen die KV 45 ein kaum geringeres Defizit von 974 Millionen Euro aus. „Das ist eine deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahr, das mit einem Defizit von 120 Millionen Euro endete“, bilanzierte Litsch. Allerdings enthalte die Finanzstatistik des Pandemie-Jahres 2020 viele coronabedingte Sondereffekte. Die Finanzsituation sei „unklar“ und „angesichts der dynamischen Lage schwierig“. Sie werde geprägt „vom Auf und Ab der Infektionswellen“, unterstrich Litsch.

Rund 623 Millionen Euro des Defizits für 2020 verteilen sich auf die kleineren Kassenverbände. So kommen die Innungskrankenkassen dem BMG zufolge auf einen Fehlbetrag von 250 Millionen Euro, die Betriebskrankenkassen von 235 Millionen Euro und die Knappschaft von 138 Millionen Euro. Lediglich die Landwirtschaftliche Krankenkasse darf sich über ein Plus von 58 Millionen Euro freuen. Insgesamt standen 2020 Ausgaben von 262,6 Milliarden Euro



Einnahmen von 260 Milliarden Euro gegenüber. 2019 betrug das Defizit laut Bundesstatistik 1,7 Milliarden Euro.

## Auch die Pflegeversicherung steuert ins Minus

Damit nicht genug: Der sozialen Pflegeversicherung (SPV) droht ein nicht minder schwerwiegendes Szenario. Sie steuert Berechnungen der AOK zufolge alleine in 2022 auf ein Defizit von 4,5 Milliarden Euro und 2023 von fünf Milliarden Euro zu. „Das hat auch hier nur bedingt mit den pandemiebedingten Effekten zu tun, sondern ist auf ein strukturelles Finanzierungsproblem zurückzuführen“, erläutert AOK-Chef Litsch. Mittelfristig werde der finanzielle Mehrbedarf für die Pflegeversicherung erheblich zunehmen.

Insbesondere die Pflegeprävalenzen und die Maßnahmen für eine verbesserte Personalsituation in der Langzeitpflege schlagen hier zu Buche. Die SPV finanziere ähnlich wie die GKV zunehmend gesamtgesellschaftliche Aufgaben, hebt Litsch hervor. Für die soziale Absicherung pflegender Angehöriger werden etwa 2,4 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Noch einmal etwa 0,8 Milliarden Euro entfallen auf den Bereich Infrastruktur im Rahmen von Daseinsvorsorge der Länder sowie kommunale Aufgaben. „Die Einführung eines zweckgebundenen Bundesbeitrags ist auch in der Pflegeversicherung unbedingt notwendig“, fordert Litsch. Er dürfe sich nicht nach der Haushaltslage des Bundes richten müsse verlässlich finanziert und regelmäßig nach oben angepasst werden.

### WEITERE INFORMATIONEN ZUR FINANZSITUATION IN DEN KRANKEN- UND PFLEGEKASSEN

[www.bundesgesundheitsministerium > Themen  
> Krankenversicherung > Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung  
> Pflege > Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankensicherung/zahlen-fakten-zur-krankensicherung/pflege/pflegeversicherung-zahlen-fakten)



