



AOK-MEDIENSERVICE

INFORMATIONEN DES AOK-BUNDESVERBANDES WWW.AOK-PRESSE.DE

05/21

POLITIK

 @AOK_Politik

ams-Interview mit Frank Firsching (AOK Bayern) und Sven Nobereit (AOK PLUS)

- **Pflegereform: Versorgung und Belastung aller gleichermaßen im Blick haben** 2

ams-Grafik I: Pflege

- **Große regionale Unterschiede bei Eigenanteilen** 5

ams-Interview mit Katrin Krämer (AOK-Bundesverband)

- **Rahmen für „Apps auf Rezept“ steht: Zeit, dass die Verhandlungen beginnen** 6

ams-Grafik II: Covid-19

- **Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausfälle** 9

EU-Ticker

- **EU-Millionen für neue Covid-19-Therapeutika** 10

Zahl des Monats

- **409.121 Ärztinnen und Ärzte ...** 13

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 14

- **Gesetzgebungskalender** 16

- **Kurzmeldungen** 21



ams-Interview mit Frank Firsching und Sven Nobereit

Pflegereform: Versorgung und Belastung aller gleichermaßen im Blick haben

19.05.21 (ams). Zum Ende der Wahlperiode kommt offensichtlich doch noch einmal Bewegung in die festgefahrene Reform der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Das Bundesgesundheitsministerium arbeitet an zwei Änderungsanträgen zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG). Der eine regelt die Deckelung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Der andere sieht vor, dass künftig Pflegeeinrichtungen und -dienste nur dann aus der SPV vergütet werden, wenn sie ihren Beschäftigten Tariflöhne zahlen. Die AOK-Gemeinschaft hatte bereits Mitte März ein „Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflege 2030“ vorgelegt. Im Gespräch mit dem AOK-Medienservice (ams) äußern sich Frank Firsching, Versichertenvertreter der AOK Bayern, und Sven Nobereit, Arbeitgebervertreter der AOK PLUS, zu notwendigen Reformschritten und langfristigen Konzepten.

Die Pflegeversicherung schien abgesagt. Jetzt zeichnet sich dann doch ein wenig Bewegung ab. Reicht Ihnen das?

Firsching: Die Frage der Eigenanteile und der Tarifbindung sind sicherlich wichtige Elemente einer dringend notwendigen Reform. Aber das allein wird nicht reichen. Es ist traurig, dass die Politik in den vergangenen Jahren es nicht geschafft hat, eine Pflegereform auf den Weg zu bringen, die perspektivisch für die nächsten zehn Jahre sowohl finanziell die zu Pflegenden absichert als auch die Pflegequalität in den Blick nimmt.

Nobereit: Mein Standpunkt ist: lieber eine gut gemachte Reform als unter Zeitdruck eine schlechte. Zwei einzelne – zudem sehr umstrittene – Punkte kurz vor der Wahl herauszugreifen, wird den strukturellen Problemen nicht gerecht. Über die Frage der Tarifbindung etwa müssen die Arbeitgeber und die Beschäftigten entscheiden – und nicht der Staat.

Im Herbst wird gewählt. Wie lautet Ihr Auftrag an eine neue Bundesregierung für eine umfassende Reform?

Nobereit: Ich bin der Meinung, man sollte sich für die zentralen, wichtigen Themen auch Zeit nehmen. Nämlich, dass wir die Versorgung in den Mittelpunkt stellen. Da würde ich mich an dieser Stelle nicht unter einen bestimmten Zeitdruck setzen. Unbeantwortet ist nach wie vor die Frage einer nachhaltigen Finanzierung.

Firsching: Die neue Bundesregierung ist aber dennoch gut beraten, dieses Thema mit höchster Priorität zu behandeln. Tarifbindung allein wird den Pflegefachkräftemangel – manche sagen Notstand – nicht beseitigen. Und die Deckelung der Eigenanteile ist nur ein Baustein, um Versicherte, die pflegebedürftig sind, finanziell zu entlasten. Selbstverständlich, da bin bei Sven Nobereit, wollen wir, dass am Ende ein gutes Gesetz steht, das die Versorgung und auch die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen in den Blick nimmt.



Die AOK-Gemeinschaft hat bereits ein umfassendes „Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflege 2030“ vorgelegt. Was sind für Sie die wichtigsten Eckpunkte?

Firsching: Wichtig ist für uns, dass Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter sich hinsichtlich der Dynamisierung der Leistungen der Pflegekassen einig sind, also der Koppelung an die Lohn- und Gehaltsentwicklung, ähnlich wie wir das von der Rente kennen. Uns ist ebenso wichtig, dass die Beratungsverpflichtung der Kassen seitens des Gesetzgebers gestärkt wird und dass die Pflegekassen auch im Versorgungsgeschehen einen höheren Stellenwert bekommen.

Nobereit: Wir sind als AOK angetreten mit dem Anspruch, Lotse für unsere Versicherten, für unsere Kunden zu sein, und das setzen wir mit unserem Grundsatzpapier auch in der Pflege so fort. Die AOK versichert im Bundesdurchschnitt mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen. In meinem Bundesland Thüringen oder in Sachsen und Sachsen-Anhalt sind es sogar drei Viertel. Das heißt, wir haben eine hohe Verantwortung für deren Versorgung. Wir nehmen ja nicht nur die Pflegebedürftigen an die Hand, sondern arbeiten mit den Pflegeeinrichtungen zusammen und begleiten auch die pflegenden Angehörigen, den größten Pflegedienst Deutschlands übrigens. Hier sorgen wir auch für die Qualitätssicherung durch Hilfs- und Beratungsangebote: damit wir diejenigen, die nicht professionell pflegen, in die Lage versetzen, qualitativ hochwertige Pflege zu organisieren.

