

# AOK-MEDIENSERVICE

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

04/22 POLITIK

 @AOK\_Politik

Iges-Gutachten nennt 2.500 neue Leistungen

**AOK fordert Nachbesserungen  
bei der Ambulantisierung** ..... 2

ams-Grafik 1: Krankenhaus-Report 2022

**Corona-Folgen: Deutlicher Einbruch  
bei ambulant-sensitiven Behandlungen** ..... 4

ams-Stichwort: Ukraine

**Wie die AOK geflüchteten Menschen  
und ihren Unterstützern hilft** ..... 5

ams-Grafik 2: Krankenhaus-Report 2022

**Corona-Folgen: Weniger Behandlungen  
bei Herzinfarkt und Schlaganfall** ..... 6

EU-Ticker

**EU-Kommission will die  
Langzeitpflege verbessern** ..... 7

Zahl des Monats

**105.006 Menschen ...** ..... 10

Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss ..... 11

Gesetzgebungskalender ..... 13

Kurzmeldungen ..... 21

Herausgeber: Pressestelle des AOK-Bundesverbandes, Berlin  
Redaktion: AOK-Mediendienst, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Bernhard Hoffmann (verantwortlich),  
Ralf Breitgoff, Barbara Huhn, Telefon: 030/220 11-200, Telefax: 030/220 11-105, Grafik: Kerstin Conradi  
E-Mail: aok-mediendienst@bv.aok.de, Internet: www.aok-presse.de

Iges-Gutachten nennt 2.500 neue Leistungen

## AOK fordert Nachbesserungen bei der Ambulantisierung

(13.04.22) ams. In Deutschland könnten laut aktuellem Gutachten des Berliner Iges-Instituts deutlich mehr Operationen auch ambulant erbracht und damit unnötige Klinikaufenthalte vermieden werden. Die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, hat daher gesetzliche Nachbesserungen gefordert. „Die Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen ist eines der wesentlichen Vorhaben auf dem Weg zu einer besseren und effizienteren Gesundheitsversorgung in Deutschland und gleichzeitig ein wichtiger erster Schritt zu einer sektorenübergreifenden Versorgung“, betonte die AOK-Chefin.

Das Iges-Institut hatte vorgeschlagen, den Katalog ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) um 2.476 auf 5.355 Positionen zu erweitern – fast doppelt so viele wie bisher. Der AOP-Katalog gilt als ein erster Schritt hin zu einer stärker sektorenübergreifenden Versorgung und mehr Ambulantisierung. Jedoch reichen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes die bisherigen gesetzlichen Regelungen nicht aus, um das Ziel der verstärkten Ambulantisierung zu erreichen. Derzeit ist lediglich vorgesehen, dass sich Vertragsärzte, Krankenhäuser und Kassen auf Bundesebene über einen Katalog und ein Vergütungssystem verständigen. Auf der regionalen Ebene können Krankenhäuser und Vertragsärzte dann entscheiden, ob sie diese ambulanten Leistungen anbieten.

„Das bisherige Ambulantisierungsdefizit soll bisher allein über finanzielle Anreize beseitigt werden“, sagte Reimann. „Ein ‚Wer kann, der darf‘-Ansatz trägt aber nicht zu effizienten regionalen Versorgungsangeboten bei und führt auf Dauer zu deutlich überbezahlten Honoraren.“ Dabei sollte die Ambulantisierung der erste Anwendungsfall einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung sein, die im Koalitionsvertrag vorgesehen sei.

### Kassen brauchen vor dem Herbst Planungssicherheit

In diesem Zusammenhang kritisiert die Verbandschefin auch die unausgewogene Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums. Dort könnten sich im Konfliktfall die Krankenhäuser und die Vertragsärzte gemeinsam gegen die Interessen der Beitragszahler durchsetzen. „Wenn zwei Stimmen der Krankenkassen zwei Stimmen der Ärzte und zwei Stimmen der Krankenhäuser gegenüberstehen, kann es zu keinem fairen Interessenausgleich kommen und keine ausgewogenen Entscheidungen geben. Es bedarf hier schnell einer gesetzlichen Neuregelung.“ Aufgrund der angespannten Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und des wachsenden Fachkräftemangels in der medizinischen Versorgung sprach sich Reimann dafür aus, die positiven Erfahrungen anderer europäischer Länder aufzugreifen und Versorgungsangebote entsprechend zu modernisieren.

Zudem verlangte sie im Vorfeld der Beratungen des Bundeshaushalts im Bundesrat erneut schnell finanzielle Planungssicherheit für die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Es sei zu befürchten, dass der Finanzminister erst spät im Herbst darüber entscheide, wie die GKV mit zusätzlichen Bundesmitteln stabilisiert werde, so Reimann. Angesichts eines drohenden Finanzlochs von 17 Milliarden Euro in 2023 sollten die Krankenkassen aber nicht weiter im Unklaren bleiben, auf welcher finanziellen Grundlage die Haushalte für das kommende Jahr aufgestellt würden.

Sie forderte Bundesfinanzminister Christian Lindner (FDP) auf, umgehend klarzumachen, wie die Beitragszahlenden und somit Wirtschaft und Arbeitnehmenden vor weiteren Belastungen geschützt werden sollen. „Das betrifft vor allem die Bereiche, für die der Bund die finanzielle Verantwortung trägt, besonders die Finanzierung der Krankenversicherung für ALG II-Empfänger sowie die Mehrwertsteuer für Arzneimittel“, erläuterte sie. „Dass sich angesichts des Kriegs in der Ukraine die Haushaltsplanung des Bundes schwierig gestaltet, ist nachvollziehbar.“ Doch vor allem die GKV habe sich in Krisensituationen als verlässlicher Stabilitätsanker für den Wirtschaftsstandort Deutschland erwiesen und entscheidend zur Arbeitsplatzsicherung und Wettbewerbsfähigkeit beigetragen.

