

# AOK-MEDIENSERVICE

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

05/22 POLITIK

 @AOK\_Politik

ams-Interview mit Dr. Sabine Richard zu ambulanten OPs <b>Der klare Ordnungsrahmen fehlt</b> .....	2
5. QMR-Kongress in Berlin <b>Routinedaten bei der Klinikplanung konsequent nutzen</b> .....	4
Onkologie Symposium beim AOK-Bundesverband <b>Krebs-Behandlungen in Zentren steigern die Überlebenschancen</b> .....	7
<b>ams-Grafik</b> <b>Überlebensvorteil bei Behandlungen in zertifizierten Krebszentren</b> .....	10
ams-Interview mit Gunther Sperzel zum Innovationsfonds <b>„Das Gutachten ist eher ein Stimmungsbild“</b> .....	11
EU-Ticker <b>EU-Gesundheitsdatenraum soll Forschung verbessern</b> .....	14
Zahl des Monats <b>53 Prozent mehr Patienten ...</b> .....	17
Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss .....	18
Gesetzgebungskalender .....	20
Kurzmeldungen .....	28

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

ams-Interview mit Dr. Sabine Richard

## Ambulantes Operieren: Der klare Ordnungsrahmen fehlt

17.05.22 (ams). Die Ampel hat in ihrem Koalitionsvertrag die Ambulantisierung als wichtiges Element der anstehenden Krankenhaus-Strukturreform verankert. Im Vorfeld der ersten inhaltlichen Beratungen der Regierungskommission zur Klinikreform fordert Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband, einen einheitlichen Ordnungsrahmen für das ambulante Operieren. „Problematisch ist, dass bei diesem Thema gerade zwei Prozesse völlig ohne Abstimmung parallel laufen“, kritisiert Richard im Interview mit dem AOK Medienservice (ams).



**Dr. Sabine Richard**  
leitet die Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband

**Wo sehen Sie aktuell die größten Herausforderungen beim Thema Ambulantisierung?**  
**Richard:** Viele Behandlungen, die bisher im Krankenhaus stattfinden, sind auch ambulant gut durchführbar – da sind sich alle Akteure im Gesundheitswesen einig. Problematisch ist, dass bei diesem Thema gerade zwei Prozesse völlig ohne Abstimmung parallel laufen. Auf der einen Seite ist das die Neufassung und Erweiterung des Kataloges ambulant durchführbarer Operation nach Paragraph 115b SGB V. Die Große Koalition hatte die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung noch in der letzten Legislatur dazu verpflichtet, sich auf einen neuen AOP-Katalog zu einigen und dazu ein gemeinsames Vergütungssystem auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs EBM zu vereinbaren. Dieses Vorhaben gewinnt mit der Vorlage eines entsprechenden Gutachtens gerade an Fahrt. Auf der anderen Seite will die Ampel eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRGs einführen. Derzeit ist völlig offen, wie diese beiden Prozesse miteinander verknüpft werden. Insgesamt gibt es keinen klaren ordnungspolitischen Rahmen für die Ambulantisierung.

### Was ist daran aus Sicht der AOK problematisch?

**Richard:** Der jetzt eingeschlagene Weg zur Ambulantisierung ist ein Irrweg. Wir befürchten schlichtweg, dass es aufgrund der fehlenden Rahmenbedingungen kaum Verlagerungseffekte in den ambulanten Bereich geben wird. Zum einen geben die im Gutachten genannten Kontextfaktoren den Krankenhäusern viel Spielraum, Leistungen auch weiterhin stationär zu erbringen. Und zum anderen soll es beispielsweise keine Bereinigung der Krankenhausbudgets um die Leistungen geben, die zukünftig ambulant erbracht werden sollen. Preiserhöhungen ohne Patientennutzen sind in der derzeitigen Finanzsituation aber nicht hinnehmbar und tragen auch nicht zu einer besseren Versorgung bei. Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch die geplante neue Schiedsstellenregelung, die bei der Neuverhandlung von Vergütungen eine klare Mehrheit für die Seite der Leistungserbringer vorsieht.

### Welche Lösung wäre aus Ihrer Sicht zielführend?

**Richard:** Wir fordern, dass die noch von Minister Jens Spahn angestoßene AOP-Reform gestoppt wird. Ambulantisierung ist ein wichtiges Thema auch für die Krankenhauskommission, denn der Grad der Ambulantisierung ist eine wichtige Determinante für die zukünftigen Krankenhausstrukturen. Hier müssen wir in Deutschland besser

werden. Dafür brauchen wir einen geeigneten Ordnungsrahmen. Nötig sind eine gute sektorenübergreifende Versorgungsplanung, wie sie ja auch im Koalitionsvertrag vorgesehen ist, und ein wirtschaftliches, sektorengleiches Vergütungssystem auf einer klaren vertraglichen Grundlage. Der Fokus sollte dabei von Anfang an auf den Leistungen liegen, die heute noch unnötigerweise im Krankenhaus erbracht werden.

### **Was sind neben dem Thema Ambulantisierung aus Ihrer Sicht die wichtigsten Aufgaben der Regierungskommission?**

**Richard:** Die Kommission steht vor einer ganzen Fülle von Aufgaben, denn der Reformstau im stationären Bereich ist nicht zu übersehen. Im Kern muss es darum gehen, dass die Qualität der Patienten-Versorgung bei der Krankenhausplanung stärker in den Fokus rückt und dass wir gerade bei komplexen Operationen und Behandlungen mehr Konzentration und Spezialisierung auf Basis von Strukturvorgaben und Mindestmengen erreichen. Die Krankenhausplanung sollte künftig auf Basis von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen mit bestimmten Qualitätsstandards erfolgen und die Leistungserbringung auf die Kliniken konzentriert werden, die nachweislich bessere Ergebnisse bei der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten erzielen. Hier kann man durch die kluge Nutzung der ohnehin vorhandenen Routinedaten schnell vorankommen, das hat der QMR-Kongress letzte Woche deutlich gemacht. Auch die Vergütung muss dann entsprechend angepasst werden: Die Abrechnung von Leistungen sollte künftig klarer an spezifische Versorgungsaufträge gekoppelt werden. Außerdem ist das DRG-Vergütungssystem so weiterzuentwickeln, dass eine sachgerechte Finanzierung der Krankenhäuser gewährleistet wird. Neben der weiterhin notwendigen Leistungsfinanzierung können fallzahlunabhängige Finanzierungselemente entwickelt werden. Sie sollten allerdings an klare Strukturvorgaben und an einen Versorgungsauftrag mit Bevölkerungsbezug gekoppelt werden.