Wo kann eine Pflegekasse und wo können Sie als Soziale Selbstverwaltung hier Ihren ganz eigenen Beitrag leisten?

Firsching: Die Palette ist da breit. Das kann zum Beispiel mittels persönlicher Beratung erfolgen, aber auch mit Instrumenten im Internet. Viele AOKs bieten Online-Pflegekurse. Da wird etwa erklärt, wie ein pflegebedürftiger Mann, eine pflegebedürftige Frau rücken-schonend gehoben und bewegt wird. Es gibt digitale und analoge Programme, die den Angehörigen helfen, ihre Pflegeleistung daheim besser zu organisieren. Diese Themen forciert die Selbstverwaltung und verlangt auch von ihrer Kasse, von ihren Vorständen die Umsetzung solcher Maßnahmen.

Eine Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen hat jüngst zu Tage gefördert, dass 93 Prozent der Menschen in Deutschland steigende Pflegebeiträge in den nächsten fünf Jahren fürchten. Teilen Sie diese Sorge?

Nobereit: Wir setzen uns dafür ein, dass die Gesamtsozialversicherungsbeiträge nicht über die 40 Prozent steigen. Und zu diesen 40 Prozent gehören eben auch die Beiträge zur Pflegeversicherung. Die Finanzierungslücke ist auch dadurch entstanden, dass Kommunen und Länder ihren Finanzierungsverpflichtungen nicht nachkommen. Die Lücke kann und darf nicht einfach durch unsere Beiträge geschlossen werden.

Firsching: Der Staat steht in der Tat in der Pflicht, die Pflege als Bestandteil der Daseinsvorsorge auszustatten. Da gibt es ganz einfach Bereiche, in denen allgemeine Leistungen aus der Pflegeversicherung finanziert werden, beispielsweise die 3,2 Milliarden Euro für die Rentenversicherung, um die Rentenansprüche pflegender Angehöriger für ihre Pflegeleistung abzusichern. Das sind ganz klar versicherungsfremde Leistungen, die vom Staat finanziert werden müssen, aber aktuell von uns übernommen werden. Gleiches gilt für die Investitionskosten in Pflegeheimen: Da sprechen wir von 5,5 Milliarden Euro im Jahr. Aktuell



ist es so, dass den Neubau von Pflegeheimen letztlich diejenigen bezahlen, die in den Pflegeheimen wohnen.

Geld ist die eine Seite und eine angemessene und anerkennende Vergütung macht Berufe attraktiv. Aber das ist es ja nicht allein. Warum sollten sich junge Menschen aus Ihrer Sicht unbedingt für einen so schweren und schwierigen Beruf wie den einer Pflegekraft entscheiden, wo es doch „so viel angenehmere“ Alternativen gibt?

Firsching: Wer soziale Berufe ausübt, tut Gutes an der Gesellschaft. Natürlich ist es eher eine Berufung als ein Beruf, für die nicht jeder geschaffen ist. Aber diejenigen, die diese Berufe ausüben wollen, die sollen solche Unterstützung erfahren, dass sie das körperlich, seelisch und geistig leisten können, und dafür die entsprechenden Arbeitsbedingungen vorfinden.

Nobereit: Mein Spruch wäre „Pflege, das macht Sinn!“ Pflege ist ja mehr als „satt und sauber“. Pflege ist – ich weiß das auch aus meinem Verwandten- und Bekanntenkreis – ein sehr sinnstiftender Job. Die Menschen gehen gerne zur Arbeit, weil sie mit anderen Menschen zu tun haben. Natürlich ist das auch Stress. Körperlich und seelisch ist dieser Job herausfordernd. Aber es ist eben auch ein schöner Beruf. Wir erleben das im Übrigen auch bei den Ausbildungszahlen. Immer mehr junge Menschen möchten den Beruf eines Pflegers oder einer Pflegerin ergreifen. Das ist doch ein erfreuliches Signal und darauf sollten wir aufbauen.

**DAS POSITIONSPAPIER ZUR WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGE
UND WEITERE POSITIONSPAPIERE DER AOK**