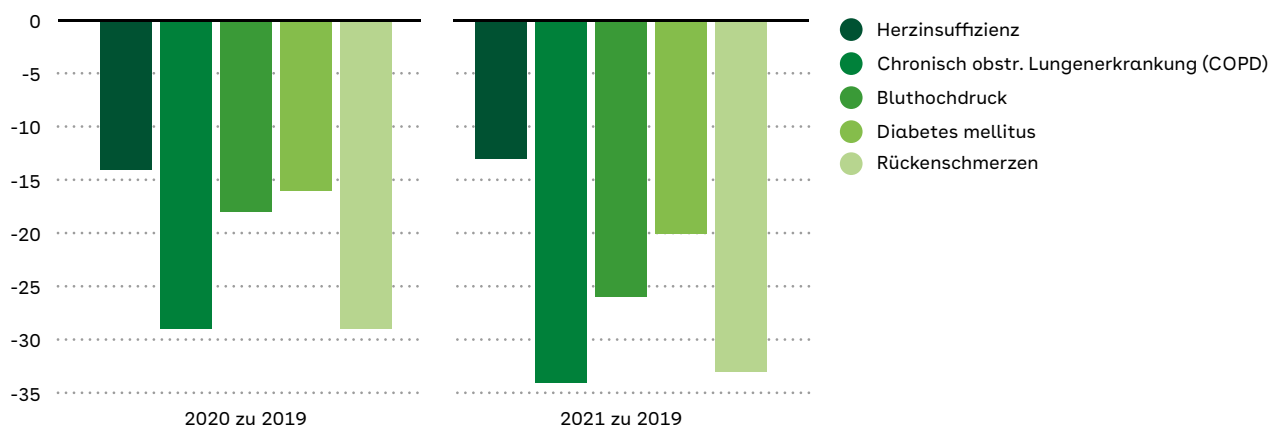
**Iges-Gutachten nach Paragraf 115b Absatz 1a,  
Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V):**  
[www.iges.com](http://www.iges.com) > Gesundheit > Projektergebnisse



ams Grafik 1

### Corona-Folgen im Krankenhaus: Deutlicher Einbruch bei ambulant-sensitiven Behandlungen

Vergleich Fallzahlen 2020/2021 mit 2019, Veränderungen in Prozent



Quelle: AOK-Abrechnungsdaten/WIdO; AOK-Mediendienst

Laut Krankenhaus-Report 2022 sind Behandlungen von Herzinsuffizienz, chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD), Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rückenschmerzen – sogenannte ambulant-sensitive Behandlungen – 2020 und 2021 im Vergleich zu 2019 durchgängig stark zurückgegangen. Die Rückgänge reichen etwa 2021 von 34 Prozent bei COPD (2020: 29 Prozent) und 33 Prozent bei Rückenschmerzen (2020: 29 Prozent) bis zu 13 Prozent bei Herzinsuffizienz (2020: 14 Prozent). Laut AOK weisen diese starken Fallzahleinbrüche in diesem Bereich darauf hin, dass wesentlich mehr Krankenhausfälle ambulant versorgt werden könnten als bisher. Die Planung ambulanter und stationärer Leistungen müsse künftig zusammengefasst und durch sogenannte „3+1“-Gremien mit Beteiligung von Vertragsärzten, Kliniken, Krankenkassen sowie Vertretern des jeweiligen Bundeslandes gemeinsam verantwortet werden, fordert daher Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes.

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

ams-Stichwort: Ukraine

## Wie die AOK geflüchteten Menschen und Unterstützern hilft

**20.04.22 (ams).** Die AOK informiert Geflüchtete, Helferinnen und Helfer sowie Arbeitgeber auf ihren Internetseiten über die wichtigsten Fragen rund um die Gesundheitsversorgung und die gesetzliche Krankenversicherung. Außerdem unterstützt die Gesundheitskasse ein Informationsangebot für Schwangere aus der Ukraine.

Wie finde ich einen Arzt? Wie erhalte ich notwendige Medikamente? Was überhaupt ist die gesetzliche Krankenversicherung? Diese und weitere Fragen werden unter der Überschrift „So erhalten Flüchtlinge aus der Ukraine Hilfe“ auf den Internetseiten der AOK ausführlich in ukrainischer und deutscher Sprache beantwortet. Weiterführende Links erleichtern die Suche nach Info-Angeboten anderer Institutionen und Hilfsorganisationen. Neben Infos für geflüchtete Menschen und aufnehmende Familien unterstützt das AOK-Angebot auch Arbeitgeber mit Hinweisen, was bei der Beschäftigung ukrainischer Flüchtlinge zu beachten ist.

Außerdem unterstützt die AOK die Online-Plattform „Hedi – digitale Unterstützung rund um die Schwangerschaft“, die jetzt auch in einer ukrainischen Version kostenfreie Infos für werdende Mütter, Hebammen und Ärzte zur Verfügung stellt. Schon die Ursprungsidee habe sie von Anfang an überzeugt, sagte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann. Das Angebot angesichts des Krieges in der Ukraine vorzuziehen, nannte Reimann eine „hervorragende Initiative“. Alle Inhalte sind auch auf Deutsch, Englisch, Französisch und Persisch abrufbar. Das Angebot umfasst jeweils eine Text- und eine Audioversion.