**Das IGES-Gutachten zum AOP-Katalog:**

[www.iges.com](http://www.iges.com)

[> Gesundheit > Projektergebnisse > 2022 > AOP-Katalog](#)



**Presseinfo des AOK-Bundesverbandes vom 1. April:**

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

[> Presse > Pressemitteilung](#)



5. QMR-Kongress in Berlin

## Routinedaten bei der Klinikplanung konsequent nutzen

19.05.22 (ams). Impulse für die anstehende Krankenhaus-Strukturreform sollte der fünfte Kongress zu Qualitätsmessung und -management mit Routinedaten (QMR) setzen. Die Abrechnungsdaten lieferten wertvolle Informationen zur Qualität der stationären Versorgung, unterstrichen die Organisatoren der zweitägigen hybriden Tagung in Berlin von der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und vom AOK-Bundesverband. „Wenn Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen mit klinischen Daten verknüpft werden, haben sie ein noch größeres Potenzial für die künftige Qualitätssicherung“, betonte IQM-Vorstandspräsident Dr. Francesco De Meo.

„Der Nutzen der Routinedaten ist groß, denn sie geben Einblick in die wirkliche Versorgungsqualität und zeigen, was tatsächlich gemacht und abgerechnet wird“, erläuterte Professor Ralf Kühlen vom Wissenschaftlichen Beirat der IQM in einem Interview mit der Ärzte-Zeitung aus Anlass des Kongresses. IQM und WiDO setzen bei der Gestaltung der anstehenden Strukturreform und künftiger Krankenhausplanung ganz klar auf Routinedaten: „Erforderlich ist eine Krankenhausplanung, die auf Leistungsgruppen basiert, wie es auf dem QMR-Kongress für die Schweiz vorgestellt wurde“, so WiDO-Geschäftsführer Jürgen Klauber. Die Planung orientiere sich dann nicht am Zählen von Krankenhausbetten, sondern am Versorgungsbedarf. „Routinedaten können unter vielen Qualitätsaspekten Input für die Krankenhausplanung liefern, etwa hinsichtlich der Einhaltung von Mindestmengenanforderungen, Qualitätsvorgaben oder Prozessanforderungen“, betonte Klauber. Auch in der Corona-Pandemie hätte die Nutzung von Routinedaten kurzfristig Transparenz über das Versorgungsgeschehen geschaffen.

### Zielgerichtete Qualitätsverbesserungen

„Wir wollen Menschen die bestmögliche Qualität bei der Behandlung von Krankheiten geben“, stellte IQM-Vorstandspräsident De Meo gleich zu Beginn des OMR-Kongresses klar. Dazu könnten die Ergebnismessung auf Basis von Routinedaten und die Ableitung von zielgerichteten Qualitätsverbesserungen durch Peer Reviews beitragen, die in den IQM-Mitgliedshäusern praktiziert würden. Auch Jens Martin Hoyer, stellvertretender Vorsitzender des AOK-Bundesverbandes, forderte eine stärkere Nutzung der Routinedaten der Krankenkassen zur Qualitätssicherung. Die Analyse von Abrechnungsdaten ermögliche es, Behandlungsverläufe langfristig zu verfolgen und so gezielt die Versorgungsqualität in Kliniken zu erhöhen.

Hoyer verwies in diesem Zusammenhang auf die jüngst veröffentlichte WiZen-Studie, die auf Basis von Routinedaten bessere Überlebenschancen von Krebspatienten in zertifizierten Kliniken gezeigt habe. Sie bestätige, „dass wir mehr Spezialisierung und Konzentration bei der Krankenhausversorgung brauchen“. Dies gelte gerade bei komplexen Krankheitsbildern. Diese Erkenntnis müsse in eine qualitätsorientierte

Strukturreform einfließen. De Meo beklagte das zähe Tempo bei Veränderungen. Reformen würden, „garniert vom Aufschrei“ verschiedenster Interessengruppen, oftmals in einem „Katz-und-Maus-Spiel“ zwischen Bund und Ländern zerrieben.

### Abkehr von alten Mustern

Professor Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) forderte auf dem QMR-Kongress eine Abkehr von alten Mustern. „Wir müssen Regulierungen im Krankenhausbereich abbauen und mehr Gestaltungsspielraum ermöglichen“, unterstrich der Gesundheitsökonom. „Wir brauchen mehr Transparenz, bei dem was wir machen.“ Dazu bedürfe es Daten, um einen besseren Überblick über Kosten und Nutzen von Leistungen zu bekommen. Bedingt durch demographischen Wandel, Fachkräftemangel und Finanzierungsprobleme stehe das Gesundheitssystem unter massivem Druck. „Daher brauchen wir Wettbewerb“, sagte Augurzky, der Mitglied in der jüngst berufenen Reformkommission der Bundesregierung ist. Die Einführung regionaler Gesundheitsbudgets könne helfen, die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten, ohne dabei die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

Edgar Franke, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, sieht bei der anstehenden Reform auch die Länder in der Pflicht. Den Kliniken fehlten rund 30 Milliarden Euro für Investitionen. Als Folge würden Gelder aus den Fallpauschalen zweckentfremdet. Eine „kalte Strukturreform“ könne niemand wollen, so Franke. Das DRG-Entgeltsystem benötige ein „Update“. Das Verfahren sei „besser als sein Ruf“, begünstige aber „Mengen ausweitungen und Rosinenpickerei“.

### Klinikplanung hat oft mit Planung nichts zu tun

Professor Reinhard Busse, ebenfalls Mitglied der Regierungskommission zur Krankenhausreform, forderte eine Neuausrichtung der stationären Versorgung. „Die Krankenhausplanung hat mit Planung nichts zu tun“, kritisierte der Gesundheitsökonom von der Technischen Universität Berlin. So sei etwa der Krankenhausplan von Niedersachsen nichts weiter als die Fortschreibung einer Bestandsaufnahme aus dem Jahr 1985. Stattdessen müsse die Qualität der Versorgung stärker in den Fokus rücken. „Nähe ist nicht das wichtigste Qualitätskriterium“, betonte Busse und nannte das Beispiel der Behandlung bei Schlaganfall. Hier würden nicht nur spezialisierte Krankenhäuser mit so genannten Stroke Units, sondern auch Kliniken ohne diese Spezialisierung Patienten aufnehmen. Im Jahr 2018 seien nur 72 Prozent der Schlaganfälle in darauf spezialisierten Häusern versorgt worden. Ein ähnliches Bild zeige sich bei der Krebstherapie. „Wir brauchen eine Ausweisung von Leistungsbereichen, die mit klaren Qualitätskriterien unterlegt sind“, sagte Busse. Corona habe bereits Veränderungen in der stationären Versorgung angestoßen – So hätten sich gerade ambulantsensitive Behandlungen in den ambulanten Bereich verschoben. Diese Verlagerung sei „patientengetrieben“.