www.aok-bv.de >Positionen

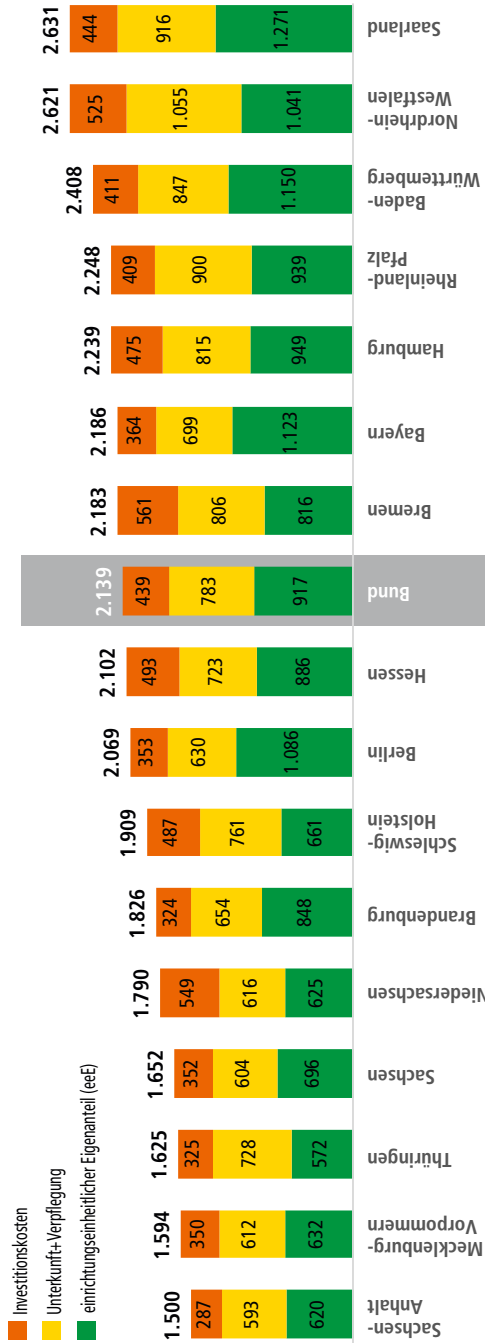




Pflege: Große regionale Unterschiede bei Eigenanteilen

ams Politik 05/21

Monatliche Belastung eines Pflegebedürftigen in stationärer Pflege (in Euro). Stand: 1. April 2021.



Quelle: AOK-Pflegenavigator, Kostenangaben inklusive Ausbildungs-kosten und eeG gewichtet nach Anzahl der Bewohner der jeweiligen Einrichtung; Grafik: AOK-Mediendienst

Im Bundesdurchschnitt liegt der Eigenanteil für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen ab Pflegegrad zwei aktuell bei 2139 Euro monatlich (Stand: 1. April 2021). Das sind etwa 300 Euro oder gut 16 Prozent mehr als noch zu Jahresbeginn 2019. Mit 1.222 Euro fließen 57,1 Prozent davon in Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Lediglich 917 Euro (42,9 Prozent) entfallen auf rein pflegerische Leistungen, den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EE). Die regionalen Unterschiede sind zum Teil erheblich.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden: www.aok-bv.de > Presse > AOK-Bilderservice: Pflege



ams-Interview mit Katrin Krämer, Leiterin der Abteilung Versorgungsmanagement

Rahmen für „Apps auf Rezept“ steht: Zeit, dass die Verhandlungen beginnen

23.04.21 (ams). Seit Mitte 2020 hat der GKV-Spitzenverband mit Vertretern der Hersteller von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) über eine Rahmenvereinbarung verhandelt. Sie soll den organisatorischen und inhaltlichen Rahmen für die Verhandlungen zwischen Herstellern und Kassen über die Vergütung der „Apps auf Rezept“ bilden. Im Dezember 2020 wurde die gemeinsame Schiedsstelle um Vermittlung gebeten, da einige Punkte bis zuletzt strittig geblieben sind. Nun gibt es eine Entscheidung über die Rahmenvereinbarung, die das besonders umstrittene Thema „Höchstbeträge“ allerdings ausklammert. „Das hat die nun vorliegende Entscheidung gewiss beschleunigt“, sagt Katrin Krämer, Leiterin der Abteilung Versorgungsmanagement im AOK-Bundesverband. Im Gespräch mit dem AOK-Medienservice (ams) äußert sich Krämer zu den Ergebnissen des Schiedsstellen-Verfahrens und den Plänen des Gesetzgebers, mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG) beim Thema DiGAs nachzubessern.

Frau Krämer, wie bewerten Sie die aktuellen Entscheidungen der gemeinsamen Schiedsstelle?

Krämer: Die Ergebnisse des Schiedsstellen-Verfahrens zur Wirtschaftlichkeit der DiGAs sehen wir positiv. Die Verbände der DiGA-Hersteller haben ja den Standpunkt vertreten, dass die indikationsgerechte Verordnung einer zugelassenen DiGA per se als wirtschaftlich gelten sollte. Die Kassen haben eine derartige Regelung stets abgelehnt. Die Schiedsstelle hat sich in dieser Frage der Position des GKV-Spitzenverbandes angeschlossen. Das Thema der wirtschaftlichen Verordnung muss zwischen Kassen- und Ärztevertretern verhandelt werden, das ist in der DiGA-Rahmenvereinbarung fehl am Platze. Insofern sind wir froh über diese Entscheidung.

In einem anderen Punkt hat sich die Schiedsstelle der Position der Hersteller angeschlossen. Sie betrifft die sogenannten Erprobungs-DiGAs – und damit die Mehrheit der derzeit im BfArM-Verzeichnis gelisteten Anwendungen. Die Preisverhandlungen über diese vorläufig aufgenommenen DiGAs sollen laut der Entscheidung nicht im ersten Jahr, sondern erst nach der Erprobung und der finalen Aufnahmeentscheidung des BfArM beginnen. Diese Entscheidung war auch vor dem Hintergrund des aktuellen Entwurfs für das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz DVPfMG zu erwarten, aber sie ist nicht unproblematisch. Denn wenn man davon ausgeht, dass der verhandelte Vergütungsbetrag in der Regel niedriger ausfallen wird als der vom Hersteller festgelegte Preis, ergeben sich aufgrund der Gültigkeit des Vergütungsbetrages ab dem 13. Monat womöglich Rückzahlungspflichten der Hersteller an die Krankenkassen. Das wiederum kann zu nicht abgesicherten Ausfallrisiken für die gesetzlichen Krankenkassen führen.



Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz will der Gesetzgeber beim Thema DiGAs nachbessern. Wie steht die AOK dazu?

Krämer: Der Gesetzgeber hat die Etablierung des neuen Leistungsanspruchs bewusst als iterativen Prozess angelegt. Unsere Erwartung war daher, dass er mit dem geplanten neuen Gesetz auf Fehlentwicklungen und Fehlanreize reagiert, die sich nach dem Start der DiGAs gezeigt haben. Das DVPMG nimmt auch erste wichtige Anpassungen vor, die wir in unserer Stellungnahme gefordert haben. Dazu gehört das Verbot von Rechtsgeschäften zur Zuweisung oder Übermittlung von DiGA-Verordnungen. Auch die Einführung eines Zertifizierungsverfahrens zum Nachweis der Datenschutzerfordernungen ist ein wichtiger Fortschritt.