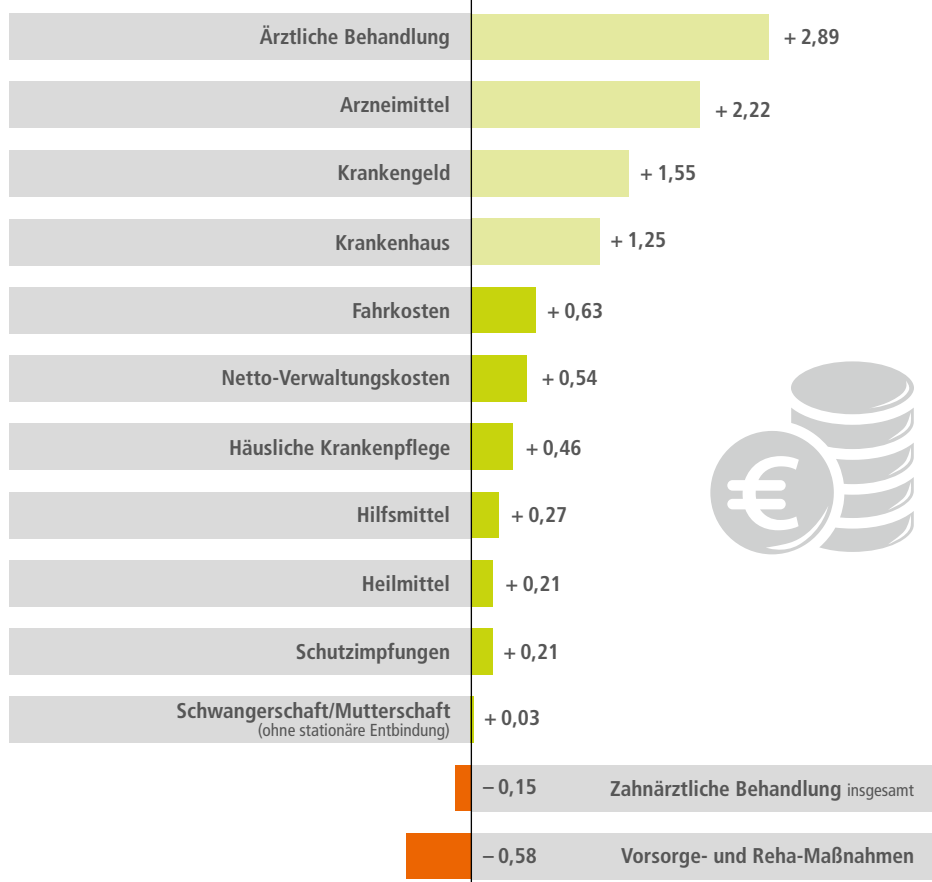


## GKV-Mehrausgaben im Corona-Jahr 2020

ams-Politik 03/21

### Jahresvergleich in ausgewählten Leistungsbereichen

Mehrausgaben im Vergleich zu 2019 in Milliarden Euro



Quelle: Quelle: BMG, KV-45-Zahlen;  
Grafik: AOK-Mediendienst

Rund zehn Milliarden Euro hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Corona-Jahr 2020 mehr ausgegeben als im pandemiefreien Jahr 2019. Etwa 80 Prozent davon (7,91 Milliarden) entfielen auf die drei großen Bereiche, ärztliche Behandlung, Arzneimittel und Krankenhaus sowie auf den Bereich Krankengeld, der mit 1,55 Milliarden Euro absolut den drittgrößten Zuwachs verzeichnete. Relativ sind das im Jahresvergleich fast 11 Prozent. Die drei großen Versorgungsbereiche erwiesen sich in der Pandemie als robust mit Einnahmезuwächsen aus der GKV zwischen 1,6 (Krankenhaus) und 6,3 Prozent (ärztliche Behandlung). Für Arzneimittel haben die Krankenkassen 5,1 Prozent mehr ausgeben müssen.

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



Fritz-Schösser-Medienpreis

## 1. Platz: Einblick in den Alltag einer Covid-19-Intensivstation

**01.03.21 (ams). Die Selbstverwaltung des AOK-Bundesverbandes hat erstmals den Fritz-Schösser-Medienpreis vergeben. Die ersten drei Preisträger des Fritz-Schösser-Medienpreises 2020 heißen Marcel Laskus, Autor der „Süddeutschen Zeitung“, Vera Wolfskämpf und Justus Kliss von der ARD-Tagesschau sowie Kristina Gnirke und Isabell Hülsen vom Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“. Die Auszeichnung würdigt journalistische Arbeiten, „die fundiert und verständlich über Gesundheitspolitik berichten“. Der Preis ist mit insgesamt 20.000 Euro dotiert. Corona-bedingt wurden die Preisträger 2020 erst jetzt geehrt.**

Von den rund 90 Bewerberbeiträgen schafften es 18 in die Endausscheidung. Neben den beiden Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Dr. Volker Hansen und Knut Lambertin, sowie dem Pressesprecher des AOK-Bundesverbandes, Dr. Kai Behrens, gehörten die Autorin und Wissenschaftsjournalistin, Nicola Kurth, der Vorsitzende des DJV Journalistenverbandes Berlin/Brandenburg, Steffen Grimberg, und Gerhard Schröder, Redakteur und Moderator beim Deutschlandfunk, zur Jury.

### Eindringliche Reportage

Gleich zu Beginn der Pandemie recherchierte Laskus auf der Covid-19-Station des städtischen Klinikums Rosenheim. Sein Beitrag „Außer Atem“ schildere „eindrücklich“ den Corona-Alltag in deutschen Krankenhäusern, lobte Jury-Mitglied Nicola Kuhrt. Das Gremium wählte die Reportage einstimmig zur besten journalistischen Arbeit aller 90 Bewerbungen. Authentisch beschreibe Laskus nicht nur die Situation für Corona-Patienten, sondern auch wie sich der Alltag für Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte verändert habe. Der Autor habe mit seinem Text bereits in einem sehr frühen Stadium der Pandemie die Gesellschaft für dieses Thema sensibilisiert. Für seinen ersten Platz erhält 10.000 Euro.

### Ansprechendes Gedankenexperiment

In ihrem Audio-Podcast „Mal angenommen, Krankenhäuser dürfen keinen Profit machen“ erklären Vera Wolfskämpf und Justus Kliss laienverständlich, wie Krankenhausfinanzierung in Deutschland funktioniert, und beschreiben Lösungen für eine stärker am Menschen orientierte Versorgung. „Angesichts der immer wieder aufkommenden Diskussion um Krankenhausstrukturen und Klinikschließungen ist es wichtig, Bürgerinnen und Bürgern die Funktionsweisen und Hintergründe unserer Krankenhauslandschaft genauer zu erklären“, hob Jury-Mitglied Dr. Volker Hansen hervor, alternierender Aufsichtsratsvorsitzender im AOK-Bundesverband für die Arbeitgeberseite. Hansen nannte den Beitrag ein „ansprechendes Gedankenexperiment“ und „innovatives Format“. Für Platz zwei erhält das Autorenteam 6.000 Euro.



## Investigative Recherche

Platz 3 und damit 4.000 Euro gehen an Kristina Gnirke und Isabell Hülsen für ihren Artikel „Der Feind an meinem Bett“. Die Autorinnen beschreiben darin den Betrug von Pflegefirmen an hilflosen Menschen und die Folgen für Pflegebedürftige und Beitragszahler. „Diese Art investigativer journalistischer Arbeit ist für unser Gesundheitssystem essentiell“ betonte Knut Lambertin, Hansens Pendant für die Versichertenseite. Der Beitrag benenne Schwachstellen, helfe bei der Aufdeckung von Fehlverhalten und Korruption und zwingt Verantwortliche aus Politik, Justiz und Pflegekassen zum Handeln.