Die Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern, Irmgard Stippler, forderte in einer Podiumsdiskussion auf dem Kongress klare politische Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende regionale Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Um Schließungen zu vermeiden, sei es nötig, die Krankenhäuser „zu öffnen und weiterzuentwickeln“. „Das geht nicht mit Freiwilligkeit“, erklärte Stippler. Die Reformkommission müsse deshalb „Antworten geben, wie wir in regionalen Gesundheitszentren wohnortnahe Versorgung sichern können“.

Auf dem zweitägigen QMR-Kongress wurden unter anderem aktuelle Ergebnisse aus dem vom Wissenschaftlichen Institut der AOK entwickelten Verfahren zur „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) präsentiert, die eine Auswertung der Behandlungsqualität auch über den eigentlichen Krankenhaus-Aufenthalt hinaus ermöglicht. Die Initiative Qualitätsmedizin stellte aktuelle Entwicklungen bei der Anwendung des Peer Review-Verfahrens und beim klinischen Risikomanagement vor. In der IQM engagieren sich 500 Krankenhäuser aus Deutschland und der Schweiz.

Weitere Informationen rund um den 5. QMR-Kongress:  
[www.qmrkongress.de](http://www.qmrkongress.de)



Onkologie Symposium beim AOK-Bundesverband

## Krebs-Behandlungen in Zentren steigern die Überlebenschancen

**27.04.22 (ams).** Experten drängen auf eine zügige Konzentration von Krebsbehandlungen in spezialisierte Zentren mit geprüften Qualitätsstandards. Denn laut einer aktuellen Studie liegt die Sterblichkeit an zertifizierten Krebszentren um bis zu 26 Prozent niedriger als an nicht geprüften Kliniken. Die Daten sind in den vergangenen drei Jahren im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) ausgewertet worden. Das Ergebnis „ruft danach, dass im Sinne der Patienten stärker gesteuert werden sollte“, sagte Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, bei einem Online-Symposium zur Vorstellung der WiZen-Ergebnisse am 26. April. „Die Selbstverwaltung sollte Handlungsfähigkeit beweisen und eine Konzentration der Krebsversorgung auf die zertifizierten Zentren im Gemeinsamen Bundesausschuss beschließen.“

Die vom Innovationsfonds geförderte WiZen-Studie habe aus „gefühlter Evidenz echte Evidenz“ gemacht, sagte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), des höchsten Beschlussorgans der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Entscheidend sei, die Ergebnisse nun in die Praxis zu überführen. Ähnlich äußerte sich Simone Wesselmann von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG): Die Ergebnisse seien ein Beleg für die „hervorragende Arbeit“ in den DKG-zertifizierten Zentren.

### Hecken favorisiert ein Drei-Stufen-Modell

Der GBA-Chef drängt in diesem Zusammenhang auf eine qualitätsorientierte Krankenhausreform: „Wir brauchen ganz dringend eine Strukturbereinigung“, sagte Hecken am Rande des Symposiums in einem Interview mit dem AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G). Es sei nicht mehr zeitgemäß, dass jede Klinik möglichst jede Leistung erbringen dürfe, „mag sie auch noch so komplex sein“, so Hecken. Dazu sei die Medizin heute viel zu spezialisiert und angesichts wachsender multimorbider Fälle zu schwierig. Es setze sich die Erkenntnis durch, dass „wir nicht unbedingt 1.900 Krankenhäuser brauchen“. Ein Strukturwandel müsse aber geordnet erfolgen.

Bisher hat die DKG in Deutschland 1.630 Zentren an etwa 430 Krankenhäusern zertifiziert. Dennoch werden immer noch 44 Prozent der neuerkrankten Krebspatienten an nicht-zertifizierten Kliniken behandelt. Verschiedene Positionen zeigten sich im Rahmen des AOK-Symposiums bei der Frage, wie die Nutzung geprüfter Krebszentren gestärkt werden kann. Reimann sieht hier Politik, GBA und Kliniken gefordert: „Wir müssen uns auf den Weg machen.“ Das sei auch schon vor der anstehenden Krankenhausreform auf Bundesebene möglich. Die Länder etwa könnten bereits jetzt Versorgungsaufträge gezielter vergeben.

Hecken plädierte für ein dreistufiges Versorgungsmodell. Die Basis sollten wohnortnahe Grundversorger bilden, die im Mittel „in 30 Minuten Fahrzeit“ erreichbar sind. Diese könnten etwa über Vorhaltekosten finanziert werden. Auf der zweiten Ebene seien Klinikzentren angesiedelt, die feste Anforderungen erfüllen müssten. Die dritte Ebene bildeten Spitzenzentren etwa für die Behandlung von Krebs. „Das ist für mich das Modell der Zukunft, um die Behandlungsqualität zu verbessern und Gesundheitsleistungen auch wirtschaftlicher zu machen“, unterstrich Hecken.

### **„Es ist dringend Zeit jetzt nachzulegen.“**

Es sollten zeitnah Konsequenzen aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen der WiZen-Studie gezogen werden, kommentierte Dr. Jürgen Malzahn die Ergebnisse. Hierzu müsse man nicht auf die Ergebnisse der Regierungskommission zur Krankenhausreform warten. Der Leiter der Abteilung „Stationäre Versorgung und Rehabilitation“ im AOK-Bundesverband verwies in seinem Beitrag auf dem Symposium darauf, dass der GBA dazu durchaus Instrumente in der Hand habe. So könne das Gremium auf Basis des Paragraphen 136 im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) beschließen, dass Kliniken bestimmte Krebsbehandlungen nur noch erbringen dürften, wenn sie die Zertifizierungskriterien erfüllen. Das hat er bereits 2007 bei der Kinderonkologie getan“, erinnerte Malzahn. „Es ist dringend Zeit jetzt nachzulegen.“

Der GBA-Chef merkte an, dass der Weg über eine Richtlinie nach Paragraph 136 nicht so einfach sei. So könne der GBA zwar festlegen, dass beispielsweise nur noch jene Kliniken Krebskranke behandeln dürften, die bestimmte Standards erfüllten. „Das wäre aber ein Berufsverbot für die anderen Krankenhäuser“, so Hecken. Ein solcher Schritt wäre daher wahrscheinlich erst im Zuge von Strukturreformen durchsetzbar. Der GBA-Vorsitzende schloss allerdings nicht aus, selbst einen entsprechenden Antrag in die Beratungen des GBA einzubringen.