Unsere wichtigsten Anliegen werden im Gesetzentwurf bisher aber nicht adressiert. Wir fordern auch für DiGAs grundsätzlich gleich hohe Anforderungen an den evidenzbasierten Nutzen wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Im Sinne der Patientensicherheit muss ausgeschlossen werden, dass der Schaden einer DiGA für die Patientinnen und Patienten womöglich größer ist als der Nutzen.

Die AOK hat ja von Anfang die Regelungen zu den DiGA-Preisen kritisiert. Was sollte der Gesetzgeber hier ändern?

Krämer: Wir fordern eine grundlegende Reform der Preisbildung bei den DiGAs. Die Erfahrungen aus der Startphase zeigen, dass mehr Wettbewerbs- und Wirtschaftlichkeitsanreize nötig sind. Ein wesentlicher Knackpunkt ist der im ersten Jahr nach Markteinführung und Listung im DiGA-Verzeichnis vom Hersteller selbst festgesetzte Preis. Wenn man die Erfahrungen aus der Arzneimittelversorgung heranzieht, ist zu befürchten, dass dieser „Startpreis“ eine Benchmark für die späteren Vergütungsbehandlungen setzt. Daher fordern wir die Abschaffung der freien Preisfestsetzung durch die Hersteller.

Wenn man nach einer Alternative sucht, lohnt sich der Blick in den DVPMG-Entwurf. Obwohl das Bundesgesundheitsministerium bei den digitalen Pflegeanwendungen grundsätzlich die gleiche Struktur wie bei den DiGAs vorsieht, ist für die DiPAs bereits direkt nach Markteintritt der Einstieg in dreimonatige Preisverhandlungen vorgesehen. Im Ergebnis gilt dann bereits ab Markteinführung und nicht erst ab dem 13. Monat ein Preis, der von beiden Seiten verhandelt worden ist. Das ist eine sinnvolle Weiterentwicklung der Preisbildung, die man auch auf die DiGAs übertragen sollte.

Das Thema „Höchstbeträge“ ist ja in der Schiedsstellen-Entscheidung ausgeklammert worden. Wie bewerten Sie das – und wie geht es jetzt bei diesem Thema weiter?

Krämer: Dass dieses Streitthema ausgeklammert wurde, hat die nun vorliegende Entscheidung gewiss beschleunigt. Das ist gut, denn die ersten DiGAs wurden bereits vor mehr als sechs Monaten gelistet. Es ist nun an der Zeit, dass die Verhandlungen hierzu beginnen, damit der Herstellerpreis bereits mit Beginn des 13. Monats vom verhandelten Vergütungsbetrag abgelöst werden kann.

Mit der Entscheidung der Schiedsstelle sind die Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung zwischen Herstellerverbänden und GKV-Spitzenverband aber noch nicht beendet. Zu dieser Thematik ruht das Schiedsverfahren. Wenn hier keine Einigung auf dem Verhandlungsweg erzielt werden kann, wird auch das Thema Höchstbeträge durch die Unparteiischen festge-



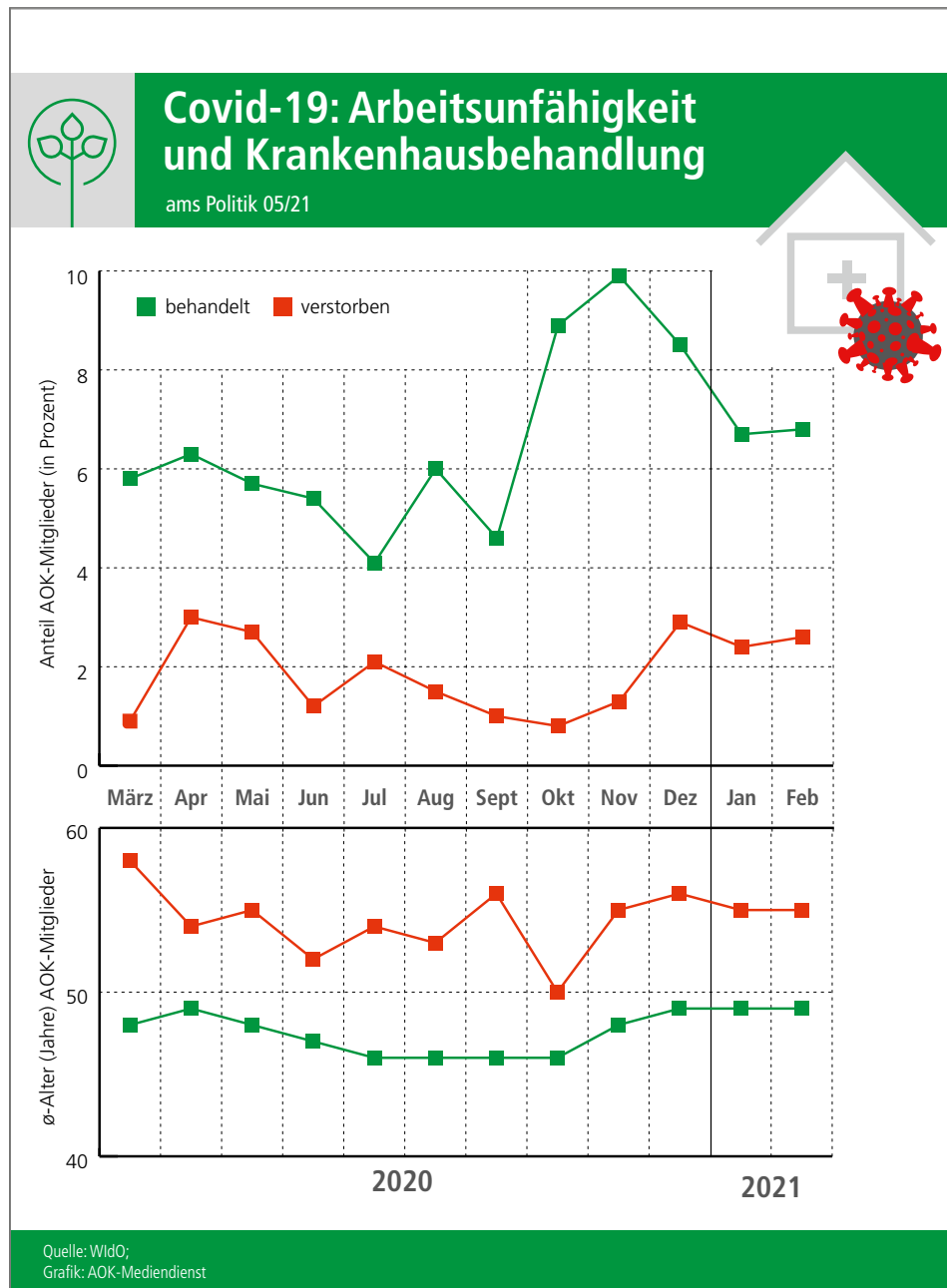
setzt werden müssen. Nach Abschluss der Verhandlungen oder gegebenenfalls des Schiedsverfahrens wird der Rahmenvertrag dann ergänzt.