**Unterstützungsangebote der AOK für Helfer auf Deutsch und Ukrainisch:**  
[www.aok.de](http://www.aok.de) > Flüchtlingen aus der Ukraine in Deutschland helfen

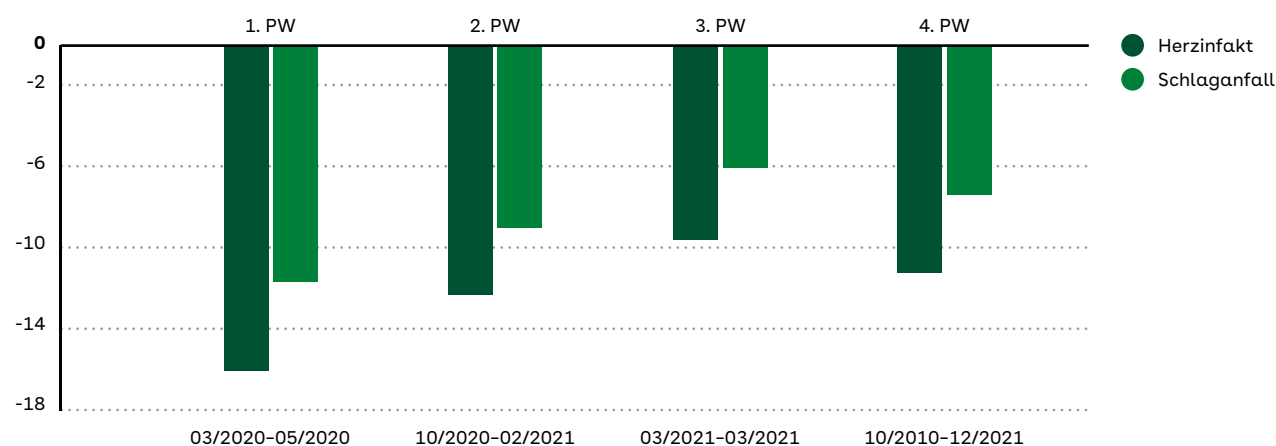
**Hedi – digitale Unterstützung rund um die Schwangerschaft:**  
[hedi.app/de](http://hedi.app/de)



ams Grafik 2

### Corona-Folgen im Krankenhaus: Weniger Behandlungen bei Herzinfarkt und Schlaganfall

Vergleich Fallzahlen in den vier Pandemiewellen (PW), Veränderungen in Prozent



Quelle: WIdO/Krankenhaus-Report 2022; AOK-Mediendienst

Die stationären Fallzahlen sind bei den häufig lebensbedrohlichen Notfallindikationen Herzinfarkt und Schlaganfall in den Pandemiewellen 2020 und 2021 im Vergleich zu 2019 eingebrochen. Das zeigt der Krankenhaus-Report 2022. Demnach ergibt sich bei Herzinfarkt-Behandlungen während der ersten Welle (März bis Mai 2020) ein Rückgang von 16 Prozent; bei Schlaganfall-Behandlungen sind es zwölf Prozent. In den folgenden Wellen steigen die Fallzahlen zwar wieder leicht, verzeichnen aber weiterhin deutliche Einbrüche gegenüber 2019, etwa mit einem Minus von elf Prozent (Herzinfarkt) und ein Minus von sieben Prozent (Schlaganfall) in der vierten Welle (Oktober 2021 bis Dezember 2021). Eine mögliche Erklärung sei, dass Patienten aus Angst vor einer Infektion oder einer Überlastung des Notfallsystems bei leichteren Beschwerden nicht das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen wollten, erläutert Jürgen Klauber, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und Mit-Herausgeber des Krankenhaus-Reports 2022.

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

EU-Ticker

## EU-Kommission will die Langzeitpflege verbessern

14.04.22 (ams) Die EU-Kommission will in der zweiten Jahreshälfte einen Vorschlag für Empfehlungen des Rates zur Verbesserung der Langzeitpflege in den Mitgliedsländern vorlegen. Das Vorhaben ist Bestandteil der geplanten europäischen Strategie für Pflege und Betreuung und ist eingebettet in den Aktionsplan zur europäischen Säule sozialer Rechte. Zur inhaltlichen Vorbereitung konnten sich Verbände, Organisationen, und Bürger bis Ende März in einem Online-Anhörungsverfahren äußern.

Die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSVE) begrüßt in ihrem Statement zur Anhörung die Kommissionsinitiative. Die zunehmende Nachfrage nach Pflegeleistungen, die Weiterentwicklung der Pflegequalität, das Ausschöpfen neuer Potenziale durch die Digitalisierung, die Fachkräftesicherung und finanzielle Nachhaltigkeit seien zentrale Herausforderungen. In dem Positionspapier appelliert die Europavertretung zudem an die Mitgliedsländer, die laufende Reform der Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit „zu einem baldigen Abschluss zu bringen“, um das Recht von Pflegebedürftige auf Freizügigkeit innerhalb der EU durchzusetzen und Nachteile für gesetzlich Pflegeversicherte zu verhindern.

Laut Kommission wird die Zahl der Langzeitpflegefälle in der EU von zuletzt 30,8 Millionen (2019) auf 38,1 Millionen Menschen im Jahr 2050 steigen. Viele Pflegebedürftige in der EU hätten keinen Zugang zu Pflegeleistungen. „2019 stand nur rund einem Viertel der Menschen mit großen Schwierigkeiten bei der persönlichen Pflege oder Haushaltstätigkeiten häusliche Pflege zur Verfügung“, heißt es im Initiativpapier. Ein Schwerpunkt sind Überlegungen, wie dem Fachkräftemangel in Pflege und Betreuung begegnet werden kann. Überdies geht es der Kommission darum, die Rolle der Frauen in der Pflege zu verbessern. 2019 waren nach Angaben der Kommission in der EU 90 Prozent der in der Pflege und Betreuung Beschäftigten Frauen. Gleichzeitig seien 7,7 Millionen Frauen und lediglich 450.000 Männer aufgrund von Betreuungs- und Pflegeaufgaben nicht erwerbstätig gewesen. Zudem seien Frauen häufiger pflegebedürftig, könnten sich die Langzeitpflege aber weniger oft leisten.