---

[FRITZ-SCHÖSSER-MEDIENPREIS](http://WWW.FRITZ-SCHOESSER-MEDIENPREIS)

[www.fritz-schoesser-medienpreis](http://www.fritz-schoesser-medienpreis)





EU-Ticker

## Elf Millionen Arbeitskräfte in Gesundheit und Pflege fehlen

11.03.21 (ams). Um den Anforderungen durch eine alternde Bevölkerung gerecht zu werden, werden in der EU bis 2030 rund elf Millionen zusätzliche Arbeitskräfte in der Gesundheits- und Langzeitpflege gebraucht. Das geht aus einem Ende Februar veröffentlichten Forschungsbericht der EU-Kommission hervor. „Bei der Versorgung der steigenden Zahl älterer Menschen werden Zuwanderung aus Drittländern und die Mobilität innerhalb der EU eine zunehmend wichtige Rolle spielen“, heißt es in der Studie. Danach gab es 2018 in der EU bereits fast zwei Millionen Beschäftigte in der Gesundheits- und Langzeitpflege, die in einem anderen Land als ihrem Geburtsland ihrem Beruf nachgegangen sind. Von ihnen arbeiteten mehr als zwei Drittel in lediglich fünf EU-Ländern: Deutschland, Italien, Schweden, Frankreich und Spanien.

[WEITERE INFORMATIONEN ZUM FORSCHUNGSBERICHT](#)

[www.ec.europa.eu/germany](http://www.ec.europa.eu/germany)  
> Presse > 25.02.21



## Aktionsplan zur EU-Säule für soziale Rechte vorgestellt

11.03.21 (ams). In der EU sollen bis 2030 mindestens 78 Prozent der 20- bis 64-Jährigen einen Arbeitsplatz haben und mindestens 60 Prozent aller Erwachsenen jedes Jahr an Fortbildungen teilnehmen. Außerdem soll bis zum Ende des Jahrzehnts die Zahl der von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedrohten Menschen um mindestens 15 Millionen verringert werden. Das sind die Kernziele des „Aktionsplans zur europäischen Säule sozialer Rechte“, den die EU-Kommission am 4. März vorgestellt hat. Der Plan umfasst Vorschläge zur weiteren Umsetzung der bereits 2017 von den Mitgliedstaaten vereinbarten 20 zentralen Grundsätze und Rechte für faire und gut funktionierende Arbeitsmärkte und Sozialsysteme. Die Säule der sozialen Rechte umfasst drei Schwerpunktbereiche: Chancengleichheit und Zugang zum Arbeitsmarkt, faire Arbeitsbedingungen sowie Sozialschutz und soziale Inklusion. Als Teil des Plans präsentierte Vizepräsident Valdis Dombrovskis auch eine Empfehlung der Kommission für aktive Beschäftigungsförderung nach der Covid-19-Krise. Dabei gehe es insbesondere um einen „Beschäftigungsübergang von schrumpfenden in expandierende Branchen“, vor allem Bereich digitaler und grüner Technologien. Die Kommission setze dazu auf Einstellungsanreize für Unternehmen, mehr Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten und auf bessere Unterstützung durch Arbeitsvermittlungsdienste, erläuterte Dombrovskis. Zur Finanzierung entsprechender Maßnahmen können die Mitgliedstaaten auch EU-Geld aus dem Corona-Wiederaufbauprogramm oder aus dem EU-Sozialfonds in Anspruch nehmen.

[WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN](#)

[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)  
> Nachrichten > 04.03.21





## Große Erwartungen an eine europäische Gesundheitspolitik

11.03.21 (ams). In den 27 EU-Staaten gibt es große Zustimmung zu einem „sozialen Europa“, das sich für faire Arbeitsbedingungen, Sozialschutz und Chancengleichheit einsetzt. Das geht aus den Ergebnissen einer Eurobarometer-Befragung hervor. Danach befürworteten fast neun von zehn Europäern (88 Prozent) ein stärkeres Engagement der Union in sozialen Fragen, in Deutschland sind es sogar 91 Prozent der Befragten. „Die drängendsten Fragen für die Europäerinnen und Europäer sind Chancengleichheit und Zugang zum Arbeitsmarkt, faire Arbeitsbedingungen und Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung“, kommentierte die EU-Kommission die am 1. März veröffentlichten Zahlen. Auf die Frage, was ihrer Meinung nach am wichtigsten für die Zukunft Europas sei, nannten im Unionsschnitt die meisten Befragten EU-Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung (34 Prozent), in Deutschland waren es 28 Prozent. Hierzulande wurden vorrangig die Themen „Rente“ (36 Prozent) sowie „Ausbildung und lebenslanges Lernen“ (30 Prozent) genannt. Dass soziale Rechte künftig eine größere Rolle spielen werden, meinen 62 Prozent der Deutschen und 51 Prozent der Befragten im EU-Schnitt. Für das Eurobarometer zu sozialen Fragen wurden im November und Dezember 27.213 Menschen aus allen Mitgliedstaaten befragt, darunter 1.686 Teilnehmer aus Deutschland.

### EUROBAROMETER

[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Statistics > Public Opinion  
> What's new? > social issues



## „Safety Gate“ fischt gefährliche Covid-19-Produkte vom Markt

11.03.21 (ams). Das EU-Schnellwarnsystem für gefährliche Verbraucherprodukte („Safety Gate“) hat im vergangenen Jahr 5.377 Mal Alarm ausgelöst, 900 Mal mehr als 2019. In neun Prozent der Fälle ging es 2020 um Produkte im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie, darunter vor allem ungeeignete Schutzmasken. Als weitere Beispiele nannte EU-Justizkommissar Didier Reynders bei der Vorstellung des „Safety-Gate“-Jahresberichtes am 2. März Desinfektionsmittel mit giftigen oder hautreizenden Bestandteilen. Die meisten Warnmeldungen betrafen laut Bericht Spielzeug (27 Prozent), Kraftfahrzeuge (21 Prozent) und Elektrogeräte sowie Elektrozubehör (zehn Prozent). Das EU-Schnellwarnsystem für Non-Food-Produkte gibt es seit 2003. Beteiligt sind neben den 27 Mitgliedsländern auch Norwegen, Island, Liechtenstein und das Vereinigte Königreich beteiligt.