WEITERE INFORMATIONEN ZUM THEMA „DIGITALISIERUNG“:

www.gg-digital.de > Ausgabe 07-08/20
> Schloss vor die Patientendaten

www.aok-bv.de > AOK-Medienservice > ams-Politik 04/20
> „Apps auf Rezept“: Niedrige Anforderungen noch einmal abgesenkt





Acht Prozent der AOK-versicherten Beschäftigten, die zwischen März 2020 und Februar 2021 wegen einer Covid-19-Diagnose krankgeschrieben waren, wurden im Krankenhaus behandelt. Davon sind 2,6 Prozent dort gestorben. Das Durchschnittsalter lag über den gesamten Zeitraum gesehen bei 48 Jahren, das der im Krankenhaus Verstorbenen 55 Jahren. Die Zahl der Covid-19-Erkrankten im Krankenhaus war im November am höchsten, die der dort Verstorbenen im Dezember. Am niedrigsten war das Durchschnittsalter der im Krankenhaus Verstorbenen mit 50 Jahren im Oktober, am höchsten im März mit 58 Jahren.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-bv.de > Presse > AOK-Bilderservice: Krankenhaus



EU-Ticker

EU-Millionen für neue Covid-19-Therapeutika

20.05.21 (ams). Bis Oktober sollen in der EU drei neue wirksame Covid-19-Therapeutika zugelassen werden, die das Potenzial haben, den Verlauf der Krankheit zu ändern. Bis Ende des Jahres sollen zwei weitere Therapeutika hinzukommen. Das hat EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides am 6. Mai angekündigt. Um dies zu erreichen, will die Kommission für Forschung und Entwicklung, den Ausbau von Produktionskapazitäten und die Verfügbarkeit von Medikamenten mehr als 140 Millionen Euro in die Hand nehmen. Die Covid-19-Therapeutikastrategie solle die EU-Impfstrategie ergänzen, sagte Kommissionsvizepräsident Margaritis Schinas. Derzeit gebe es mit Remdesivir nur ein zugelassenes Arzneimittel zur Covid-19-Behandlung.

Für eine gezielte Förderung will die Kommission bis Juni „ein Portfolio von zehn potenziellen Covid-19-Therapeutika zusammenstellen und (...) die fünf vielversprechendsten darunter ermitteln“. Dabei gehe es insbesondere auch um Arzneimittel zur Behandlung von „Long Covid“. Allein 90 Millionen Euro sollen in „Populationsstudien und klinische Prüfungen“ fließen, um als Grundlage für die Gesundheitspolitik und das klinische Management „Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und Gesundheitsergebnissen zu erkennen“. Mit fünf Millionen Euro will die Kommission eine Bestandsaufnahme von Therapeutika und Diagnostika finanzieren: „zwecks Analyse von Entwicklungsphasen, Produktionskapazitäten und Lieferketten, einschließlich möglicher Engpässe“.

[COVID-19-THERAPEUTIKASTRATEGIE DER EU-KOMMISSION](#)

ec.europa.eu > [Alle Nachrichten](#)



Online-Plattformen gehen gegen irreführende Corona-Infos vor

20.05.21 (ams). Die Online-Anbieter Facebook, Google, Microsoft, Twitter und TikTok berichten der EU-Kommission monatlich, wie sie gegen falsche und irreführende Informationen über Corona-Impfstoffe vorgehen. Danach kennzeichnen TikTok und Twitter Videos und Tweets, wenn diese „unbegründete Gerüchte, strittige Behauptungen sowie unvollständige oder aus dem Zusammenhang gerissene Informationen über Impfstoffe verbreiten“. Google erweitert die Funktion, durch die bei der Suche eine Liste mit zugelassenen Impfstoffen und Statistiken angezeigt wird. Facebook verweist auf Informationen der Weltgesundheitsorganisation, und das von Microsoft betriebene Netzwerk LinkedIn bietet inzwischen eigene Informationen über Impfstoffe und Impfungen an. Die Monatsberichte gehen auf einen im Juni 2020 mit der EU-Kommission vereinbarten freiwilligen Verhaltenskodex der Anbieter zurück. Endgültig sollen die Pflichten der Onlinedienste im EU-Gesetz über digitale Dienste geregelt werden. Dazu hat die Kommission Parlament und Rat am 15. Dezember 2020 einen Vorschlag vorgelegt.