**Initiative der EU-Kommission:**

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

> Rückmeldungen zu Initiativen

> Europäische Strategie für Pflege und Betreuung

**Statement der DSV-Europavertretung:**

[www.dsv-europa.de](http://www.dsv-europa.de)

> Positionspapiere Gesundheit und Pflege

> Feedback Pflegestrategie



### „Data Governance Act“ soll Datenspenden erleichtern

14.04.22 (ams). Das EU-Parlament hat am 6. April mit großer Mehrheit den sogenannten „Data Governance Act“ (DGA) gebilligt. Die Verordnung soll einen neuen Rahmen für die gemeinsame Datennutzung innerhalb der EU schaffen und so auch dazu beitragen, das Potenzial durch Künstliche Intelligenz (KI) besser auszuschöpfen. Die Abgeordneten setzten sich in den Verhandlungen mit EU-Kommission und Rat dafür ein, die Bedingungen für freiwillige „Datenspenden“ für zu verbessern, etwa im Bereich der wissenschaftlichen Forschung oder der Gesundheitsversorgung. „Vertrauenswürdige Dienste für die gemeinsame Datennutzung sollen sichtbar werden und ein gemeinsames europäisches Logo verwenden, das ihre Übereinstimmung mit dem DGA bescheinigt“, so das Parlament. Unter anderem ist der Aufbau nationaler, aber EU-weit anerkannter Register vorgesehen. Dort können sich „datenaltruistische Organisationen“ eintragen lassen, die für Ziele von allgemeinem Interesse Daten sammeln wollen und sich verpflichten, die entsprechenden Datenschutz- und Nutzungsregeln einzuhalten.

Der „Data Governance Act“ ist Teil der europäischen Datenstrategie und wurde von der Kommission am 25. November 2020 vorgestellt. Im November 2021 einigten sich die Verhandlungsführer von Rat und Parlament auf einen Verordnungstext. Dieser wurde jetzt vom Parlament mit 501 gegen 12 Stimmen bei 40 Enthaltungen angenommen. Der Rat muss jetzt noch formell zustimmen.

**Entscheidung des Europaparlamentes:**  
[www.europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu)  
>Aktuelles > Schlagzeilen

**Die europäische Datenstrategie:**  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)  
> Strategie > Priorities 2019-2024 > Ein Europa für das digitale Zeitalter  
> Europas digitale Dekade: digitale Ziele für 2030



### EU-Behörden gegen vierte Corona-Impfung für alle

14.04.22 (ams). Aus Sicht der EU-Arzneimittelagentur (EMA) ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine vierte Corona-Impfung für alle Bürger nicht notwendig. Das teilte die Behörde am 7. April nach Beratungen mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Covid-19-Taskforce der EU-Kommission mit. In der EU gebe es derzeit „keine eindeutigen Beweise dafür, dass der Impfschutz gegen schwere Erkrankungen bei Erwachsenen mit normalem Immunsystem im Alter von 60 bis 79 Jahren erheblich nachlässt“. Es sei deshalb noch zu früh, „die Verwendung einer vierten Dosis mRNA-Covid-19-Impfstoffe (Comirnaty von Pfizer und Spikevax von Moderna) in der Allgemeinbevölkerung in Betracht zu ziehen“. EMA und ECDC betonten jedoch, dass eine zweite Auffrischimpfung für Menschen ab 80 Jahren wegen des Risikos für schwere Erkrankungen in dieser Altersgruppe empfehlenswert sei. Der deutsche Gesundheitsminister Karl Lauterbach hatte sich bei der Sitzung des EU-Ministerrates für Beschäftigung, Sozialpolitik,



Gesundheit und Verbraucherschutz (EPSCO) für eine vierte Corona-Impfung für alle Menschen ab 60 stark gemacht. Die Mitgliedsländer wollen in dieser Frage einheitlich vorgehen und hatten dazu die Empfehlung der EU ihrer Gesundheitsbehörden abgewartet.

Presseinfo von EMA und ECDC:  
[www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu) > News & events

---

EPSCO-Sitzung am 29.03.22:  
[www.consilium.europa.eu](http://www.consilium.europa.eu) > Tagungen

---



Zahl des Monats

## 105.006 Menschen ...

06.04.22 (ams) ... haben sich bis Ende 2021 für eine Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann entschieden. Das teilte das Statistische Bundesamt (Destatis) mit. Seit zwei Jahren ist in Deutschland die Ausbildung in diesem neuen Beruf möglich. Trotz Pandemie ist laut Destatis das Interesse daran gestiegen. Demnach begannen 2021 insgesamt 61.458 Frauen und Männer eine Ausbildung: sieben Prozent mehr als 2020. Damals hatten 57.294 Auszubildende diesen Beruf gewählt, von denen bis Ende 2020 noch 53.610 in Ausbildung waren. Ebenso wie bei den Vorläuferausbildungen hätten vor allem Frauen den Ausbildungsberuf gewählt, geht aus der Datenerhebung hervor. Fast drei Viertel der Auszubildenden, die 2021 starteten, waren demnach weiblich (74 Prozent beziehungsweise 45.750).

Mit Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes wurden in der Ausbildung die bis dahin getrennten Ausbildungen in den Berufen Krankenpflege, Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege zu dem neuen Berufsbild Pflegefachfrau und -mann zusammengeführt.