### JAHRESBERICHT ZUM „SAFETY GATE“

[www.ec.europa.eu/safety-gate](http://www.ec.europa.eu/safety-gate)



### WEITERE INFORMATIONEN

[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Nachrichten > 02.03.21





Zahl des Monats

## 1.275 Fallpauschalen ...

... weist der Fallpauschalen-Katalog 2021 aus. Dieser listet alle stationären Leistungen auf, die die Krankenhäuser in Deutschland mit der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung abrechnen können. Er enthält außerdem zurzeit 226 Zusatzentgelte, insbesondere für Leistungen, die kalkulatorisch nicht in die Fallpauschalen integriert werden können, wie die Gabe bestimmter Medikamente (aktuell 131).

Fallpauschalsysteme wurden in den 60er-Jahren in den USA entwickelt und sind vor allem in angelsächsischen Ländern verbreitet. Deshalb spricht man auch von Diagnosis Related Groups, kurz DRGs. Der Fallpauschalen-Katalog für Deutschland (G-DRG) basiert auf dem australischen Katalog (AR-DRG). Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat ihn adaptiert und entwickelt ihn jährlich weiter. 2003 startete der Katalog mit 664 DRGs. Den bisherigen Höchststand von 1.318 erreichte die Zahl der Fallpauschalen 2019. Seitdem sinkt sie tendenziell. Das InEK wird vom GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getragen.

Seit dem Jahr 2020 werden die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und parallel zu den DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausesindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Grundlage des neuen Finanzierungsrahmens ist das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). Es beinhaltet die nachhaltigste Veränderung im DRG-System seit dessen Einführung. Nach schwierigen Verhandlungen wurden der Fallpauschalen-Katalog und erstmalig der Pflegeerlöskatalog für das Jahr 2020 sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen vereinbart. Die DRGs ohne Pflegepersonalkosten firmieren unter aG-DRG („a“ für „ausgegliedert“).

### Ausgliederung der Pflegekosten läuft nicht reibungslos

Allerdings läuft diese Umstellung nicht reibungslos. Der AOK-Bundesverband hatte zuletzt auf mehr Transparenz gedrungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie den GKV-Spitzenverband aufgefordert, die entsprechende vertragliche Regelung zu überarbeiten. „Viele Krankenhäuser tricksen weiter und rechnen doppelt ab“, kritisierte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Insbesondere private Klinikkonzerne fühlten sich nicht an den Kompromiss gebunden, wonach die Doppelfinanzierung zunächst in Höhe von 200 Millionen Euro bereinigt werden und vor allem endlich tätigkeitsbezogene Abgrenzungsvorgaben für das verhandelte Pflegebudget eingehalten werden sollten.

Eingeführt wurden DRGs mit dem Krankenhaus-Entgeltgesetz. Im Jahr 2003 konnten die Krankenhäuser zunächst freiwillig auf das neue Vergütungssystem umstellen. Verpflichtend wurden die DRGs für alle am 1. Januar 2004. Die Fallpauschalen lösten das System der tagesgleichen beziehungsweise Abteilungspflegesätze ab. Der Grund: In Kombination mit dem Selbstkostendeckungsprinzip hatte das System dazu geführt, dass Patienten oft länger als notwendig im Krankenhaus verweilten.

Ausgenommen waren allerdings psychiatrische und psychosomatische Abteilungen an somatischen Kliniken und Fachkrankenhäusern. Auch für deren Leistungen ist inzwischen



ein pauschaliertes und tagesbezogenes Vergütungssystem entwickelt worden: das Pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP). Es enthält für das aktuelle Jahr 86 tagesbezogene Entgelte für voll- und teilstationäre Leistungen sowie 128 Zusatzentgelte. Auch hier erfolgte die Abrechnung auf PEPP-Basis zunächst freiwillig. Seit 2015 ist auch sie verpflichtend.

---

#### INFORMATIONEN DES INEK:

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

---

#### INFORMATIONEN DES GKV-SPITZENVERBANDES:

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

> Krankenversicherung > Krankenhäuser > DRG-System > aG-DRG 2021

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

> Krankenversicherung > Krankenhäuser > Psychiatrie > PEPP-Entgeltsystem 2021





## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Elisabeth Pott verlässt GBA

Mit Wirkung zum 1. März 2021 hat Prof. Dr. med. Elisabeth Pott ihr Amt als unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) aus wichtigen persönlichen Gründen abgegeben. Sie hatte die Position seit Mitte 2018 inne. Pott war beim GBA Vorsitzende der Unterausschüsse Qualitätssicherung, ambulante spezialfachärztliche Versorgung und Disease-Management-Programme. Die anspruchsvolle und fordernde Tätigkeit im GBA und damit das unmittelbare Mitwirken bei der Gestaltung von verbindlichen Rahmenbedingungen für die Patientenversorgung sei ihr ein Herzensanliegen gewesen und habe ihr viel Freude bereitet, sagte Pott nach Bekanntgabe ihrer Amtsniederlegung.