[EU-INFOS ZUM AKTUELLEN MONATSBERICHT](#)

digital-strategy.ec.europa.eu > [Library](#)





EU-KOMMISSION VORSCHLAG FÜR EIN „GESETZ ÜBER DIGITALE DIENSTE“

ec.europa.eu > Was wir tun
> Prioritäten der Europäischen Kommission

BERICHT DES EUROPÄISCHEN AUSWÄRTIGEN DIENSTES ZU COVID-19-DESINFORMATIONEN

euvsdisinfo.eu > News & Analysis



„Grünes Zertifikat“ soll Reisen in der Union erleichtern

20.05.21 (ams). Mit einem digitalen Nachweis über den Covid-19-Impfstatus, Testergebnisse und bereits überstandene Infektionen wollen die EU-Staaten ihren Bürgern in diesem Sommer das Reisen innerhalb der Union ohne zusätzliche Tests oder Quarantäne-regeln erleichtern. Die technischen Vorbereitungen laufen bereits. Das Europaparlament fordert noch Nachbesserungen im Detail. Die Abgeordneten lehnen es zum Beispiel ab, einen einzigen positiven Covid-19-Schnelltest als Beleg für eine Genesung zu akzeptieren. Sie fordern zudem einen besseren Schutz für persönliche und medizinische Daten. Das kostenlose „grüne digitale Zertifikat“ soll Informationen in der Landessprache sowie auf Englisch enthalten und über einen QR-Code mit digitaler Signatur vor Fälschungen geschützt werden. Jede ausstellende Stelle – etwa ein Krankenhaus, ein Testzentrum oder eine Gesundheitsbehörde – erhält laut EU-Kommission einen eigenen Signatureschlüssel, der in einer nationalen Datenbank sicher gespeichert wird. Über ein zentrales Zugangsportale sollen dann EU-weit alle Signaturen überprüft werden können. Das Gesetzesverfahren soll bis Ende Juni abgeschlossen werden. Die konkrete Umsetzung des „Grünen Zertifikats“ obliegt jedoch den Mitgliedsländern. Sie können entscheiden, welche Erleichterungen sie den Inhabern im Einzelnen einräumen und ob sie zum Beispiel auch Impfungen mit nicht in der EU zugelassenen Vakzinen akzeptieren.

ENTSCHEIDUNG DES EUROPAPARLAMENTS

www.europarl.europa.eu > Tagesordnung > Schwerpunkte der Plenartagung



Parlament stimmt Forschungsprogramm „Horizon Europe“ zu

20.05.21 (ams). Das Europaparlament hat dem mehrjährigen Forschungsprogramm „Horizon Europe“ formal zugestimmt. Das Programm war zum 1. Januar zunächst vorläufig gestartet. Bis 2007 stehen für Forschungsprojekte insgesamt 95,5 Milliarden Euro zur Verfügung, davon 5,4 Milliarden aus dem EU-Aufbauplan „NextGenerationEU“. Für den Bereich Gesundheit sind im Budget acht Milliarden Euro eingeplant. Außerdem billigten die Abgeordneten den Vorschlag der EU-Kommission für eine bessere EU-Zusammenarbeit im Katastrophenfall.

DAS EU-PARLAMENT ZU „HORIZON EUROPE“

www.europarl.europa.eu > Presseraum > Startseite





Neuer Schwung bei Bürgerbeteiligung für das Projekt „Europa“

20.05.21 (ams). Die EU hat alle Bürgerinnen und Bürger dazu aufgerufen, sich aktiv an der „Konferenz zur Zukunft Europas“ zu beteiligen. Die Spitzen von Parlament, Rat und Kommission eröffneten zum Europatag am 9. Mai in Straßburg das „Forum für Debatten und Diskussionen“. „Bis zum Frühjahr 2022 sind die Menschen in der EU eingeladen, ihre Vorstellungen für die Zukunft der Union zu formulieren, Ideen einzubringen und sich mit anderen darüber auszutauschen“, so die EU-Kommission. Um diese Vorschläge aufzunehmen, werde es in der gesamten EU zahlreiche Veranstaltungen und Bürgerdialoge geben. Am späteren Plenum der Konferenz sollen dann neben Mitgliedern des Europäischen Parlaments, Vertretern des Rates und der Kommission sowie Abgeordneten der nationalen Parlamente auch 108 Bürgerinnen und Bürger gleichberechtigt teilnehmen, um die Ideen aus den Bürgerforen und der digitalen Plattform zu erörtern. Mindestens ein Drittel der Vertreterinnen und Vertreter aus den Bürgerforen soll jünger als 25 Jahre sein. Beteiligt werden sollen zudem wichtige EU-Ausschüsse, Vertreter der Sozialpartner, der Zivilgesellschaft und wichtiger Interessengruppen.

[INFOS ZUM KONFERENZ-VERFAHREN](#)

ec.europa.eu > [Alle Nachrichten](#)

[DIGITALE PLATTFORM „KONFERENZ ZUR ZUKUNFT EUROPAS“](#)

<https://futureu.europa.eu/>





Zahl des Monats:

409.121 Ärztinnen und Ärzte ...