Das Pflegeberufgesetz:  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Service > Begriffe von A-Z > P



## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Telefonische Krankschreibung bis Ende Mai verlängert

Vertragsärzte können ihre Patienten noch bis Ende Mai 2022 telefonisch krank schreiben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die dafür nötige Corona-Sonderregelung um zwei weitere Monate verlängert. Patienten mit leichten Atemwegserkrankungen können damit wie bisher telefonisch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für bis zu sieben Kalendertage sowie weitere sieben Folgetage erhalten. Die niedergelassenen Ärzte müssen sich dabei persönlich vom Zustand der Versicherten durch eingehende telefonische Befragung überzeugen. Auch im Bereich Entlassmanagement können Krankenhausärzte noch bis 31. Mai 2022 Verordnungen flexibler ausstellen. In anderen Fällen, wie Folgeverordnungen von Heilmitteln oder häuslicher Krankenpflege, hat der GBA dagegen entschieden, seit Anfang April zu den regulären Richtlinienregelungen zurückzukehren. Eine Verlängerung der Verordnung nach telefonischer Konsultation ist dann nicht mehr möglich. Auch für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen sind die Sonderregelungen Ende März ausgelaufen. Die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten können aber bis zum Ablauf von drei Monaten bis Ende Juni überschritten werden.

### Zweitmeinung bei bestimmten Eingriffen am Herzen

Patienten mit Herzrhythmusstörungen, denen eine elektrophysiologische Herzkatheteruntersuchung oder eine Verödung von Herzgewebe empfohlen wird, haben künftig Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung. Unabhängige Fachärzte, die für die Eingriffe, die Einschätzung der medizinischen Behandlungsempfehlung sowie für alternative Vorgehensweisen besonders qualifiziert sind, prüfen dann, ob die geplante Untersuchung beziehungsweise Behandlung auch aus ihrer Sicht medizinisch notwendig ist. Außerdem beraten sie die Versicherten zu möglichen Alternativen, da jeder Eingriff mit Risiken einhergeht. Herzrhythmusstörungen können durch unterschiedliche Herzerkrankungen verursacht werden. Elektrophysiologische Herzkatheteruntersuchungen und Verödungen am Herzgewebe werden eingesetzt, um die Ursache genauer abzuklären und gegebenenfalls über diesen Weg zu behandeln. Bei der Untersuchung wird über spezielle Katheter die elektrische Herzaktivität an verschiedenen Stellen des Herzens gemessen. Basierend auf den Ergebnissen kann dann versucht werden, durch eine gezielte Verödung von Herzgewebe die Rhythmusstörung zu beheben oder den Rhythmus zu verbessern. Es werden sowohl isolierte Untersuchungen als auch Kombinationseingriffe mit Untersuchungen und unmittelbarer Behandlung durchgeführt.

### Telekonsile für Corona-Intensiv-Patienten

Die Spezialisten in Herz- und Lungenzentren können ihr Wissen über die Behandlung von Covid-19-infizierten Intensivpatienten nun per Videokonferenz an andere Kliniken weitergeben. Dafür hat der GBA seine Zentrums-Regelungen ergänzt. So sollen allgemeine Krankenhäuser stärker von der Expertise profitieren, die Herz- und Lungenzentren bei der intensivmedizinischen Versorgung von Covid-19-Patienten erworben haben. Bisher waren telemedizinische Konsile nur im Rahmen von coronabedingten Sonderregelungen vorgesehen. Um die Leistung anbieten oder in Anspruch nehmen zu können, müssen alle beteiligten Kliniken Qualitätsanforderungen erfüllen. So haben die Einrichtungen eine hochauflösende und jederzeit durchführbare Audio- und Videoübertragung in Echtzeit zu gewährleisten. Parallel zur digitalen Konferenz müssen die Teilnehmer Zugriff auf die Originaldaten haben – inklusive der aktuellen Bildgebung der Patienten. So sollen die Empfehlungen für Diagnostik und Therapie nicht nur ausgetauscht, sondern auch in der elektronischen Patientenakte dokumentiert werden können. Um andere Häuser zu beraten, müssen die Spezialkliniken außerdem mindestens 50 Covid-19-Patienten pro Jahr intensivmedizinisch behandeln.

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



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Seit Ende März gelten die Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes. Demnach endete die Maskenpflicht in Supermärkten und Schulen als bundesweite Basis-Schutzmaßnahme spätestens am 2. April. Nur in Hotspots dürfen die Länder sie noch anordnen. Gleiches gilt für die 2G- und 3G-Regel. Bisher hatten sich mit Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern lediglich zwei Bundesländer flächendeckend zu Hotspots erklärt. Konkrete Gesetzesprojekte jenseits pandemiebedingter Verordnungen liegen weiterhin noch nicht vor. Der AOK-Medienservice (ams) dokumentiert stattdessen das Kapitel „Gesundheit und Pflege“ im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Die wichtigsten Reformgesetze der vergangenen 32 Jahre gibt es im Internet: [www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de)

„Alle Menschen in Deutschland sollen gut versorgt und gepflegt werden – in der Stadt und auf dem Land. Wir wollen einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik und ziehen Lehren aus der Pandemie, die uns die Verletzlichkeit unseres Gesundheitswesens vor Augen geführt hat. Wir sorgen für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und eine menschliche und qualitativ hochwertige Medizin und Pflege. Wir verbessern die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe und Pflegekräfte. Wir ermöglichen Innovationen und treiben die Digitalisierung voran. Grundlage für all dies ist eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege.

### Pflege

Die Pflegekräfte in Deutschland erbringen während der Pandemie eine herausragende Leistung. In der aktuell sehr herausfordernden Situation in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wollen wir diesen Einsatz anerkennen. Der Bund wird hierfür eine Milliarde Euro zur Verfügung stellen. Dazu werden wir die Steuerfreiheit des Pflegebonus auf 3.000 Euro anheben.