### Befristete Zentrumszuschläge für digitale Kooperationen gesichert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat bis zum Jahresende die Zentrumszuschläge auf Konsiliarleistungen von Spezialkliniken erweitert. Dies gilt für die Einrichtungen, die in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk eingebunden sind und bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Damit ist die Finanzierung für den digitalen Austausch zwischen Experten aus Spezial- und Regelkliniken bei der intensivmedizinischen Versorgung von Corona-Patienten gesichert. „Wir schaffen die Voraussetzungen, um möglicherweise auch extrem komplexe Krankheitsverläufe bei einer Infektion mit einer Corona-Mutation bestmöglich in der Fläche behandeln zu können“ sagte Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA. Die telemedizinischen Beratungen zwischen den Häusern hätten bisher in der Regel nicht abgerechnet werden können, ergänzte er.

### Neue Arzneimitteltherapie für Mukoviszidose-Patienten ab zwölf

Für die Behandlung der Stoffwechselerkrankung Mukoviszidose gibt es die neue medikamentöse Kombinationstherapie Kaftrio® mit den Wirkstoffen Ivacaftor, Tezacaftor und Elexacaftor. Diese erzielt bei Patientinnen und Patienten ab zwölf Jahren nach Einschätzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) deutlich bessere Ergebnisse als bislang verwendete Medikamente, weshalb ein erheblicher Zusatznutzen ausgesprochen wurde. Die Erkrankung wird durch einen Gendefekt ausgelöst, der die Bildung von zähem Schleim verursacht und vor allem Lunge und Bauchspeicheldrüse beeinträchtigt. In Deutschland leben ungefähr 8.000 Patienten mit Mukoviszidose. 2.400 davon sind älter als zwölf Jahre und kommen für die neue Therapie in Frage. In den Studien komme es deutlich seltener zu akuten Verschlechterungen der Lungensymptomatik, die oftmals zu Krankenhauseinweisungen führten und sich ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirkten, sagte Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA.

[WEITERE INFORMATIONEN ZU BESCHLÜSSEN UND ZUR ARBEIT DES GBA](#)

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





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Das „Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen“ hat inzwischen den Bundestag passiert. Das Parlament verabschiedete die Beschlussvorlage des Gesundheitsausschusses in zweiter und dritter Lesung. Der Bundesrat muss dem Gesetz noch zustimmen. Die Beratungen sind für den 26. März angesetzt. Das „Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz“ war Anfang März das erste Mal Thema im Bundesrat. Noch vor Ostern soll das Gesetz in den Bundestag eingebracht werden. Diese und ältere Gesetze (Stand: 10. März 2021) gibt es auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).

### Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege

Mit dem „Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege“ (DVPMG) will das Bundesgesundheitsministerium an das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und an das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) anknüpfen. Voraussichtlich am 25. oder 26. März wird das DVPMG in erster Lesung in den Deutschen Bundestag eingebracht. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss soll dann nach Ostern Mitte April stattfinden. Am 5. März stand das DVPMG erstmals auf der Tagesordnung des Bundesrates, nachdem das Bundeskabinett seinen Entwurf am 20. Januar 2021 verabschiedet hatte. Den Referentenentwurf hatte das Bundesgesundheitsministerium am 15. November 2020 vorgelegt.

Das DVPMG soll insbesondere die Grundlage für eine weitgehende Anbindung der Pflege an die Telematik-Infrastruktur (TI) legen, die Funktionen der elektronischen Patientenakte (ePA) und des elektronischen Rezeptes (eRezept) erweitern, die Fernbehandlung ausweiten und digitale Pflegeanwendungen auf Kosten der Sozialen Pflegeversicherung einführen. Die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen soll schneller und sicherer werden.

Entsprechend den digitalen Gesundheitsanwendungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung (DiGA) sollen auch im Bereich der Pflege digitale Anwendungen (DiPA) eingeführt und durch die Pflegeversicherung finanziert werden. Die Verantwortung für Prüfung und Auflistung der DiPA soll ebenfalls beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte liegen. Der GKV-Spitzenverband soll mit den Herstellern die Erstattungspreise aushandeln. Pflegedienste können Versicherte beim Anwenden der Apps oder Software unterstützen. Dafür sollen bis zu 60 Euro monatlich zur Verfügung stehen. Im Bereich der Pflege sollen zudem „telepflegerische Beratungsleistungen“ eingeführt werden.

Um DiGA weiter in die Versorgung integrieren zu können, soll die Verknüpfung von Daten mit der neuen ePA ermöglicht werden. Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen im Zusammenhang mit DiGA sollen wie bei Ärzten vergütet werden. Prüfverfahren, Datenschutz und Informationssicherheit im Bereich der DiGA sollen verbessert werden. Videosprechstunden, Telekonsilien und telemedizinische Leistungen sollen durch bessere Rahmenbedingungen und Vergütung gefördert werden. Auch telemedizinische Leistungen sollen



durch den Terminservice der Kassenärztlichen Vereinigungen vermittelt werden. Auch Heilmittelerbringer und Hebammen sollen künftig Videosprechstunden anbieten können.

Neben dem eRezept für Arzneimittel sollen auch in den Bereichen häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege, Heil- und Hilfsmittel und Soziotherapie elektronische Verordnungen eingeführt werden. Dazu sollen nach Ärzten und Zahnärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Pflege auch Heil- und Hilfsmittelerbringer, Soziotherapeuten und zahnmedizinische Labore an die TI angebunden werden. Die Gesellschaft für Telematik erhält den Auftrag, einen sicheren und an die unterschiedlichen Bedürfnisse der Nutzer angepassten TI-Zugang zu entwickeln („Zukunftskonnektor“ oder „Zukunftskonnektordienst“).