### **Krankenhausesgesellschaft eher zögerlich**

Gerald Gaß, Chef der Deutschen Krankenhausesgesellschaft (DKG), lehnte die Umsetzung der Ergebnisse in Versorgung nicht grundsätzlich ab. Er warnte aber vor einem solchen Schritt als isolierte Maßnahme, weil er Auswirkungen auf die gesamte Finanzierung der Krankenhauslandschaft nach sich ziehen könne. Denn bei der aktuellen Finanzierung über Fallpauschalen könnten kleinere Kliniken und damit die wohnortnahe Versorgung gefährdet werden. Folglich müsse begleitend eine Reform der Klinikfinanzierung erfolgen, die die wohnortnahe Basisversorgung sichere.

Hecken schlug konkret vor, dass der Gesetzgeber dem GBA generell erlaubt, „bestimmte Leistungskomplexe an bestimmte Versorgungsebenen zu binden“. „Das wäre eine wichtige neue ordnende Rolle.“ Der GBA könne dann „klipp und klar“ sagen, dass etwa Krebstherapien nur noch auf der zweiten Ebene, nicht aber mehr beim Grundversorger „irgendwo auf dem Dorf“ erfolgen dürften. Nur so könne „die ungute Praxis politisch opportuner Entscheidungen, die nicht unbedingt das Patientenwohl befördern“, durchbrochen werden.



Für die WiZen-Studie wurden über eine Million Behandlungsfälle ausgewertet. Sie ist vom Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT), dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), dem Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg sowie vom Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC) Dresden durchgeführt worden.

**Aufzeichnung des Symposiums, weitere Unterlagen  
und das G+G-Interview mit Prof. Josef Hecken**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > Pressemitteilungen

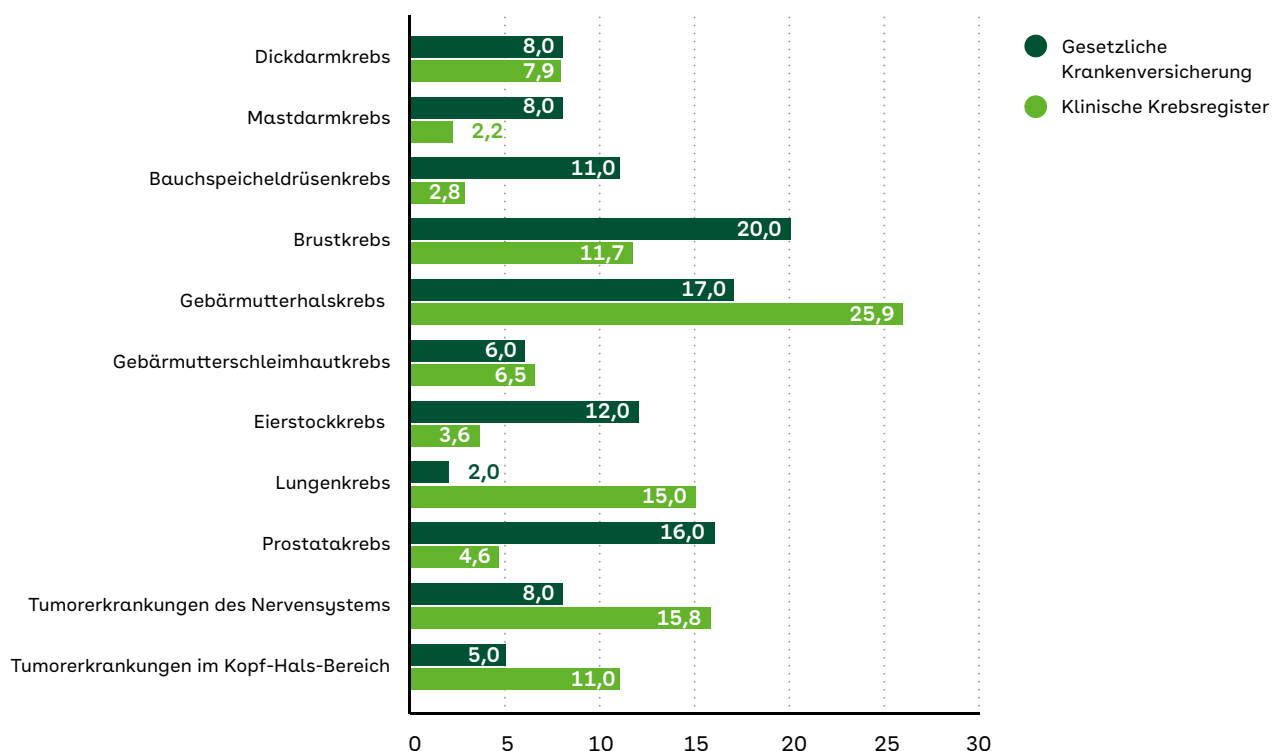


**WiZen-Abschlussbericht des GBA**  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > Förderprojekte > Versorgungsforschung > WiZen



ams Grafik

## Überlebensvorteil bei Behandlungen in zertifizierten Krebszentren



Quelle: WIdO; AOK-Mediendienst

Die Chance eine Krebserkrankung zu überleben, steigt mit einer Behandlung in einem zertifizierten Zentrum deutlich. Für das Innovationsfonds-Projekt „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) wurden einerseits bundesweite AOK-Abrechnungsdaten sowie andererseits Daten aus vier regionalen klinischen Krebsregistern ausgewertet. Das Ergebnis: Beide Datenquellen weisen demnach eine zum Teil erheblich geringere Sterblichkeit bei Krebspatienten nach einer onkologischen Behandlung in einem Zentrum aus. So sinkt etwa die Sterblichkeit bei Brustkrebs laut der regionalen Krebsregisterdaten um 11,7 Prozent. Bei den bundesweiten Krankenkassendaten sind es sogar 20,0 Prozent.

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

ams-Interview mit Gunter Sperzel

## „Das Gutachten ist eher ein Stimmungsbild“

**13.05.22 (ams).** Eine erfolgreiche Arbeit hat ein vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragtes Gutachten dem Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) bestätigt. Was daran erstaunlich ist, welche Kernfrage darin unbeantwortet blieb und was für Alternativen geeigneter wären, erläutert Gunter Sperzel, Referent Abteilung Versorgungsmanagement im AOK-Bundesverband, im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams).

**Der Abschlussbericht zur Evaluation des Innovationsfonds äußert sich sehr positiv zu dem Instrument, das die Gesundheitsversorgung weiterentwickeln soll. Wie ordnen Sie den Abschlussbericht ein?**

**Gunter Sperzel:** Der Abschlussbericht hat das Fördergeschehen umfangreich aufbereitet und beschrieben und leistet damit zunächst einen umfangreichen Beitrag zur Transparenz in Bezug auf die Organisation, Förderprozesse, Themenfelder, Förderprojekte und Umsetzungsstand des Innovationsfonds. Darüber hinaus bewertet der Bericht im Wesentlichen, ob der Innovationsfonds als Instrument ordnungsgemäß umgesetzt worden ist. Hier zeichnet der Bericht ein positives Bild des Entwicklungsstandes. Die Kernfrage nach der Eignung des Instruments zur Weiterentwicklung der Versorgung, wie sie auch im Gesetzestext enthalten ist, bleibt aber weiterhin offen. Das Gutachten kann dem Fonds deshalb diesbezüglich auch nur ein „hohes Potenzial“ bescheinigen, aber die tatsächliche Ausschöpfung nicht bestätigen.