Wir werden in der stationären Pflege die Eigenanteile begrenzen und planbar machen. Die zum 1. Januar 2022 in Kraft tretende Regelung zu prozentualen Zuschüssen zu den Eigenanteilen werden wir beobachten und prüfen, wie der Eigenanteil weiter abgesenkt werden kann. Die Ausbildungskostenumlage werden wir aus den Eigenanteilen herausnehmen und versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln finanzieren, sowie die Behandlungspflege in der stationären Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen und pauschal ausgleichen. Den Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) heben wir moderat an.

Wir ergänzen das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) um innovative quartiernahe Wohnformen und ermöglichen deren Förderung gemeinsam mit Bund, Ländern und Kommunen. Bei der pflegerischen Versorgung vor Ort räumen wir den Kommunen im Rahmen der Versorgungsverträge verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten ein. Wir unter-

stützen den bedarfsgerechten Ausbau der Tages- und Nachtpflege sowie insbesondere der solitären Kurzzeitpflege.

Leistungen wie die Kurzzeit- und Verhinderungspflege fassen wir in einem unbürokratischen, transparenten und flexiblen Entlastungsbudget mit Nachweispflicht zusammen, um die häusliche Pflege zu stärken und auch Familien von Kindern mit Behinderung einzubeziehen.

Wir dynamisieren das Pflegegeld ab 2022 regelhaft. Wir entwickeln die Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetze weiter und ermöglichen pflegenden Angehörigen und Nahestehenden mehr Zeitsouveränität, auch durch eine Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten.

Wir prüfen, die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung zu ergänzen, die die Übernahme der vollständigen Pflegekosten umfassend absichert. Eine Expertenkommission soll bis 2023 konkrete Vorschläge vorlegen, die generationengerecht sind. Der privaten Pflegeversicherung würden wir vergleichbare Möglichkeiten geben.

Bei der intensivpflegerischen Versorgung muss die freie Wahl des Wohnorts erhalten bleiben. Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) soll darauf hin evaluiert und nötigenfalls nachgesteuert werden. Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich.

Der Dramatik der Situation in der Pflege begegnen wir mit Maßnahmen, die schnell und spürbar die Arbeitsbedingungen verbessern. Kurzfristig führen wir zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein. In der stationären Langzeitpflege beschleunigen wir den Ausbau der Personalbemessungsverfahren. Insbesondere dort verbessern wir Löhne und Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte mit dem Ziel, die Gehaltslücke zwischen Kranken- und Altenpflege zu schließen. Wir wollen den Pflegeberuf attraktiver machen, etwa mit Steuerbefreiung von Zuschlägen, durch die Abschaffung geteilter Dienste, die Einführung tragereigener Springerpools und einen Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten für Menschen mit betreuungspflichtigen Kindern.

Wir harmonisieren die Ausbildungen u. a. durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für Pflegeassistenten, Hebammenassistenten und Rettungssanitären und sorgen für eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern. Die akademische Pflegeausbildung stärken wir gemeinsam mit den Ländern. Dort, wo Pflegefachkräfte in Ausbildung oder Studium bisher keine Ausbildungsvergütung erhalten, schließen wir Regelungslücken. Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u. a. das neue Berufsbild der „Community Health Nurse“.

Wir bringen ein allgemeines Heilberufegesetz auf den Weg und entwickeln das elektronische Gesundheitsberuferegister weiter. Wir machen Schmerzmittel im Betäubungsmittelgesetz für Gesundheitsberufe delegationsfähig. Wir bringen ein Modellprojekt zum Direktzugang für therapeutische Berufe auf den Weg.

Wir vereinfachen und beschleunigen die notwendige Gewinnung von ausländischen Fachkräften und die Anerkennung von im Ausland erworbener Berufsabschlüsse.

Mit einer bundesweiten Befragung aller professionell Pflegenden wollen wir Erkenntnisse darüber erlangen, wie die Selbstverwaltung der Pflege in Zukunft organisiert werden kann. Wir stärken den Deutschen Pflegerat als Stimme der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen Gremien und unterstützen ihn finanziell bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben.

### **Aus- und Weiterbildung in Gesundheit und Pflege**

Im Rahmen der Reform der Krankenhausvergütung werden Mittel für Weiterbildung in den Fallpauschalen künftig nur an die Kliniken anteilig ausgezahlt, die weiterbilden. Wir aktualisieren das Konzept zur Fortentwicklung der Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten, um auch medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche leichter verfügbar zu machen. Wir implementieren die Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe sowie in Fort- und Weiterentwicklung. Die Pflegeausbildung soll in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Rehabilitation ermöglicht werden, soweit diese die Voraussetzungen erfüllen. Die Approbationsordnung wird mehr auf Digitalisierung, Ambulantisierung, Spezialisierung, Individualisierung und berufsgruppenübergreifende Kooperation ausgerichtet.

### **Öffentlicher Gesundheitsdienst**

Als Lehre aus der Pandemie bedarf es eines gestärkten Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), der im Zusammenspiel zwischen Bund, Ländern und Kommunen sichergestellt wird. Wir verlängern beim Pakt für den ÖGD die Einstellungsfristen und appellieren an die Sozialpartner, einen eigenständigen Tarifvertrag zu schaffen. Auf der Grundlage des Zwischenberichts stellen wir die notwendigen Mittel für einen dauerhaft funktionsfähigen ÖGD bereit. Mit einem Gesundheitssicherstellungsgesetz stellen wir insbesondere die effiziente und dezentrale Bevorratung von Arzneimittel- und Medizinprodukten sowie regelmäßige Ernstfallübungen für das Personal für Gesundheitskrisen sicher. Zur weiteren Erforschung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung rund um die Langzeitfolgen von Covid-19 sowie für das chronische Fatigue-Syndrom (ME/CFS) schaffen wir ein deutschlandweites Netzwerk von Kompetenzzentren und interdisziplinären Ambulanzen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geht in einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit auf, in dem die Aktivitäten im Public-Health Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt sind. Das RKI soll in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsgebunden sein.