Versicherte und Leistungserbringer erhalten ab 2023 „digitale Identitäten“. Die künftig auch kontaktlos einlesbare elektronische Gesundheitskarte soll nur noch als Versicherungsnachweis und nicht mehr als Datenspeicher dienen. Der elektronische Medikationsplan und die elektronischen Notfalldaten werden in die ePA integriert. Als Weiterentwicklung der Notfalldaten wird eine elektronische Patientenkurzakte vorbereitet. Versicherte, die keine ePA führen, sollen Organspende-Erklärungen über die Versicherten-Apps der Krankenkassen abgeben oder verändern können.

Die sichere Kommunikation im Medizinwesen (KIM) soll künftig neben der E-Mail-Funktion auch einen Videokommunikationsdienst und einen Messagingdienst beinhalten.

Um Ärzte und andere Leistungserbringer von der datenschutzrechtlichen Verantwortung für Verarbeitung personenbezogener Daten in der TI zu entlasten, sollen künftig bereits im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren Datenschutz-Folgenabschätzungen erfolgen.

Das „Nationale Gesundheitsportal“ in Verantwortung des Bundesgesundheitsministeriums wird erweitert. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird beauftragt, Basisdaten und qualitätsbezogene Daten der vertragsärztlichen Versorgung für das Portal aufzubereiten. Die gematik GmbH soll die technischen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Versicherte über ihre ePA oder die eRezept-Anwendung Informationen aus dem Gesundheitsportal abrufen können.

Um die Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen zu verbessern, soll die bisher unzureichende Kodierung entsprechender Diagnosedaten in den Vergütungssystemen der stationären Versorgung verbessert werden.

Bis spätestens 2023 soll eine nationale eHealth-Kontaktstelle aufgebaut werden. Sie soll im Rahmen der EU-Zusammenarbeit dafür sorgen, dass Versicherte ihre Gesundheitsdaten auch grenzüberschreitend nutzen können.

KABINETTSENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > DVPMG



## Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen (EpiLage-Fortgeltungsgesetz)

Wie bereits viele andere Gesetze im Zuge der Corona Pandemie, so durchlief auch das EpiLage-Fortgeltungsgesetz den Bundestag bisher im Schnellverfahren. Von Einbringung des Gesetzes bis zur Verabschiedung im Bundestag vergingen gerade einmal drei Wochen. Auf Basis einer Formulierungshilfe des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) hatten die



Koalitionsfraktionen von Union und SPD den Entwurf des EpiLage-Fortgeltungsgesetzes in den Bundestag am 12. Februar erstmals zur Debatte vorgelegt. Am 4. März beriet und billigte das Parlament die finale Beschlussvorlage des Gesundheitsausschusses. Der Bundesrat muss dem Gesetz noch zustimmen. Dessen nächste Sitzung ist am 26. März. Das Kabinett hatte dem Entwurf bereits am 9. Februar im Umlaufverfahren zugestimmt. Im Zuge seiner Beratungen hatte der Gesundheitsausschuss noch eine zweite Prämie für Pflegekräfte ins das Gesetzespaket aufgenommen, die besonders stark durch die Versorgung von Covid-19-Patienten belastet waren.

Der Titel des Gesetzes ist Programm: Es geht um den Erhalt der Regelungen, die aufgrund der epidemischen Lage von nationaler Tragweite erlassen wurden, aber nach bisheriger Gesetzeslage spätestens zum 31. März 2021 außer Kraft treten. Dasselbe gilt für Paragraph 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) selbst, der die Feststellung und Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite regelt. Laut Gesetzentwurf werden die Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit über den 31. März hinaus bis Ende Juni verlängert. Außerdem ist vorgesehen, dass der Bundestag künftig alle drei Monate über weitere Verlängerungen entscheiden muss.

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält im Einzelnen folgende „zum Schutz der öffentlichen Gesundheit notwendigen Regelungen in einer Pandemielage über den 31. März 2021 hinaus“: Die der Feststellung einer epidemischen Lage zu Grunde liegende Norm des Paragraphen 5 IfSG tritt nicht außer Kraft. Dem Deutschen Bundestag wird jedoch die Möglichkeit eingeräumt, bei entsprechender Lage mindestens alle drei Monate über die Fortdauer der epidemischen Lage von nationaler Tragweite erneut zu entscheiden.

Pandemierelevante Verordnungsermächtigungen und Rechtsverordnungen treten nicht automatisch nach dem 31. März 2021 außer Kraft.

Die Regelungen zur Entschädigung erwerbstätiger Eltern bei Kita- und Schulschließungen des § 56 Absatz 1a IfSG wird befristet verlängert. Darunter fällt unter anderem der erweiterte Anspruch auf Kinderkrankengeld.

Gleiches gilt für die Regelung des Paragraphen 87b Absatz 2a SGB V, die ermöglicht, dass durch die Pandemie gefährdete vertragsärztliche Leistungserbringer ihren Versorgungsauftrag trotz Rückgangs der Fallzahlen fortführen können. Zudem formuliert die Vorlage konkrete Impfziele und Vorgaben zur Evaluation der Pandemie.

Angesichts der Infektionslage werden insbesondere die pandemiebedingten Sonderregelungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zugunsten von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen, zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Angeboten zur Unterstützung im Alltag grundsätzlich um weitere drei Monate verlängert. Um trotz der mit der Verlängerung der Regelungen im Bereich der Pflegeversicherung verbundenen Mehrausgaben die Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung und damit die Einhaltung der Sozialgarantie 2021 zu gewährleisten, erhält diese einen einmaligen Bundeszuschuss. In der ersten Fassung des Entwurfs stand noch die Summe von drei Milliarden Euro. In der jetzt eingebrachten Fassung ist kein konkreter Betrag genannt. Im Bereich der Qualitätssicherung werden wegen Verlängerung der pandemischen Lage Aufgaben und Fristen für Einrichtungen und Pflegekassen neu festgelegt.

### BESCHLUSSEMPFEHLUNG:

[dipbt.bundestag.de](http://dipbt.bundestag.de)  
> Dokumente > Drucksache 19/27291





## Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Das Gesetz soll dafür sorgen, die bisher weitgehend getrennt organisierten Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System weiter zu entwickeln. Ziele der engeren Verzahnung sind eine bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten, kürzere Wartezeiten, ein effizienterer Einsatz von Personal und Geld sowie damit verbunden eine höhere Gesamtqualität der medizinischen Notfallversorgung. Der Entwurf sieht drei wesentliche Maßnahmen vor: ein gemeinsames Notfallleitsystem (GNL), integrierte Notfallzentren (INZ) und die Etablierung des Rettungsdienstes als eigenständiger GKV-Leistungsbereich.

Das GNL bekäme demnach die zentrale Lotsenfunktion für die integrierte medizinische Notfallversorgung. Es wäre in lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Situationen über die Rettungsnummer 112 und in allen anderen Fällen unter der Bereitschaftsdienstnummer der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) rund um die Uhr erreichbar. Das GNL nimmt laut Referentenentwurf nach fachlichen Standards eine erste Einschätzung zum Versorgungsbedarf des Patienten vor und koordiniert auf Basis dessen Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung. Die Kooperation aller Beteiligten soll sich im Wesentlichen auf digitale Vernetzung stützen.

Die INZ sollen als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung an dafür geeigneten Klinikden eingerichtet werden und von den Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. Auch sie nehmen eine erste Einschätzung vor und erbringen die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung oder veranlassen gegebenenfalls die Einweisung ins Krankenhaus. Die Zentren sollen von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Kliniken gemeinsam betrieben werden. Die fachliche Leitung obliegt dann der jeweiligen KV.

Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder wird laut Entwurf als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährt. Damit kommt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einer langjährigen Forderung der Länder nach.

Die aktuelle Fassung des Entwurfs ist so gestaltet, dass der Bundesrat nicht mehr zustimmen müsste. Ausgangspunkt der Debatte sind Vorschläge aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom Juli 2018.

Zuvor war das Vorhaben der Bundesländer, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen (Bundestags-Drucksache 18/1289), zwei Mal gescheitert. Der Gesetzesentwurf des Bundesrats, der gleichlautend schon in der vorherigen Legislaturperiode in den Bundestag eingebracht worden war, zielt darauf ab, den Rettungsdienst als eigenständigen medizinischen Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verankern, damit 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 führt nach Ansicht der Länder zu unnötigen Krankenhauseinweisungen zur Folge.

REFERENTENENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > Notfallversorgung







## Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Für den 12. April ist die Anhörung im Gesundheitsausschuss terminiert. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte das GVWG am 26. Februar in den Bundestag eingebracht. Nach der Verabschiedung des Kabinettsentwurfs am 16. Dezember 2020, hatte der Bundesrat den Gesetzentwurf erstmals am 12. Februar beraten. Der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums stammt von Oktober vergangenen Jahres. Minister Jens Spahn will zahlreiche Vorhaben, die durch die Corona-Krise liegen geblieben sind, in einem Sammelgesetz auf den Weg bringen. Das GVWG formuliert fünf Hauptziele. Qualität und Transparenz in der Versorgung sollen gesteigert werden. Dazu sollen dem Gesundheitswesen die notwendigen Daten zu ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen „aktuell, dauerhaft und verlässlich“ zur Verfügung stehen. Erweiterte Leistungsansprüche und -angebote sollen die Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte verbessern. Für privat Krankenversicherte sieht der Entwurf eine Reform des Notlagentarifs vor. Schließlich will das BMG die Hospiz- und Palliativversorgung in Netzwerken finanziell fördern und die ambulante Kinderhospizarbeit stärken. Das GVWG soll in weiten Teilen noch vor der Bundestagswahl in Kraft treten.

Um diese Ziele zu erreichen, sieht der Gesetzentwurf ein umfangreiches Maßnahmenbündel vor. In der Krankenhausversorgung sollen für mehr Bereiche als bisher Mindestmengen festgelegt werden. Die Qualitätsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kliniken sollen verbindlicher geregelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll neue Anwendungsbereiche für Qualitätsverträge festlegen und genauere Vorgaben für deren spätere Auswertung vorgeben. Zudem sollen Krankenhäuser für jeden Standort das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand veröffentlichen. So soll deutlich werden, ob ein Krankenhaus ausreichend oder zu wenig Personal einsetzt.

Ebenfalls geplant ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) für krankhaft Übergewichtige. Der GBA erhält außerdem den Auftrag, weitere planbare Eingriffe für das Zweitmeinungsverfahren zu benennen. Zudem sieht der Gesetzentwurf versicherungsrechtliche Regelungen vor, wie etwa die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens für die Beitragsbemessung bei gesetzlich Versicherten. Bei der Beitragsbemessung für freiwillig gesetzlich Versicherte soll künftig bei der Anrechnung des Ehegatteneinkommens ein Freibetrag für unterhaltsberechtignte nicht gemeinsame Kinder berücksichtigt werden. Der GVWG-Entwurf umfasst Änderungen an insgesamt 15 Gesetzen und Verordnungen.

KABINETTSENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > GVWG



## Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten

Das Bundeskabinett hat seinen Entwurf am 10. Februar beschlossen. Ende März soll das Gesetz das erste Mal in den Bundesrat gehen. Die erste Lesung im Bundestag ist für Ende März geplant. Ziel des Gesetzes ist es, die Krebsregisterdaten der Bundesländer länderübergreifend insbesondere für überregionale Forschungsprojekte besser nutzbar zu machen. Basis ist das seit 2009 geltende Bundeskrebsregisterdatengesetz (BKRG).





In einer ersten Stufe sollen sogenannte „Best-of“-Datensätze am Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (RKI) zusammengeführt werden. Diese anonymisierten Datensätze sollen Dritten auf Antrag für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt werden, wobei der Beirat des ZfKD jeweils entscheiden soll. So soll ein genauerer Überblick über das Versorgungsgeschehen, die Krankheitslast in der Bevölkerung und den Versorgungsbedarf sichergestellt werden. Die verbesserten Nutzungsmöglichkeiten der Krebsregisterdaten leisteten einen Beitrag zur Optimierung und Weiterentwicklung der onkologischen Versorgung, so die Begründung des Bundesgesundheitsministeriums.

Der Gesetzentwurf schafft darüber hinaus Grundlagen dafür, dass in einer zweiten Stufe zusätzliche, in der ersten Stufe nicht verfügbare Daten für Forschung und Versorgung genutzt werden können. Im Mittelpunkt stehen demnach patienten- und leistungserbringerbezogene Auswertungen. Ziel der zweiten Stufe ist es, anlassbezogen klinische Krebsregisterdaten auch registerübergreifend in Form eines kooperativen Datenverbunds mit dem ZfKD und klinisch-wissenschaftlich tätigen Akteuren aus Versorgung und Forschung zusammenzuführen. Das ZfKD, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe würden im Zuge des Gesetzes den Auftrag erhalten, ein Konzept für eine solche Plattform zu entwickeln, die die bundesweite anlassbezogene Zusammenführung der Daten und Analyse der Krebsregisterdaten aus den Ländern sowie die Verknüpfung von Krebsregisterdaten mit anderen Daten erstens ermöglicht, zweitens fachlich begleitet und drittens die Expertise für die klinisch-wissenschaftliche Auswertung der Krebsregisterdaten bereitstellt.

KABINETTSENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > Krebsregisterdaten Kabinett





## Kurzmeldungen

### Trend bei Erziehungs- und Gesundheitsberufen setzt sich fort

09.03.21(ams). Das Risiko, wegen einer Covid-19-Diagnose krankgeschrieben zu werden, war für Beschäftigte in Kinderbetreuungsberufen 2020 mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt aller Berufsgruppen. Das zeigt eine Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-Mitglieder durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) für die Monate März bis Dezember „Die Ergebnisse unserer früheren Analysen bestätigen sich auch für die zweite Welle“, kommentierte WIdO-Vize Helmut Schröder die aktuellen Daten. Auch Beschäftigte in Gesundheitsberufen waren überdurchschnittlich oft im Zusammenhang mit Covid-19 arbeitsunfähig, sie belegten der Rangliste die Plätze zwei bis zehn.

WEITERE INFORMATIONEN

[www.wido.de](http://www.wido.de)



### NRW will Kliniklandschaft reformieren

03.03.21 (ams). Der Nordrhein-Westfälische Landtag hat ein Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) verabschiedet. „Damit wurde die dringend erforderliche Kehrtwende bei der Klinikplanung eingeleitet“, sagte Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST, in einer Erklärung der gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände. Das Gesetz schaffe gute Voraussetzungen für eine zukunftsfähige, qualitäts- und patientenorientierte Krankenhausstruktur. Die Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse sowie Mindestfallzahlen müssten dazu führen, dass hochspezialisierte Leistungen künftig auch nur noch von klar definierten Kliniken erbracht werden dürften, so Ackermann.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.aok.de/nordwest](http://www.aok.de/nordwest) > Presse > Aktuelle Pressemitteilungen Westfalen-Lippe



### AOK pocht auf Vergabekriterien bei Antibiotika-Ausschreibungen

25.02.21 (ams). Im Streit um die Vergabekriterien bei Antibiotika-Ausschreibungen geht die AOK in die nächste Instanz. Das kündigte der Vorstandsvorsitzende der AOK-Baden-Württemberg und Federführer der AOK-Gemeinschaft für die bundesweiten Generikaverträge, Johannes Bauernfeind, an. Die AOK-Gemeinschaft hatte 2020 fünf Antibiotika-Wirkstoffe erstmals gesondert ausgeschrieben. Dabei sollte nicht allein der Preis ausschlaggebend sein, sondern auch die Lieferkette sowie die Einhaltung von Umwelt- und Arbeitsschutz seitens der Hersteller. Die Vergabekammer des Bundes gab aber dem Einspruch mehrerer Hersteller statt. „Es ist nicht akzeptabel, dass Hersteller Ausschreibungskriterien angreifen, die die Pharma-Lobby und Politiker mehrerer Parteien seit langer Zeit selbst gefordert hatten“, kritisierte Bauernfeind.

WEITERE INFORMATIONEN:

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





**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: \_\_\_\_\_

Wenn Sie künftig den AOK-Medienservice Politik nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail** erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender Web-Adresse an:

[www.aok-bv.de/presse/medienservice](http://www.aok-bv.de/presse/medienservice)

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 streichen Sie mich aus dem Verteiler für die Printausgabe des AOK-Medienservice Politik.**

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

---

---

---

---