**In den Schlussfolgerungen des Berichts heißt es, dass die Zielerfüllung einer qualitativen Weiterentwicklung der GKV-Versorgung zum Berichtszeitpunkt noch nicht abschließend zu bewerten sei, weil erst ein geringer Anteil der Projekte abgeschlossen wurde.**

**Gunter Sperzel:** Dass erst vergleichsweise wenige Projekte abgeschlossen sind, trifft natürlich objektiv zu. Dass das Gutachten aber trotz der noch nicht abschließenden Bewertbarkeit der Zielerfüllung zu der Empfehlung gelangt, der Innovationsfonds solle unbefristet fortgeführt werden, erstaunt doch sehr. Hier hätten die Erkenntnisse eher für die Empfehlung einer erneut befristeten Verlängerung gesprochen. Auch an anderen Stellen ist nicht immer nachvollziehbar, wie die Gutachterinnen und Gutachter zu ihren Bewertungen und Empfehlungen kommen.

**Das heißt?**

**Gunter Sperzel:** Es mangelt an einer systematischen Entwicklung von Bewertungsmaßstäben. Zwar wird in Kapitel 3.1 des Gutachtens ein Zielsystem des Fonds hergeleitet. Dieses wird aber in dessen weiteren Verlauf nicht mehr systematisch aufgegriffen und verfolgt. Wie sollen denn die Fragen, ob die Förderstrukturen effektiv sind, die Themenauswahl sinnvoll oder der Fonds richtig organisiert ist, wissenschaftlich beantwortet werden, wenn hierfür keine Bewertungsmaßstäbe entwickelt werden? Insgesamt stellt das Gutachten eher ein Stimmungsbild zum Innovationsfonds dar. Bei der Interpretation der Ergebnisse darf man auch nicht



**Gunter Sperzel**

ist Referent in der Abteilung Versorgungsmanagement im AOK-Bundesverband

außer Acht lassen, dass hier überwiegend Gruppen oder Institutionen befragt wurden, die von der Fortsetzung des Innovationsfonds ökonomisch oder institutionell profitieren, aber nicht an der Finanzierung beteiligt sind.

### **Seit Einführung des Innovationsfonds 2016 wurden für 484 Projekte Fördergelder bewilligt. Doch nur 31 Projekte haben bisher eine Empfehlung für den Transfer in die Praxis erhalten. Wo hakt es?**

**Gunter Sperzel:** Zunächst sollte man die Kategorisierung in „Empfehlung“ beziehungsweise „Keine Empfehlung“ nicht überbewerten. Ein Schwarz-Weiß-Denken wird den oftmals vielschichtigen und differenzierten Erkenntnissen nicht gerecht. Wichtiger als die Empfehlungsquote ist, dass positive Veränderungen in der Versorgungsrealität auch ankommen. Dass dies möglicherweise nicht im erhofften Umfang passiert, liegt zum einen an der mangelnden Aufnahmefähigkeit der bestehenden (sektoralen) Versorgungsstrukturen. Denn ohne begleitende Strukturveränderungen im Gesundheitssystem werden viele Projekte nicht auf fruchtbaren Boden fallen und trotz Transferempfehlung kaum anschlussfähig sein. Zum anderen werden nicht alle Projekte in andere Regionen übertragbar sein, weil dort zum Beispiel die notwendigen Projektpartner, die Kooperationsstrukturen oder die Kooperationsbereitschaft nicht in gleichem Maße vorhanden sind oder aufgebaut werden können. Da die Zielerreichung des Innovationsfonds auch im sechsten Jahr seines Bestehens noch nicht abschließend beurteilt werden kann, ist die Frage durchaus berechtigt, ob es nicht auch andere effizientere und effektivere Förderinstrumente geben könnten. Damit setzt sich das Gutachten aber gar nicht auseinander.

### **Welche effizienteren Alternativen gibt es denn?**

**Gunter Sperzel:** Obwohl sich der Innovationsausschuss und seine Geschäftsstelle bemüht, möglichst unbürokratisch zu agieren, ist der Innovationsfonds von seiner Konstruktion und seiner Ansiedelung beim G-BA mit hohem administrativen Aufwand verbunden. Förderungen müssen ausgeschrieben, Anträge gestellt und bewertet werden und die gesamte Förderphase muss administrativ begleitet werden. Auch Änderungen im Projektablauf oder am Evaluationsdesign sind zu beantragen und mit einer Bearbeitungszeit verbunden. Innovative Versorgungsformen benötigen jedoch ein agiles Vorgehen, das Flexibilität und kurzfristige Änderungen zulässt. Die AOK-Gemeinschaft – im Übrigen auch die Techniker Krankenkasse – schlägt deshalb als Alternative ein Innovationsbudget vor. Krankenkassen würden danach gesetzlich verpflichtet werden, pro Jahr einen Mindestbetrag für innovative Versorgungsformen aufzuwenden, ähnlich wie bei der Präventionsförderung. Die Verpflichtung zur Evaluation und damit zur Transparenz bleibt.

### **Und welche Vorteile hat das?**

**Gunter Sperzel:** Es gibt drei wesentliche Vorteile: Schnelligkeit, Flexibilität und Nachhaltigkeit. Da das komplette Antragsverfahren wegfällt, können Projekte sofort loslegen. Das spart gegenüber dem zweistufigen Antragsverfahren für neue Versorgungsformen mindestens 1,5 Jahre. Die Projekte können zudem schnell auf erste Erfahrungen und veränderte Rahmenbedingungen reagieren. Änderungen müssen nicht mehr beantragt und genehmigt werden. Da die Projekte zudem von Anfang an SGB V-konform aufgestellt sind, brechen besonders die Vergütungsstrukturen mit Ende der Förderung im Gegensatz zum Innovationsfonds nicht plötzlich zusammen. Zwar muss auch beim Innovationsbudget entschieden werden, ob eine Versorgungsform nach Ablauf des Förderzeitraums fortgesetzt werden soll, aber

dafür ist dann kein kompletter Wechsel des Trägers nötig. Da die Projekte auch weiterhin evaluiert werden müssen, können sie als „best-practice“- Impulse sowohl für die selektivvertragliche als auch kollektivvertragliche Weiterentwicklung der GKV-Versorgung dienen. Das Innovationsbudget trägt damit auch zur Stärkung der regionalen Handlungsfähigkeit der Versorgungspartner vor Ort bei. Aber auch für das Innovationsbudget gilt: Es kann notwendige Strukturentscheidungen der Gesundheitspolitik nicht ersetzen, etwa in Bezug auf eine stärker sektorenunabhängige Versorgung.

**Prognos Gutachten zum Innovationsfonds:**  
[dipbt.bundestag.de](http://dipbt.bundestag.de) > Dokumente > Drucksache 20/1361

---



**Weitere Informationen:**  
[www-gg-digital.de](http://www-gg-digital.de) > G+G digital 05/22  
> Innovationen scheitern an Strukturen

---



EU-Ticker

## EU-Gesundheitsdatenraum soll Forschung verbessern

18.05.22 (ams) Die EU-Kommission hat am 3. Mai ihren Vorschlag für die grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitsdaten vorgelegt. Der Aufbau des sogenannten europäischen Gesundheitsdatenraums ist ein Schwerpunkt der geplanten Gesundheitsunion. Laut Konzept sollen die Mitgliedstaaten elektronische Patientenakten, elektronische Rezepte, Bilddaten, Laborergebnisse und Patientenberichte in einem gemeinsamen EU-Digitalformat anlegen und gegenseitig akzeptieren. „Interoperabilität und Sicherheit werden verbindliche Anforderungen. Die Hersteller von Systemen für elektronische Patientenakten müssen die Einhaltung dieser Normen zertifizieren“, so die Kommission.

Für den gemeinsamen Gesundheitsdatenraum soll eine neue dezentrale EU-Infrastruktur geschaffen werden. Die Nutzung von Gesundheitsdaten werde „uneingeschränkt den hohen europäischen Datenschutzstandards“ unterliegen, betonte Kommissionsvizepräsident Margaritis Schinas. Für die Datensicherheit sollen dem Konzept zufolge „digitale Gesundheitsbehörden“ in den Mitgliedstaaten Sorge tragen. Nationale Zugangsstellen sollen die Verwendung der anonymisierten Daten beaufsichtigen und nach strengen Vorgaben genehmigen.

Wissenschaft, Forschung, öffentliche Einrichtungen und Wirtschaft bekämen dadurch „Zugang zu großen Mengen an Gesundheitsdaten von hoher Qualität“, sagte EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides. Dies sei „für die Entwicklung lebensrettender Behandlungen, Impfstoffe oder Medizinprodukte von entscheidender Bedeutung“. Der Vorschlag der Kommission wird jetzt vom Europaparlament beraten.

**Konzept der Kommission für einen europäischen Datenraum:**  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > **Alle Nachrichten**



## Reformvorschläge zur Zukunft Europas

18.05.22 (ams). Zum „Europatag“ am 9. Mai haben die Vertreter der „Konferenz zur Zukunft Europas“ den Spitzen der EU-Institutionen ihren Abschlussbericht vorgelegt. Er beinhaltet 49 Vorschläge zu neun Themenbereichen mit mehr als 300 Einzelmaßnahmen für eine organisatorische und inhaltliche Weiterentwicklung der Union. Im Bereich Gesundheit beinhaltet der Abschlussbericht unter anderem Vorschläge für mehr Prävention sowie Aufklärung über gesunde Lebensweise und Ernährung. Die Bürgerforen und die Plenarversammlung haben sich zudem für mehr Zusammenarbeit der 27 EU-Länder im Bereich der Gesundheitspolitik, der medizinischen Forschung und bei der digitalen Vernetzung ausgesprochen. Ziel sei es, allen EU-Bürgern einen Zugang zu hochwertiger Versorgung zu verschaffen. Deshalb müsse insbesondere in die öffentlichen und nicht gewinnorientierten Bereiche der Gesundheitssysteme investiert werden. Die EU solle zudem bei der Versorgung mit Medikamenten und Medizin-

produkten ihre Abhängigkeit von Drittländern verringern. Zu den weitreichendsten Forderungen der Konferenz gehören die Empfehlungen für ein gesetzgeberisches Initiativrecht des Europäischen Parlaments und die Abschaffung des Grundsatzes der Einstimmigkeit im Rat, der Vertretung der 27 Mitgliedstaaten. Das Europaparlament hatte bereits am 4. Mai in einer Entschließung zu den Konferenzergebnissen seine Unterstützung für die „ambitionierten und konstruktiven, von Bürgerinnen und Bürgern getragenen tiefgreifenden Reformvorschläge“ zugesagt und eigene Vorschläge für eine dazu notwendige Überarbeitung der EU-Verträge angekündigt. Die „Konferenz zur Zukunft Europas“ war das bisher umfangreichste Projekt für mehr Bürgerbeteiligung in der EU. Die seit April 2021 über die Onlineplattform eingegangenen Vorschläge sowie die bei regionalen Veranstaltungen und in den nationalen Bürgerforen erarbeiteten Forderungen wurden im Konferenzplenum nach Themen geordnet und in mehreren Runden debattiert. Das Plenum setzte sich gleichberechtigt aus 108 Bürgervertretern und 108 Abgesandten des Europaparlaments, des Rates, der EU-Kommission und der nationalen Parlamente zusammen. Hinzu kamen 68 Vertreter wichtiger EU-Ausschüsse, regionaler und nationaler Behörden, der Sozialpartner und der Zivilgesellschaft. Am 29. und 30. April fand die siebte und abschließende Sitzung im Plenarsaal des Europäischen Parlaments in Straßburg statt. An den Veranstaltungen des gesamten Konferenzprozesses haben laut Abschlussbericht 652.352 Menschen aus den EU-Ländern teilgenommen. Über die Onlineplattform haben bis zum 9. Mai 52.346 Teilnehmer ihre Ideen eingebracht, mit anderen diskutiert, Veranstaltungen organisiert und darüber berichtet.

Infos zur „Konferenz zur Zukunft Europas“:  
[futureu.europa.eu](http://futureu.europa.eu)

Info zur Entschließung des Europaparlamentes:  
[www.europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu) > Aktuelles > Presseraum



## Lieferketten: EU unterstützt G7-Engagement

18.05.22 (ams). Die EU-Kommission unterstützt eine Initiative der deutschen G7-Präsidentschaft, die darauf abzielt, weltweit verpflichtende Standards für nachhaltige Lieferketten und gegen Zwangs- und Kinderarbeit voranzubringen. „Freiwillige Vereinbarungen zum Schutz der Menschenrechte und Umwelt reichen nicht mehr aus. Wir brauchen einen Rechtsrahmen, der für alle Unternehmen gilt und faire Wettbewerbsbedingungen schafft“, sagte Reynders am 6. Mai bei einer vom Bundesarbeitsministerium ausgerichteten digitalen G7-Konferenz zu nachhaltigen Lieferketten. „Ich wünsche mir ein klares Votum der G7, dass sie bereit dazu sind, konstruktiv und gemeinsam mit der UN-Staatengemeinschaft verbindliche Standards zum besseren Schutz von Mensch und Umwelt zu erarbeiten“, sagte Bundesarbeitsminister Hubertus Heil (SPD) bei der Veranstaltung. Die Grundlagen gebe es bereits: „Wir können auf den international akzeptierten Rahmenwerken der UN, der Internationalen Arbeitsorganisation und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung aufbauen.“ Das Thema stehe auf der Tagesordnung des G7-Gipfels, der vom 26. bis 28. Juni in Schloss Elmau in den bayerischen Alpen stattfindet. Der G7-Gruppe gehören die USA, Kanada, Frankreich, Italien, Deutschland, Japan und das

Vereinigtes Königreich an. In Deutschland gilt bereits ab 2023 ein nationales Lieferkettengesetz, das mittleren und großen Unternehmen Sorgfaltspflichten im internationalen Warenverkehr auferlegt. Bereits die Verabschiedung durch den Bundestag im Juni 2021 habe „zu deutlich mehr Aktivitäten und systematischem Handeln geführt - und zwar mit dem notwendigen Commitment der Unternehmensspitzen“, betonte Heil. Die AOK-Gemeinschaft hat das deutsche Gesetz und die EU-Initiative begrüßt. Eigene Versuche, über die Ausschreibungsbedingungen von Arzneimittel-lieferverträgen Arbeits- und Umweltschutzstandards zu stärken, seien bisher am juristischen Widerstand einzelner Pharmaunternehmen gescheitert.

**Infos zur G7-Lieferketten-Konferenz:**  
[www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Europa und die Welt  
> International > Deutsche G7-Präsidentschaft 2022

**Lieferketten-Initiative der EU-Kommission:**  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Alle Nachrichten



## Initiative für mehr Nachhaltigkeit bei Lebensmitteln

18.05.22 (ams). Noch bis zum 21. Juli läuft ein öffentliches Beteiligungsverfahren der EU-Kommission zur Nachhaltigkeitsinitiative „Vom Hof auf den Tisch“. Die Kommission strebt in diesem Zusammenhang auch eine entsprechende Kennzeichnung von Lebensmitteln an. Die Initiative solle sicherstellen, „dass alle Lebensmittel, die in der EU auf den Markt gebracht werden, zunehmend nachhaltig sind“, erläuterte EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides. Die Kommission wolle dazu „Definitionen, Ziele und Grundsätze der Nachhaltigkeit einführen, die für alle Akteure des Lebensmittelsystems gelten“. Die Vorschriften sollen neben der Kennzeichnung selbst auch „Mindestanforderungen für nachhaltige öffentliche Beschaffung von Lebensmitteln“ sowie „Governance und Überwachung“ betreffen.

**Kommissionsstrategie „Vom Hof auf den Tisch“ (englisch):**  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Food safety  
> Horizontal topics > Farm to Fork strategy





Zahl des Monats

## 53 Prozent mehr Patienten ...

10.05.22 (ams) ... sind im Jahr 2020 an den Folgen einer Hautkrebserkrankung gestorben als noch 20 Jahre zuvor. Lag die Zahl der Todesfälle damals laut Statistischem Bundesamt (Destatis) bei rund 2.600, waren es 2020 etwa 4.000. Destatis verzeichnete 2020 auch 81 Prozent mehr Klinikbehandlungen wegen Hautkrebs als noch 2000. Seitdem ist die Zahl der Hautkrebsbehandlungen in Kliniken nach Angaben der Behörde bis 2019 kontinuierlich von 57.400 auf 115.800 gestiegen. Im ersten Pandemiejahr 2020 sank der Wert dann leicht auf 103.700. Mit weit mehr als 200.000 neu erkrankten Betroffenen pro Jahr zählt Hautkrebs laut Robert-Koch-Institut (RKI) zu den häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland.

Die verstärkte Einwirkung von UV-Strahlung durch Sonne im Zuge des Klimawandels gilt inzwischen als einer der wesentlichen Gründe für den deutlichen Zuwachs an Hautkrebs-Diagnosen. Eine aktuelle repräsentative Forsa-Umfrage unter 1.000 Erwachsenen im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hat zu Tage gefördert, dass jeder Zweite Angst hat, an Hautkrebs zu erkranken. Dennoch schützt ein Drittel seine Haut gar nicht mit entsprechenden Mitteln. Obwohl vier von fünf Deutschen der Sonnenschutz der Umfrage zufolge sehr wichtig ist, sagten 46 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen, im Frühjahr und Sommer allenfalls zu besonderen Gelegenheiten Sonnenschutz zu verwenden.

Schon der Versorgungs-Report 2021 „Klima und Gesundheit“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) fand heraus, dass es bei der Hautkrebsprophylaxe noch Verbesserungsbedarf gibt. So gaben zwar fast 77 Prozent der Teilnehmer einer Umfrage für den Report an, sich hinsichtlich möglicher Schutzmaßnahmen gut auskennen. 61 Prozent meiden demnach auch oft oder immer Aufenthalte im Freien während der Mittagszeit, was als vorrangige Maßnahme zur Vermeidung von Hautkrebs gilt. Jedoch schützt sich nur ein Drittel etwa durch hautbedeckende Kleidung. Nur 49 Prozent, also nicht einmal die Hälfte, sagte, dass ihnen Warnhinweise helfen würden, frühzeitig entsprechende Schutzmaßnahmen anzuwenden.

Auch die Krebsfrüherkennung, die gesetzlichen Krankenkassen alle zwei Jahre ab einem Alter von 35 Jahren übernehmen, wird noch zu wenig genutzt. 28 Prozent der über 35-Jährigen haben das Hautkrebs-Screening laut der Forsa-Umfrage bisher nicht wahrgenommen, 22 Prozent davon halten es gar für überflüssig.

Destatis: [www.destatis.de](http://www.destatis.de) > Presse



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

Versorgungs-Report 2021:  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Publikationen > Versorgungs-Report



## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Einsatz von Cefiderocol in engen Grenzen

Um einen verantwortungsvollen und zielgerichteten Einsatz abzusichern, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) erstmals für ein Reserveantibiotikum qualitätssichernde Anforderungen an die Anwendung festgelegt. Damit soll verhindert werden, dass sich gegen das Antibiotikum neue Resistenzen entwickeln und der Reservestatus verloren geht. Die für Cefiderocol beschlossenen Anforderungen betreffen den Erregernachweis, die Zusammensetzung von sogenannten Antibiotika-Teams im Krankenhaus sowie die Meldung von Resistenzen und Therapieeinsätzen an Datenbanken des Robert-Koch-Instituts. Zuvor hatte der GBA überprüft, ob die Fachinformationen des Herstellers gegebenenfalls bereits ausreichten. Cefiderocol (Fetroja®) ist zur Behandlung von Erwachsenen zugelassen, die an einer Infektion durch aerobe gramnegative Erreger (Infektionskrankheiten) leiden und für die nur begrenzte Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Auf Antrag des pharmazeutischen Unternehmens hatte der GBA das Antibiotikum als Reserveantibiotikum anerkannt. Reserveantibiotika können die letzte Therapieoption bei einer Infektion mit multi-resistenten Bakterien sein.

### Speiseröhrenkrebs: GBA bewertet Erstlinientherapie

Der GBA hat mit dem Wirkstoff Pembrolizumab zum ersten Mal eine Erstlinientherapieoption beim Speiseröhrenkrebs bewertet. Dies bedeutet, dass der Wirkstoff als erste Behandlungsoption nach der Diagnose vorgesehen ist. Pembrolizumab ist ein sogenannter monoklonaler Antikörper. Er blockiert die Wirkung eines Proteins auf der Oberfläche von Tumorzellen, so dass die Krebszellen für die körpereigene Immunabwehr erkennbar werden. In der Studie des Herstellers konnte eine deutlich verlängerte Überlebenszeit von circa fünf Monaten nachgewiesen werden, wenn Pembrolizumab in Kombination mit platin- und fluoropyrimidinhaltiger Chemotherapie eingesetzt wird. Signifikante Unterschiede zeigten sich auch bei den Symptomen Schmerzen, Atem- und Schluckbeschwerden. Für den Einsatz gegen Speiseröhrenkrebs vergab er aufgrund der guten Studienqualität die Kategorie „Hinweis“ auf einen beträchtlichen Zusatznutzen. Gleichzeitig bescheinigte der GBA dem Wirkstoff einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen beim Einsatz gegen eine spezielle, besonders aggressive Form von Brustkrebs.

### 18 neue Projekte zu medizinischen Leitlinien starten

Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) fördert 18 neue Projekte zur Entwicklung oder Aktualisierung medizinischer Leitlinien. Die Antragsteller hatten die Bedingungen des Innovationsausschusses beim GBA, die mit der

Förderung verknüpft sind, akzeptiert. Zu den Leitlinienprojekten gehört zum Beispiel die Tuberkuloseprävention bei Migranten, die Diagnostik und Therapie der akuten Querschnittslähmung und die Prävention und Therapie bei Kniearthrose. Der Innovationsausschuss hatte auf seine Förderbekanntmachung vom Sommer vergangenen Jahres über 30 Anträge erhalten. Bei der Bewertung und Auswahl der Projekte berücksichtigte er die Empfehlungen aus dem Expertenpool und von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Die in der Förderbekanntmachung genannten Themenfelder hatte das Bundesgesundheitsministerium vorgegeben.

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



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Einen Bonus für das Pflegepersonal in Kliniken und Pflegeeinrichtungen als Anerkennung für die in der Pandemie geleistete Arbeit und Mehrbelastung hat der Deutsche Bundestag inzwischen auf den Weg gebracht. Auf dem Frühlingsfest kündigte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach darüber hinaus zwar an, zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) den Zuschuss des Bundes erhöhen und den Krankenkassenbeitragsatz anheben zu wollen. Auch die Finanzreserven der Kassen sollen nach Angaben des SPD-Ministers noch einmal belastet werden. Konkrete Zahlenwerte nannte er nicht. Auch der Entwurf eines für „die nächsten Tage“ avisierten Finanzstabilisierungsgesetzes lässt auf sich warten. Für die finanziell angeschlagene Pflegeversicherung will Lauterbach ebenfalls „in Kürze“ einen Reformvorschlag vorlegen und stellte zudem ein weiteres Digitalisierungsgesetz in Aussicht. Konkrete Gesetzesprojekte liegen 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 unterstützen 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 Vergütungsstrukturen. 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 Gemeindeschwestern 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

### AOK prämiiert gesunde Arbeitskonzepte für die Pflege

13.05.22 (ams). Vier Pflegeeinrichtungen und eine Klinik haben den Preis „Gesunde Pflege 2021“ erhalten. Die insgesamt fünf Preisträger wurden für ihre Konzepte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ausgezeichnet. Ihr Beruf verlange den Pflegekräften körperlich und psychisch viel ab, unterstrich Jens Martin Hoyer, Vorstandsvize des AOK-Bundesverbandes. „Deshalb ist es besonders wichtig, den Pflegenden mit guten Konzepten ein gesundes Arbeitsumfeld zu bieten und ihre Ressourcen zu stärken.“ Der Preis ist mit insgesamt 25.000 Euro dotiert.

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



### Mindestens 300.000 zusätzliche Pflegekräfte möglich

03.05.22 (ams). Die Arbeitnehmerkammer Bremen, die Arbeitskammer im Saarland und das Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule in Gelsenkirchen haben untersucht, wie viele Pflegekräfte unter welchen Bedingungen bereit wären, in den Beruf zurückzukehren beziehungsweise Vollzeit statt Teilzeit zu arbeiten. Ganz oben auf der Wunschliste steht die angemessene, am tatsächlichen Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessung. Umgerechnet auf Vollzeitstellen ergibt sich ein Potenzial von 300.000 bis zu 660.000 Pflegekräften. Die Studie „Ich pflege wieder, wenn...“ wurde von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert. An der Online-Befragung beteiligten sich rund 12.700 „ausgestiegene“ und Teilzeit-Pflegekräfte.

Weitere Informationen: [www.boeckler.de](http://www.boeckler.de)  
> Pressemitteilungen



### Klinikreform: Krankenkassen müssen Gehör finden

02.05.22 (ams). Die Berufung einer Regierungskommission durch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ist für den AOK-Bundesverband „der erste Schritt, um die überfällige Krankenhausreform anzustoßen“. „Allerdings hätten wir uns gewünscht, dass auch die Beitragszahler sowie Arbeitgeber als Financiers direkt eingebunden werden“, sagte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, auf die Ankündigung des Ministers. „Jetzt kommt es darauf an, dass unsere bekannten Vorschläge und Konzepte zur Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur, wie vom Minister zugesagt, auch Berücksichtigung finden“, ergänzte Reimann und forderte eine zügige Umsetzung“.

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



**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:

---

---

---

---