### Digitalisierung im Gesundheitswesen

In einer regelmäßig fortgeschriebenen Digitalisierungsstrategie im Gesundheitswesen und in der Pflege legen wir einen besonderen Fokus auf die Lösung von Versorgungsproblemen und die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer. In der Pflege werden wir die Digitalisierung u. a. zur Entlastung bei der Dokumentation, zur Förderung sozialer Teilhabe und für therapeutische Anwendungen nutzen. Wir ermöglichen regelhaft telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung.

Wir beschleunigen die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezeptes sowie deren nutzenbringende Anwendung und binden beschleunigt sämtliche Akteure an die Telematikinfrastruktur an. Alle Versicherten bekommen DSGVO-konform eine ePA zur Verfügung gestellt; ihre Nutzung ist freiwillig (opt-out). Die gematik bauen wir zu einer digitalen Gesundheitsagentur aus. Zudem bringen wir ein Registergesetz und ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz zur besseren wissenschaftlichen Nutzung in Einklang mit der DSGVO auf den Weg und bauen eine dezentrale Forschungsdateninfrastruktur auf.

Wir überprüfen das SGB V und weitere Normen hinsichtlich durch technischen Fortschritt überholter Dokumentationspflichten. Durch ein Bürokratieabbaupaket bauen wir Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten ab. Die Belastungen durch Bürokratie und Berichtspflichten jenseits gesetzlicher Regelungen werden kenntlich gemacht. Wir verstetigen die Verfahrenserleichterungen, die sich in der Pandemie bewährt haben. Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen wird im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V.

### Gesundheitsförderung

Wir entwickeln das Präventionsgesetz weiter und stärken die Primär- und Sekundärprävention. Dem Leitgedanken von Vorsorge und Prävention folgend stellen wir uns der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zielgruppenspezifisch und umfassend. Wir unterstützen die Krankenkassen und andere Akteure dabei, sich gemeinsam aktiv für die Gesunderhaltung aller einzusetzen. Wir schaffen einen Nationalen Präventionsplan sowie konkrete Maßnahmenpakete z.B. zu den Themen Alterszahn-gesundheit, Diabetes, Einsamkeit, Suizid, Wiederbelebung und Vorbeugung von klima- und umweltbedingten Gesundheitsschäden. Zu Gunsten verstärkter Prävention und Gesundheitsförderung reduzieren wir die Möglichkeiten der Krankenkassen, Beitragsmittel für Werbemaßnahmen und Werbegeschenke zu verwenden.

### Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung

Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um. Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergü-



tungsstrukturen. Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z. B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention. Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindefachkräften und Gesundheitslotsen aus. Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.

Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf und regeln den Leistungsumfang der Bergrettung sowie die Verantwortung für Wasserrettung jenseits der Küstengewässer.

Wir stellen gemeinsam mit den KVen die Versorgung in unterversorgten Regionen sicher. Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf. Die Gründung von kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren und deren Zweigpraxen erleichtern wir und bauen bürokratische Hürden ab. Entscheidungen des Zulassungsausschusses müssen künftig durch die zuständige Landesbehörde bestätigt werden.

Die Arzneimittelversorgung durch Apotheken an integrierten Notfallzentren in unterversorgten Gebieten verbessern wir durch flexiblere Vorgaben in der Apothekenbetriebsordnung. Wir entwickeln den Nacht- und Notdienstfonds zu einem Sicherstellungsfonds weiter und schaffen eine Verordnungsfähigkeit für Notfallbotendienste in der ambulanten Notfallversorgung. Wir novellieren das „Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken“, um pharmazeutische Dienstleistungen besser zu honorieren und Effizienzgewinne innerhalb des Finanzierungssystems zu nutzen.

Wir setzen das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ mit einem Aktionsplan um. Wir evaluieren mögliche Fehlanreize rund um Spontangeburt und Kaiserschnitte und führen einen Personalschlüssel für eine 1:1-Betreuung durch Hebammen während wesentlicher Phasen der Geburt ein. Wir stärken den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle und schaffen die Möglichkeit und Vergütung zur ambulanten, aufsuchenden Geburtsvor- und -nachsorge für angestellte Hebammen an Kliniken.

Für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erarbeiten wir mit den Beteiligten bis Ende 2022 einen Aktionsplan, stärken die Versorgung schwerstbehinderter Kinder und entlasten ihre Familien von Bürokratie. Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sowie die Sozialpädiatrischen Zentren bauen wir in allen Bundesländern aus.

Wir berücksichtigen geschlechtsbezogene Unterschiede in der Versorgung, bei Gesundheitsförderung und Prävention und in der Forschung und bauen Diskriminierungen und Zugangsbarrieren ab. Die Gendermedizin wird Teil des Medizinstudiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe werden.

Wir stärken die paritätische Beteiligung von Frauen in den Führungsgremien der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie ihrer Spitzenverbände auf Bundesebene sowie der gesetzlichen Krankenkassen.

Wir starten eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Wir reformieren die psychotherapeutische Bedarfsplanung, um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder- und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten deutlich zu reduzieren. Wir verbessern die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen und stellen den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicher. Die Kapazitäten bauen wir bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert aus. Im stationären Bereich sorgen wir für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung und eine bedarfsgerechte Personalausstattung. Die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung bauen wir flächendeckend aus.