05.05.21 (ams) ... waren zum Stichtag 31. Dezember 2020 berufstätig. Das weist die im April veröffentlichte Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) aus. Damit ist die Zahl der Ärzte auch im ersten Corona-Jahr im Jahresvergleich gestiegen. 211.904 dieser Mediziner arbeiteten im Krankenhaus, 161.400 im niedergelassenen Bereich, 35.817 in anderen Bereichen wie etwa dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. 127.819 gingen keiner ärztlichen Tätigkeit nach.

2019 zählte die BÄK 402.453 berufstätige Ärztinnen und Ärzte. 159.866 im ambulanten Sektor, 207.234 im stationären. 35.353 arbeiteten damals in keinem dieser Bereiche, 123.693 waren nicht ärztlich tätig.

Die Zahl der Angestelltenverhältnisse in der ambulanten Versorgung legte 2020 ebenfalls weiter zu. Etwa 46.500 Ärzte übten ihren Beruf nicht in der eigenen Praxis aus. 2019 waren es knapp 3.000 weniger.

Während die Zahl der berufstätigen Ärzte seit der deutschen Einheit kontinuierlich stieg, sank die Zahl der potentiellen Patienten ebenso kontinuierlich. 2020 kamen auf einen Arzt statistisch etwas mehr als 203 Einwohner. 2019 waren es noch knapp 207 und 1990 gut 335 Einwohner. Die Zahl der berufstätigen Ärzte stieg in den vergangenen 30 Jahren laut BÄK um 72 Prozent von 237.750 auf eben jene 409.121.

[DIE AKTUELLE ÄRZTESTATISTIK DER BÄK](#)

<https://www.bundesaerztekammer.de> > Über uns > Ärztestatistik





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Beratungen zu Lungenkrebscreening noch nicht gestartet

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat klar gestellt, dass er noch nicht mit der Beratung zur Einführung eines Lungenkrebscreening mittels niedrigdosierter Computertomographie begonnen hat. Aktuelle Medienberichte hatten dies nahegelegt.

Da das Screening mit einer Strahlenbelastung einhergeht, muss das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit die Untersuchung zunächst für zulässig erklären. Erst danach kann der GBA mit den Beratungen zum Nutzen eines Screenings aktiver und ehemaliger Raucherinnen und Raucher beginnen und darüber beschließen, ob dieses Screening als neue Früherkennungsuntersuchung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden soll.

Zahnschiene bei Atmungsstörungen im Schlaf

Voraussichtlich ab dem dritten Quartal 2021 können niedergelassene Ärzte Unterkiefer-Protrusionsschienen zur Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe verschreiben. Voraussetzung ist, dass bis dahin die Abrechnungsziffern für die vertragsärztliche sowie vertragszahnärztliche Versorgung vorliegen. Die Schiene hilft Erwachsenen, die beim Schlafen unter behandlungsbedürftigen wiederholten Atemaussetzern leiden. Sie darf verordnet werden, wenn die Überdrucktherapie mit einer Atemmaske nicht erfolgreich eingesetzt werden kann.

Die obstruktive Schlafapnoe ist die häufigste Form von Atmungsstörungen beim Schlafen. Neben starkem Übergewicht gehören auch anatomische Besonderheiten im Mund- und Rachenraum zu den möglichen Ursachen. Der flache Atem oder die Atemaussetzer im Rahmen einer Schlafapnoe führen zu einer geringeren Sauerstoffversorgung. Eine unbehandelte Schlafapnoe kann nicht nur zu Tages-Schläfrigkeit und Leistungsabfall führen, sondern auch das Risiko für Bluthochdruck, Herzinfarkt oder Schlaganfall erhöhen.

GBA regelt systematische Behandlung von Parodontitis

Für Patienten, die unter Erkrankungen des Zahnhalteapparates leiden, soll es ab Juli neue Kassenleistungen geben. Darauf haben sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) nach mehrjährigen Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) geeinigt. Neben der Bewertung der neuen Leistungen für Parodontitis und andere Parodontalerkrankungen in der sogenannten PAR-Richtlinie ging es um Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen für Vertragszahnärzte.

Die Richtlinie ermöglicht auch Pflegebedürftigen und Menschen mit Beeinträchtigungen eine Parodontitis-Behandlung ohne Antrags- und Genehmigungsverfahren. Parodontitis ist eine chronische Entzündung des Zahnhalteapparates, die wesentlich durch bakterielle Beläge auf Zahnoberflächen und in den Zahnzwischenräumen verursacht wird. Nach An-



gaben des GKV-Spitzenverbandes sind in Deutschland fast zwölf Millionen Erwachsene von einer schweren parodontalen Erkrankung betroffen. Parodontitis steht zudem in Verbindung mit Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen chronischen Leiden.

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

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Auch die Pflege wird digitaler: Der Bundestag hat das „Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege“ verabschiedet. Der Bundesrat will Ende Mai abschließend beraten. Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ entwickelt sich immer mehr zu dem, was im Gesetzgebungsjargon „Omnibus“ oder „Lumpensammler“ genannt wird. All, das, was noch vor der Bundestagswahl geregelt werden muss oder soll, findet im Zuge von Änderungsanträgen Eingang ins Gesetz. Die Reform der Notfallversorgung hingegen wird vor der Bundestagswahl wohl nicht mehr beraten. Seit über einem Jahr liegt der Referentenentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium vom 10. Januar 2020 auf Eis. Diese und ältere Gesetze (Stand: 19. Mai 2021) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)

Der Bundestag hat das Gesetz in zweiter und dritter Lesung am 6. Mai verabschiedet. Mit dem Gesetz will das Bundesgesundheitsministerium an das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und an das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) anknüpfen. Im Bundesrat steht das DVPMG abschließend voraussichtlich am 28. Mai auf der Tagesordnung.