## Krankenhausplanung und -finanzierung

Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.

## Rechte von Patientinnen und Patienten

Die Unabhängige Patientenberatung (UPD) überführen wir in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen.

Mit einer Reform des G-BA beschleunigen wir die Entscheidungen der Selbstverwaltung, stärken die Patientenvertretung und räumen der Pflege und anderen Gesundheitsberufen weitere Mitsprachemöglichkeiten ein, sobald sie betroffen sind. Der Innovationsfonds wird verstetigt. Für erfolgreiche geförderte Projekte, wie die der Patientenlotsen werden wir einen Pfad vorgeben, wie diese in die Regelversorgung überführt werden können.

Bei Behandlungsfehlern stärken wir die Stellung der Patientinnen und Patienten im bestehenden Haftungssystem. Ein Härtefallfonds mit gedeckelten Ansprüchen wird eingeführt.

### Versorgung mit Arzneimitteln und Impfstoffen

Wir stellen die Versorgung mit innovativen Arzneimitteln und Impfstoffen sicher. Die Engpässe in der Versorgung bekämpfen wir entschieden. Wir ergreifen Maßnahmen, um die Herstellung von Arzneimitteln inklusive der Wirk- und Hilfsstoffproduktion nach Deutschland oder in die EU zurück zu verlagern. Dazu gehören der Abbau von Bürokratie, die Prüfung von Investitionsbezuschussungen für Produktionsstätten, sowie die Prüfung von Zuschüssen zur Gewährung der Versorgungssicherheit. Um Interessenkonflikte zu vermeiden, schaffen wir mehr Transparenz über finanzielle Zuwendungen an Leistungs- und Hilfsmittelerbringer.

### Drogenpolitik

Wir führen die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften ein. Dadurch wird die Qualität kontrolliert, die Weitergabe verunreinigter Substanzen verhindert und der Jugendschutz gewährleistet. Das Gesetz evaluieren wir nach vier Jahren auf gesellschaftliche Auswirkungen. Modelle zum Drugchecking und Maßnahmen der Schadensminderung ermöglichen und bauen wir aus.

Bei der Alkohol- und Nikotinprävention setzen wir auf verstärkte Aufklärung mit besonderem Fokus auf Kinder, Jugendliche und schwangere Frauen. Wir verschärfen die Regelungen für Marketing und Sponsoring bei Alkohol, Nikotin und Cannabis. Wir messen Regelungen immer wieder an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und richten daran Maßnahmen zum Gesundheitsschutz aus.

### Gesundheitsfinanzierung

Wir bekennen uns zu einer stabilen und verlässlichen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Den Bundeszuschuss zur GKV dynamisieren wir regelhaft. Wir finanzieren höhere Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln. Wir behalten das bestehende Preismoratorium bei. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) entwickeln wir weiter. Wir stärken die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise. Der verhandelte Erstattungspreis gilt ab dem siebten Monat nach Markteintritt.

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen ihre Service- und Versorgungsqualität zukünftig anhand von einheitlichen Mindestkriterien offenlegen. Sie erhalten verstärkt die Möglichkeit, ihren Versicherten auch monetäre Boni für die Teilnahme an Präventionsprogrammen zu gewähren. Für Kinder und Jugendliche in der PKV soll zukünftig das Prinzip der Direktabrechnung gelten.

Wir werden für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus, wie insbesondere Wohnungslose, den Zugang zur Krankenversicherung und zur Versorgung prüfen und im Sinne der Betroffenen klären.“

Der vollständige Koalitionsvertrag zum Download:  
[www.spd.de](http://www.spd.de) > Koalitionsvertrag 2021-2025

---



## Kurzmeldungen

### Physio- und Ernährungstherapie per Video

06.04.22 (ams). In zwei Bereichen der Heilmittelversorgung werden Sonderregelungen aus der Corona-Pandemie in die Regelversorgung überführt. So soll es sowohl in der Physiotherapie als auch Ernährungstherapie wieder die Möglichkeit zur Videobehandlung geben. Darauf einigten sich der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die jeweiligen Berufsverbände. „Patientinnen und Patienten haben also Gewissheit, dass ihre Behandlung wie gewohnt weitergehen kann“, sagte Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband.

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



### Corona-Erfahrungen für kluge Klinikreform nutzen

05.04.22 (ams). Knapp zwei Drittel der schwer erkrankten Covid-19 Patienten in Deutschland wurde in einem Viertel der Kliniken versorgt, aber andererseits haben sehr viele Kliniken auch nur einzelne Fälle behandelt. Das ist ein zentrales Ergebnis des Krankenhaus-Reports 2022 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). „Gerade ein herausforderndes Krankheitsbild wie Covid-19 braucht eine Versorgung durch spezialisierte und routinierte Behandlungsteams an gut ausgestatteten Kliniken“, bilanzierte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann. Die Pandemie zeige erneut, wie dringlich eine Klinikreform sei, die Spezialisierung, Kooperation und Zentrenbildung fördere.

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



### Sterberisiko für Pflegeheimbewohner weiterhin hoch

24.03.22 (ams). Deutlich über die Hälfte der Pflegeheimbewohner, die im Zusammenhang mit Covid-19 ins Krankenhaus mussten, sind binnen 90 Tagen gestorben. Das zeigt eine gemeinsame Analyse des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Berliner Charité und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Im bisherigen Pandemieverlauf lag das Sterberisiko dieser Patientengruppe demnach bei 58 Prozent.

Weitere Informationen:  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Aktuelles > Sterberisiko von Pflegeheimbewohnern



**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:

---

---

---

---