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

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

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



Neben dem eRezept für Arzneimittel werden auch in den Bereichen häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege, Heil- und Hilfsmittel und Soziotherapie elektronische Verordnungen eingeführt. Dazu werden nach Ärzten und Zahnärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Pflege auch Heil- und Hilfsmittelerbringer, Soziotherapeuten und zahnmedizinische Labore an die TI angebunden. 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 dient nur noch als Versicherungsnachweis und nicht mehr als Datenspeicher. 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, können Organspende-Erklärungen über die Versicherten-Apps der Krankenkassen abgeben oder verändern.

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

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

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, wird die bisher unzureichende Kodierung entsprechender Diagnosedaten in den Vergütungssystemen der stationären Versorgung verbessert.

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

GESETZENTWURF:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/27652



Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Seit über einem Jahr liegt nun der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums vor. Er stammt vom 10. Januar 2020. Weiter ist die Reform noch nicht vorangeschritten. 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 Notfall-



leitsystem (GNL), integrierte Notfallzentren (INZ) und die Etablierung des Rettungsdienstes als eigenständiger GKV-Leistungsbereich.

Das GLN 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 Kliniken 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.

REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> Service > Notfallversorgung



Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Bis Pfingsten wollte die Bundesregierung das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung noch verabschieden. Allerdings sind nach dem Kabinettsbeschluss im Zuge der parlamentarischen Beratungen weitere teilweise, noch nicht zwischen den betroffenen Ressorts Änderungsanträge hinzugekommen. Darin geht es unter anderem um die Decke-



lung der Eigenanteile für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen sowie eine Regelung, wonach künftig nur noch Einrichtungen Geld aus der Pflegeversicherung erhalten, die Tarifverträge geschlossen haben. Ein weiterer – zwischenzeitlich noch einmal geänderter – Änderungsantrag sieht vor, den Steuerzuschuss des Bundes in den Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für 2022 um sieben Milliarden Euro zu erhöhen. Die zweite und dritte Lesung war für den 20. Mai ins Auge gefasst, wurde aber jetzt auf den 10. oder 11. Juni verschoben. 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 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 unterhaltsberechtigten nicht gemeinsamen Kindern berücksichtigt werden. Der GVWG-Entwurf umfasst Änderungen an insgesamt 15 Gesetzen und Verordnungen.

GESETZENTWURF:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/26822





Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten

Die zweite und dritte Lesung im Bundestag ist für den 20. Mai geplant. Am 26. März war das Gesetz das erste Mal Thema im Bundesrat. Das Bundeskabinett hatte seinen Entwurf am 10. Februar beschlossen. 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.

GESETZENTWURF:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/28185





Kurzmeldungen

Finanzkrise der Krankenkassen weiter ungelöst

12.05.21 (ams). Union und SPD wollen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit zunächst knapp zehn Milliarden Euro vorerst entlasten. 2,7 Milliarden aus Steuermitteln sollen noch 2021 zusätzlich in den Gesundheitsfonds fließen, sieben Milliarden 2022. So sieht es ein Kompromiss der beiden Koalitionspartner vor. Weitere Finanzmittel müsste der Bundestag bis Ende 2021 auf Antrag der Regierung genehmigen. Gesundheitsminister Jens Spahn hatte für 2022 zunächst 12,5 Milliarden Euro aus Bundesmitteln vorgeschlagen. Der AOK-Bundesverband sprach von einem Formelkompromiss, der den „Druck im Beitragsatzkessel“ weiter erhöhe. Trotz der zusätzlichen sieben Milliarden Euro klaffe 2022 nach letzten Schätzungen in der GKV eine Lücke von mindestens zehn Milliarden Euro. Das zwingt die kommende Bundesregierung zu kurzfristigen Sparrunden und nachhaltigen Strukturreformen im Gesundheitswesen.

AOK will Pflegeberufe stärken

11.05.21 (ams). Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen professionell Pflegenden ist es aus Sicht des AOK-Bundesverbandes wichtig, die vorhandenen Kompetenzen dieser Berufsgruppe effizienter zu nutzen. „Pflegefachpersonen müssen künftig eine stärkere Position in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufen des Gesundheitswesens einnehmen“, sagte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes anlässlich des Internationalen Tags der Pflegenden. Als Beispiele nannte Litsch mehr Handlungsspielräume bei der Häuslichen Krankenpflege und der Verordnung bestimmter Hilfsmittel. Ebenso wichtig sei, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zu unterstützen, unterstrich Litsch und verwies auf zahlreiche BGF-Angebote der AOK wie das jüngste Projekt QualiPEP.

[WEITERE INFORMATIONEN](#)

www.aok-qualipep.de



Weniger Krankmeldungen jenseits von Covid-19

22.04.21 (ams). Die Fehlzeitenfälle aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege sowie psychischer Erkrankungen während der Corona-Pandemie sind im Jahresvergleich rückläufig. Die größte Differenz ergab sich laut Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) bei den Atemwegserkrankungen mit im Schnitt 14,3 weniger Arbeitsunfähigkeitsfällen je AOK-Mitglied. Beschäftigte, die wegen einer dieser Erkrankungsarten zwischen März 2020 und Februar 2021 krankgeschrieben waren, fehlten dann dafür jedoch im Schnitt zwischen 1,7 und vier Tagen länger als im Jahr zuvor.

[WEITERE ZAHLEN UND INFORMATIONEN:](#)

www.wido.de > Aktuelles





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

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:
