

AOK-MEDIENSERVICE

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

11/22 **POLITIK**

 @AOK_Politik

Versorgung von Frühgeborenen: Drei Fragen an Dr. Jürgen Malzahn
Spezialisierung ist in Europa geübte Praxis 2

ams-nachgefragt beim Pressesprecher des AOK-Bundesverbandes
**Worauf kommt's an beim
Fritz-Schösser-Medienpreis, Herr Behrens?** 4

ams-Grafik:
**Gerechtigkeitslücken im Morbi-RSA –
Unterdeckung vulnerabler Gruppen** 5

EU-Ticker
**Auch der Rat billigt
Bausteine der Gesundheitsunion** 6

Zahl des Monats
Auf 1,6 Prozent 8

Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss 10

Gesetzgebungskalender 12

Kurzmeldungen 15

Herausgeber: Pressestelle des AOK-Bundesverbandes, Berlin
Redaktion: AOK-Mediendienst, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Bernhard Hoffmann (verantwortlich),
Ralf Breitgoff, Barbara Huhn, Telefon: 030/22011-200, Telefax: 030/22011-105, Grafik: Kerstin Conradi
E-Mail: aok-mediendienst@bv.aok.de, Internet: www.aok-presse.de

Versorgung von Frühgeborenen: Drei Fragen an Dr. Jürgen Malzahn

Spezialisierung ist in Europa geübte Praxis

09.11.22 (ams). Bereits Ende 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschlossen, die Mindestmenge zur Behandlung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm von bisher 14 Behandlungen auf 25 anzuheben. In einem Zwischenschritt wird die Mindestmenge 2023 zunächst auf 20 Fälle pro Jahr erhöht. Das hat jetzt erste Konsequenzen. Im Zuge dessen verlieren nächstes Jahr bundesweit sechs Klinik-Standorte die Erlaubnis, Frühgeborene mit besonders geringem Geburtsgewicht zu versorgen. „Es geht darum, die bestmögliche Behandlung der Kinder durch erfahrene Teams zu erreichen“, sagt Dr. Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams).

Herr Dr. Malzahn, warum ist es aus Sicht der AOK eine gute Entwicklung, wenn Klinik-Abteilungen aus der Versorgung ausscheiden?

Malzahn: Bei der Festlegung der Mindestmengen durch den GBA handelt es sich ja letztlich um einen normativen Akt – vergleichbar mit der Geschwindigkeitsbegrenzung auf Straßen. Aber genau wie die Geschwindigkeitsbegrenzung hat dieser normative Akt gute Gründe. Sie ergeben sich aus der aktuellen Studienlage. Erst jüngst hat eine wissenschaftliche Publikation des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen bestätigt, dass es bei der Frühchen-Versorgung einen generellen Zusammenhang zwischen der Fallzahl und den Behandlungsergebnissen gibt: In Kliniken, die viele Fälle pro Jahr versorgen, ist im Mittel eine niedrigere Sterblichkeit bei den sehr kleinen Frühgeborenen festzustellen. Das ist kein Zufall, sondern medizinisch plausibel. Denn bei diesen hochkomplexen Behandlungen braucht es neonatologische Erfahrung im gesamten Behandlungsteam. Alle Beteiligten müssen gemeinsam schnell und richtig reagieren, wenn es zu Komplikationen kommt. Und das bekommt man nur mit der entsprechenden Erfahrung hin. Nun kann es sein, dass eine Klinik im Einzelfall trotz geringer Fallzahl gute Behandlungsergebnisse erzielt – aber das ist dann eben eher die Ausnahme als die Regel. Im Informationsportal perinatalzentren.org wird das alles transparent gemacht, hier können sich alle Interessierten informieren.

Die Gegner der Abteilungs-Schließungen argumentieren, dass eine wohnortnahe Versorgung der Frühgeborenen sichergestellt werden müsse. Ist das nicht ein Argument dafür, Abteilungen trotz geringer Fallzahlen offen zu halten?

Malzahn: Sicherlich muss man sich jeden Einzelfall genau anschauen, um zu verhindern, dass es in bestimmten Regionen zu einer Unterversorgung kommt. Dabei ist aber zu bedenken, dass Frühgeburten sich in der Regel ankündigen. Dann findet frühzeitig eine sogenannte pränatale Verlegung statt. Das heißt, dass die werdenden Mütter bereits vor der Einbindung in ein Perinatalzentrum oder zumindest in dessen Nähe gebracht werden. So können sie sich darauf verlassen, dass ihr Kind von einem erfahrenen Team versorgt wird. Das ist übrigens auch in anderen europäischen Ländern geübte Praxis. So gibt es die niedrigste Säuglings- und Müttersterb-



Dr. Jürgen Malzahn
leitet die Abteilung
Stationäre Versorgung im
AOK-Bundesverband

lichkeit Europas in Finnland, wo die Geburtshilfe auf weniger als zehn Standorte konzentriert ist. Insofern zieht das Argument der wohnortnahen Versorgung bei der Frühgeborenen-Versorgung nicht wirklich. Es geht doch darum, die bestmögliche Behandlung der Kinder durch erfahrene Teams zu erreichen – und die kann man mit pränatalen Verlegungen auch bei weiteren Entfernungen gewährleisten.

Warum engagiert sich die AOK bei dem Thema mit der Veröffentlichung der Mindestmengen-Transparenzkarte und der entsprechenden Transparenzlisten?

Malzahn: Wir veröffentlichen die Ergebnisse der aktuellen Mindestmengen-Entscheidungen ja inklusive der von den einzelnen Kliniken gemeldeten Fallzahlen, die Basis für diese Entscheidungen waren. Die aktuellen Fallzahlen können Patientinnen und Patienten und einweisenden Ärzten wichtige Hinweise auf die Routine der operierenden Ärzte geben. Denn eine positive Prognose konnten auch Kliniken erhalten, die die notwendige Zahl von OPs aus organisatorischen oder personellen Gründen nicht erbracht haben – aber glaubhaft nachweisen konnten, dass die Gründe dafür ausgeräumt wurden. In den letzten Entscheidungs-Runden wurden auch die Covid-19-Pandemie und die daraus resultierenden Schwierigkeiten bei der Erfüllung der Mindestmengen berücksichtigt. Unsere Transparenzkarte macht das alles sichtbar.

Die Mindestmengen-Transparenzkarte:
www.aok-bv.de > Engagent > Mindestmengen



ams-nachgefragt bei Dr. Kai Behrens

Worauf kommt's an beim Fritz-Schösser-Medienpreis?

11.11.22 (ams). „Mit der Corona-Pandemie sind Gesundheitsthemen zwar stärker in den Fokus gerückt, und mit den Bundesgesundheitsministern Jens Spahn und aktuell Karl Lauterbach hat Gesundheitspolitik nochmal zusätzliche Aufmerksamkeit erhalten. Trotzdem kommt die häufig hochkomplexe Materie meist immer noch zu kurz in der öffentlichkeitswirksamen Berichterstattung. Deshalb braucht es guten und fundierten Journalismus, der sich dieser facettenreichen Thematik annimmt.

Denn das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem steht vor riesigen Herausforderungen und Umbrüchen, die in allen Teilen der Gesellschaft spürbar und daher Bestandteil vieler Diskussionen im Alltag sind. Wie kann angesichts knapper Mittel, steigender Nachfrage, neuer Therapiemöglichkeiten und überfälliger Digitalisierung die Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens gelingen? Wie wirken sich Reformen und Gesetze unmittelbar auf die Lebenssituation der Beitragszahlenden und Versicherten aus? Damit die Bürgerinnen und Bürger bei diesen wichtigen sozialpolitischen Themen mitreden können, ist eine umfassende, kontinuierliche und allgemeinverständliche Berichterstattung erforderlich.

Um diese zu würdigen und dem gesundheitspolitischen Qualitätsjournalismus eine prominente Bühne zu verschaffen, lobt der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes zum zweiten Mal den Fritz-Schösser-Medienpreis aus. Mit der Auszeichnung sollen journalistische Tugenden wie gute Recherche, Sorgfalt und eine pointierte Schreibe Anerkennung finden. Auch originelle Zugänge sowie innovative Formate sind gefragt. Gesucht werden Beiträge aller Mediengattungen, die erstmal im Jahr 2022 veröffentlicht wurden. Die Bewerbungsfrist endet am 15. Januar 2023.

Benannt ist der Medienpreis nach dem ehemaligen Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes und früheren Sozialpolitiker Fritz Schösser, dessen Verdienste damit gedacht werden sollen. Bei der Premiere vor zwei Jahren gingen mehr als 90 Bewerbungen beim AOK-Bundesverband ein. Den ersten Platz erhielt der Journalist Marcel Laskus mit seiner Reportage ‚Außer Atem‘ über die Arbeit auf einer Corona-Station, die in der ‚Süddeutschen Zeitung‘ erschien.“

Informationen zum Preis und zur Bewerbung:
www.fritz-schoesser-medienpreis.de

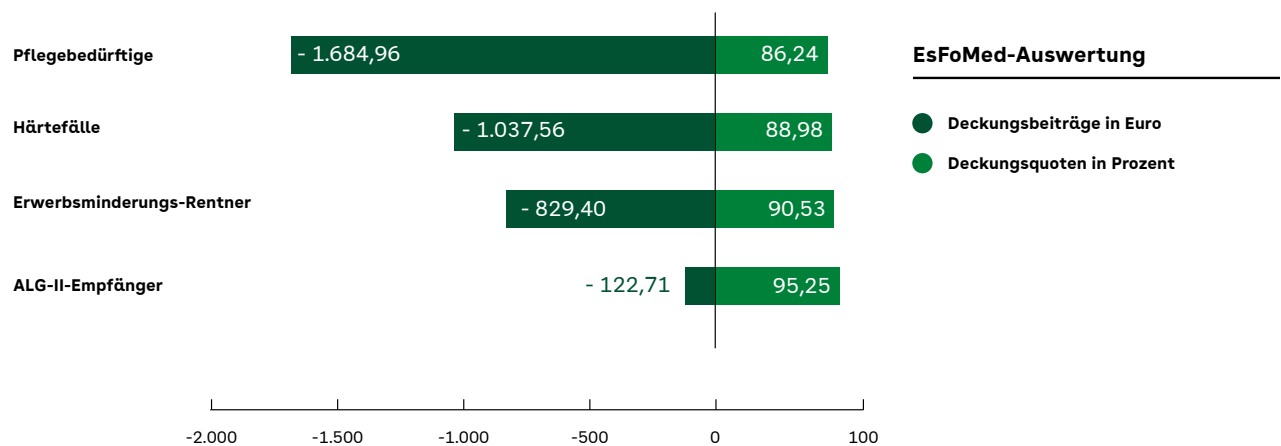


Dr. Kai Behrens
ist Pressesprecher des AOK-Bundesverbandes



ams Grafik

Gerechtigkeitslücken im Morbi-RSA - Unterdeckung vulnerabler Gruppen



Quelle: EsFoMed/Uni Duisburg-Essen; Grafik: AOK-Mediendienst

Ein vom AOK-Bundesverband beauftragtes Gutachten des Forschungsinstituts für Medizinmanagement (EsFo-Med) und des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen belegt gravierende Mängel bei der Berücksichtigung vulnerabler Versichertengruppen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). „Vulnerable Versichertengruppen werden bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds systematisch schlechter gestellt. Umgekehrt sind junge, gesunde Versichertengruppen nach wie vor finanziell überkompensiert“, kritisierte der für Finanzen zuständige stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jens Martin Hoyer. Diese Unwucht setze erhebliche Anreize für Krankenkassen, sich stärker um jüngere, kostengünstigere Versicherte zu kümmern als um vulnerable und sozial schwache Menschen. Die größte Unterdeckung weisen Pflegebedürftige auf, gefolgt von den zuzahlungsbefreiten Versicherten (Härtefälle), den Erwerbsminderungsrentnern sowie den ALG-II-Empfängern.

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

EU-Ticker

Auch der Rat billigt Bausteine der Gesundheitsunion

15.11.22 (ams). Nach dem Europaparlament hat Ende Oktober auch der Europäische Rat die letzten Bausteine für eine engere Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten bei schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren gebilligt. Die drei ineinandergreifenden Verordnungen sind Anfang November in Kraft getreten. Der mit dem Parlament und der EU-Kommission ausgehandelte Kompromiss betrifft unter anderem den genauen Handlungsrahmen der bereits unter dem Dach der Kommission eingerichteten neuen EU-Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (European Health Emergency Preparedness and Response Authority – HERA).

Künftig kann die EU-Kommission einen EU-weiten Gesundheitsnotstand feststellen und Gegenmaßnahmen einleiten, darunter das Überwachen der Produktion wichtiger Arzneimittel und Medizinprodukte sowie das Anlegen entsprechender Vorräte. Entgegen den ursprünglichen Vorschlägen von Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen haben sich die EU-Staaten jedoch auch bei den unmittelbaren Krisenreaktionen starke Mitspracherechte gesichert. Dem Gesundheitskrisenstab, der im Notfall die EU-Maßnahmen koordinieren soll, gehören neben Experten der Kommission auch je ein Vertreter aus jedem Mitgliedstaat an. Zudem muss die Kommission den Krisenstab „nach Möglichkeit konsultieren“, bevor sie tätig wird.

Mitteilung des Rates zur Abstimmung:
germany.representation.ec.europa.eu > Aktuelle Meldungen

Info der EU-Kommission zum Ratsbeschluss:
https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_22_6363

Beitrag im AOK-Magazin G+G 11/22:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Gesundheit und Gesellschaft > G+G



Siebter Covid-19-Impfstoff zur Auffrischung genehmigt

15.11.22 (ams). Die EU-Kommission hat am 11. November den siebten Covid-19-Impfstoff als Auffrischungsimpfung für den europäischen Markt zugelassen. Es handelt sich um das proteinbasierte Vakzin „VidPrevtyn Beta“ der Pharmaunternehmen Sanofi und GSK. Die Zulassung erfolgte nach einer entsprechenden Empfehlung der EU-Arzneimittelagentur (EMA). Der Impfstoff kann nach Angaben der Kommission als Auffrischungsimpfung für Erwachsene nach einer Erstimpfung mit einem anderen Corona-Impfstoff verwendet werden. Für den Impfstoff hatten die Kommission und die Mitgliedstaaten bereits im September 2020 eine Abnahmegarantie mit Sanofi und GSK ausgehandelt. Danach können die EU-Staaten bis zu 300 Millionen

Dosen für den eigenen Bedarf erwerben oder an Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen spenden.

Info der deutschen Vertretung der EU-Kommission:
germany.representation.ec.europa.eu > Aktuelle Meldungen

Empfehlung der EMA:
www.ema.europa.eu < News & events > News and press releases



EU-Luft soll bis 2050 schadstofffrei werden

15.11.2022 (ams) In den 27 EU-Staaten sterben nach Zahlen der EU-Kommission pro Jahr rund 300.000 Menschen vorzeitig durch Luftverschmutzung. Deshalb will die Kommission jetzt strengere Grenzwerte für Luftschadstoffe durchsetzen. Allein das Reduzieren des vorherrschenden Feinstaubs PM_{2,5} unter die Leitlinienwerte der Weltgesundheitsorganisation könne die Zahl der Todesfälle in den nächsten zehn Jahren um mehr als 75 Prozent verringern, sagte Kommissionsvizepräsident Frans Timmermans bei der Vorstellung der Vorschläge am 26. Oktober in Brüssel. Diese sehen insbesondere vor, den PM_{2,5}-Jahresgrenzwert um mehr als die Hälfte herabzusetzen. Gemeinsam mit dem Bemühen um Klimaneutralität gelte es, bis spätestens 2050 das Null-Schadstoff-Ziel für die Luft zu erreichen, so Timmermans. Auch die Qualität von Oberflächen- und Grundwasser soll sich deutlich verbessern, unter anderem durch strengere Vorgaben für den Umgang mit kommunalem Abwasser. Dazu gehören die Verpflichtung zur Verwertung von Nährstoffen aus Abwasser, neue Normen für Mikroschadstoffe und eine strengere Überwachung von Mikroplastik. Laut Kommission stammen 92 Prozent der giftigen Mikroschadstoffe in EU-Abwässern von Arzneimitteln und Kosmetika. Deshalb müssten auch die Hersteller für deren Beseitigung aufkommen. Die Verpflichtung zur Wasseraufbereitung will die Kommission auf Gemeinden ab 1.000 Einwohner ausweiten. Bisher liegt die Grenze bei 2.000 Einwohnern. Mit ihren Vorschlägen entspreche die Kommission auch einer Forderung der Konferenz zur Zukunft Europas, betonte Timmermans. Bei einer Eurobarometer-Umfrage, deren Ergebnisse Ende Oktober veröffentlicht wurden, hatten sich im EU-Schnitt 67 Prozent der Befragten dafür ausgesprochen, dass die europäischen Luftqualitätsnormen verschärft werden müssten. In Deutschland waren 62 Prozent der Befragten dieser Ansicht.

Infos der EU-Kommission:
www.ec.europa.eu > Nachrichten

Ergebnisse der Eurobarometer-Befragung:
germany.representation.ec.europa.eu > Aktuelle Meldungen



Zahl des Monats

Auf 1,6 Prozent ...

14.11.22 (ams) ... steigt 2023 der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das sind 0,3 Prozentpunkte mehr als zurzeit. Der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz für das jeweils folgende Jahr muss laut Paragraph 242a des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) immer bis zum 1. November des laufenden Jahres im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Der jeweilige Bundesgesundheitsminister muss ihn auf Basis der Berechnungen des GKV-Schätzerkreises von Mitte Oktober festlegen.

Der Schätzerkreis sieht die Einnahmesituation der Krankenkassen demnach im kommenden Jahr etwas besser als bisher erwartet, nannte allerdings im Gegensatz zu den Vorjahren keinen konkreten rechnerischen Wert für den durchschnittlichen Zusatzbeitrag. Die Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages um 0,3 Punkte ist ein wichtiger Baustein im Maßnahmenpaket des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG), das der Bundestag ungeachtet der deutlichen Kritik von Krankenkassen, Ärzten und Gesundheitsverbänden am 20. Oktober 2022 in Zweiter und Dritter Lesung verabschiedet hat. Gut eine Woche später billigte der Bundesrat das GKV-FinStG am 28. Oktober.

Angesichts des vom Schätzerkreis errechneten leicht geringeren GKV-Finanzlochs hatten der GKV-Spitzenverband und der Sozialverband Deutschland (SoVD) vorgeschlagen, den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nur um 0,2 Prozentpunkte anzuheben. Die Ampelkoalition entschied hingegen, die Finanzreserven der Krankenkassen nun weniger stark abzuschmelzen: um 2,5 Milliarden Euro statt um vier Milliarden Euro. „Dieses Gesetz führt vor allem zu zusätzlichen Belastungen für die Arbeitgeber und für die 70 Millionen gesetzlich Versicherten“, hält der AOK-Bundesverband an seiner grundsätzlichen Kritik am GKV-FinStG fest.

Wegen prognostizierter Steuermehreinnahmen sieht die AOK jedoch Spielräume für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). „Es muss vor allem darum gehen, die Finanzen der GKV nachhaltig zu stabilisieren“, sagte die Vorstandsvorsitzende Carola Reimann. „Ich sehe keinen Grund mehr, dass sich der Bund länger gegen die auskömmliche Finanzierung der Gesundheitsversorgung von ALG-II-Beziehenden sträubt.“ Laut Steuerschätzung bis zum Jahr 2026 können Bund, Länder und Gemeinden mit etwa 126,4 Milliarden Euro mehr Einnahmen rechnen als bisher vorhergesagt. „Das bietet die Gelegenheit, endlich offene Koalitionsversprechen einzulösen“, sagte Reimann. Sie bekräftigte in diesem Zusammenhang auch die Forderung aller Krankenkassenverbände nach einer Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel. „Diese beiden Maßnahmen hätten echten Nachhaltigkeitswert.“ Laut AOK-Berechnungen hätte allein dadurch bereits das GKV-Defizit im kommenden Jahr gedeckt werden können.

Ergebnis des Schätzerkreises:
www.bas.bund.de > Newsroom



Statement GKV-Spitzenverband:
www.gkv-spitzenverband.de > Über Uns > Presse

Pressemitteilung des SoVD:
www.sovd.de > Pressemitteilung

Statement Dr. Carola Reimann:
www.aok-bv.de > Positionen > Statements



Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Innovationsfonds: Zweithöchste Antragsanzahl im Förderbereich Versorgungsforschung

Auf den Förderaufruf des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) im Bereich Versorgungsforschung zur Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV sind so viele Anträge eingegangen wie lange nicht mehr. Insgesamt wurden 231 Anträge auf finanzielle Unterstützung mit Geldern aus dem Innovationsfonds gestellt. Das ist die zweithöchste Antragszahl, die jemals in diesem Förderbereich eingereicht wurde. 99 Anträge betrafen die themenoffene und 132 Anträge die themenspezifische Förderbekanntmachung, davon 42 Anträge den Bereich „Voraussetzungen für die Entwicklung und Anforderungen an die Implementierung von eHealth in der Patientenversorgung“. Welche Projekte tatsächlich gefördert werden, entscheidet der Innovationsausschuss voraussichtlich im zweiten Quartal 2023. In die Bewertung bezieht der Innovationsausschuss die Gutachten der ehrenamtlich tätigen Mitglieder des Expertenpools – bestehend aus Vertretern aus Wissenschaft und Versorgungspraxis – ein. Neue Förderbekanntmachungen sind im Sommer nächsten Jahres zu erwarten.

Zertifizierte onkologische Zentren erhöhen Überlebenschancen von Krebspatienten

Krebserkrankte haben bei einer Behandlung in zertifizierten onkologischen Zentren eine erhöhte Überlebenschance. Dies konnte das Versorgungsforschungsprojekt „WiZen – Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ anhand einer Datenauswertung belegen und überzeugte damit den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Verglichen wurden Daten zur Diagnostik und Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten, die entweder in zertifizierten onkologischen Behandlungszentren oder in nicht-zertifizierten Kliniken behandelt wurden. Die Sterblichkeit bei der zweithäufigsten Todesursache in Deutschland liegt laut Bericht um bis zu 26 Prozent niedriger als in nicht überprüften Kliniken. „Aus den WiZen-Ergebnissen resultiert der Auftrag, die Behandlung von Krebspatienten auf die die Kliniken zu konzentrieren, die als Krebszentren nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert sind. Es müssen jetzt zeitnah Konsequenzen aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen gezogen werden“, erklärte Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband. Hierzu müsse man nicht auf die Ergebnisse der Regierungskommission zur Krankenhausreform warten. Der GBA habe durchaus Instrumente in der Hand, um schneller zu handeln. So könne das Gremium auf Basis des Paragraphen 136 SGB V beschließen, dass Kliniken bestimmte Krebsbehandlungen nur noch erbringen dürften, wenn sie die Struktur- und Prozesskriterien erfüllten, machte der Krankenhausexperte deutlich. In die Analyse flossen Informationen zu Brustkrebs, Lungenkrebs, Prostatakrebs, Bauchspeichel-

drüsenkrebs, Dickdarmkrebs sowie zu Tumoren des Zentralnervensystems, des Kopf-Hals-Bereiches und zu gynäkologischen Tumoren in die Analyse ein. Der Innovationsausschuss des GBA attestierte den Resultaten eine „hohe Relevanz“ und empfahl den zuständigen Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen, die Umsetzung in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen zu prüfen. Der GBA hatte Mitte Oktober den Abschlussbericht zum WiZen-Projekt veröffentlicht. Verwendet wurden Abrechnungsdaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK und Daten von vier klinischen Krebsregistern. Das Projekt stand unter der Leitung des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung der medizinischen Fakultät an der Technischen Universität Dresden.

Weitere Informationen zur Arbeit des GBA:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Nach dem Bundestag hat nun auch der Bundesrat das „Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) ungeachtet der deutlichen Kritik von Krankenkassen, Ärzten und Gesundheitsverbänden gebilligt. Das Gesetz wurde am 7. November im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und ist somit in Kraft. Der Entwurf für ein „Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) hat inzwischen die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages durchlaufen. Die zweite und dritte Lesung ist für den 1. oder 2. Dezember geplant. Die wichtigsten Reformgesetze der vergangenen 32 Jahre gibt es im Internet: www.aok-reformdatenbank.de.

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)

Zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) will die Bundesregierung vor allem die Krankenkassen selbst und die Beitragszahler heranziehen. Es gelte ein „historisches Defizit von 17 Milliarden Euro zu beseitigen“, das er von seinem Vorgänger geerbt habe, begründete Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Pläne, bekräftigte aber während der abschließenden Beratungen des Bundestages nochmals, dass es keine Leistungskürzungen geben werde. In der Konsequenz wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz um 0,3 Punkte auf 1,6 Prozent steigen. Einschließlich des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 Prozent würden die Krankenkassenbeiträge damit erstmals die 16-Prozent-Marke überspringen. Wie sich die Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auf die realen kassenindividuellen Zusatzbeiträge auswirkt, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht abzusehen.

Der Gesundheitsausschuss hatte im Vorfeld der abschließenden Bundestagsdebatte noch 17 Änderungsanträge der Ampel-Fraktionen in seine Beschlussempfehlung aufgenommen. Der Bundeszuschuss zur GKV wird 2023 wie geplant um zusätzlich zwei Milliarden auf dann 16,5 Milliarden Euro steigen. Außerdem erhalten die Kassen ein befristetes Bundesdarlehen in Höhe von einer Milliarde Euro. Um diesen Kredit rechtssicher zu gestalten, müssen die Kassen allerdings nicht mehr rund vier Milliarden Euro, sondern nur noch 2,5 Milliarden Euro aus noch vorhandenen Wirtschaftsreserven an den Gesundheitsfonds abführen. Im Zuge eines „kassenübergreifenden Solidarausgleichs“ werden 2023 die Finanzreserven der Krankenkassen oberhalb von 0,2 Monatsausgaben, abzüglich eines Freibetrags von jetzt vier statt zunächst drei Millionen Euro, in zwei Stufen anteilig dem Gesundheitsfonds zugeführt werden. Die gesetzliche Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen sinkt von aktuell 0,8 auf 0,5 Monatsausgaben. Die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird von derzeit 0,5 auf 0,25 Monatsausgaben abgeschmolzen. Schließlich soll der Anstieg der sächlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen für 2023 auf 3,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr begrenzt und die Zuweisungen an die Krankenkassen für Verwaltungsausgaben um 25 Millionen Euro gemindert werden.

Auf der Ausgabenseite setzt der Entwurf insbesondere bei den Arzneimittelausgaben an. Eine zunächst geplante „Solidaritätsabgabe pharmazeutischer Unternehmer“ von zwei Milliarden Euro verteilt auf zwei Jahre wurde zwar im Zuge der Kabinettsberatungen gestrichen. Stattdessen ist für das Jahr 2023 ein um fünf Prozentpunkte erhöhter Herstellerabschlag insbesondere für patentgeschützte Arzneimittel vorgesehen und der Apothekenabschlag steigt für zwei Jahre von 1,77 Euro auf zwei Euro je Arzneimittelpackung. Das Preismoratorium bei Arzneimitteln wird bis Ende 2026 verlängert. Darüber hinaus plant das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Weiterentwicklung des Gesetzes zur Nutzenbewertung und Preisfindung bei neuen Medikamenten (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz – AMNOG) vorgesehen. So soll der ausgehandelte Erstattungspreis für neue Medikamente rückwirkend bereits ab dem siebten Monat gelten. Bisher konnten die Pharmaunternehmen den Preis im gesamten ersten Jahr nach Zulassung frei festsetzen. Zudem sollen künftig auch Instrumente wie mengenbezogene Staffelungen, ein jährliche Gesamtvolumen oder Packungsgrößen genutzt werden. Auch wird die Umsatzschwelle für Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen für die Nutzenbewertung von bisher 50 Millionen nur auf 30 Millionen Euro, statt wie zunächst geplant auf 20 Millionen, reduziert werden. Auch die Apotheker werden an den Sparmaßnahmen beteiligt, indem der Apothekenabschlag für zwei Jahren auf zwei Euro erhöht wird.

Kliniken und niedergelassene Ärzte werden von den vorgesehenen Maßnahmen weitgehend ausgenommen. Im Krankenhausbereich soll die Doppelfinanzierung von Pflegekosten ausgeschlossen werden, indem ab dem Jahr 2024 nur noch die Pflegepersonalkosten qualifizierter Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind, im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Das umstrittene Zusatzhonorar für Neupatienten bei den Ärzten wird gestrichen. Als Ersatz gewährt der Gesetzgebern künftig extrabudgetäre Zuschläge, wenn Patienten durch die Terminservicestellen oder ihren Hausarzt schneller einen Facharzttermin bekommen. Die Frist zum 30. September 2021 für den Abschluss der Verträge zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer zur Blankoverordnung im Heilmittelbereich wird gestrichen. Die Pflicht der Krankenkassen, ihre Mitglieder per Brief über einen höheren Zusatzbeitrag und das damit verbundene Sonderkündigungsrecht zu informieren, wurde bis Ende Juni 2023 ausgesetzt.

Bundesgesetzblatt:
www.bgbl.de > Teil I > 2022 > Nr. 42



Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG)

Vor der Anhörung im Deutschen Bundestag hat die Ampelregierung einen ganzen Strauß von Gesetzesvorhaben über Änderungsanträge an das „Krankenhauspflegeentlastungsgesetz“ (KHPfLEG) angehängt, unter anderem Regelungen zum Pflegevorsorgefonds, zu Tagesbehandlungen in Kliniken ohne Übernachtung der Patienten und zur Neufinanzierung der Kinder- und Geburtskliniken. Ab Januar 2023 sollen Krankenhäuser Patienten auch ambulant versorgen können, sofern deren Behandlung wenigstens sechs Stunden dauert. Zudem soll eine spezielle sektorengleiche Vergütung eingeführt werden, die das Gesundheitsministerium per Rechtsverord-

nung auf den Weg bringen will. Die Einführung der Tagesbehandlungen soll Kliniken und Personal kurzfristig entlasten. Gleichzeitig erhofft die Regierung sich so auch Einsparungen. Die Änderungsanträge sehen etwa auch vor, dass Patienten, die zur Tagesbehandlung in einer Klinik sind, ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme die Fahrkosten von ihrer Wohnung in die Klinik und zurück in aller Regel selbst tragen müssen. Ein weiterer Antrag sieht vor, dass Hebammen nun doch weiter im Pflegebudget der Krankenhäuser berücksichtigt werden sollen. Ursprünglich sollten sie ab 2025 herausgenommen werden. Die Einzahlungen in den Pflegevorsorgefonds will die Ampel 2023 nun doch nicht, wie ursprünglich einmal geplant, aussetzen, aber auf Ende kommenden Jahres verschieben. Demnach soll das Geld erst im Dezember 2023 auf einen Schlag fließen und nicht wie bisher in monatlichen Teilraten.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will mit dem Gesetz grundsätzlich die Personalsituation in der Pflege kurzfristig verbessern. Die zunächst als Übergangslösung gedachte Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) soll zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus eingesetzt werden. Laut Entwurf wird das BMG ermächtigt, in einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes und zur Festlegung der Personalbesetzung auf bettenführenden Stationen der Somatik zu bestimmen.

Darüber hinaus will das BMG den Stau bei den Budgetverhandlungen der Krankenhäuser auflösen – notfalls mit Schiedsstellen. Um zeitnahe Abschlüsse zu gewährleisten, würden die Verhandlungen durch Fristen gestrafft und besser strukturiert, heißt es im Referentenentwurf. Sollten die Vertragsparteien auf Ortsebene keine Einigung erzielen, würden die Schiedsstellen automatisch tätig werden.

Auch den Verwaltungsaufwand für Krankenhäuser und Krankenkassen plant das BMG zu vereinfachen und will dazu Rechtsgrundlagen schaffen, etwa um Aufschläge auf beanstandete Rechnungen von den Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung geltend machen zu können. Darüber hinaus sieht der Referentenentwurf vor, die Weiterentwicklung der digitalen medizinischen Versorgung zu stärken, und etwa die Nutzung der elektronischen Patientenakte für Leistungserbringer zu verbessern.

Gesetzesentwurf
dipbt.bundestag.de
> Dokumente > Drucksache 20/3876



Kurzmeldungen

AOK startet Aktion zur gewaltfreien Pflege

10.11.22 (ams). Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat jeder sechste Mensch über 60 Jahre bereits körperliche oder auch psychische Gewalt erfahren. In einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) gab rund die Hälfte der 250 befragten Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten an, dass Konflikte, Aggression und Gewalt in der Pflege die stationären Einrichtungen vor ganz besondere Herausforderungen stellen. Gemeinsam mit Pflegeeinrichtungen und -verbänden hat der AOK-Bundesverband deshalb die Aktion „Gewaltfrei Pflegen“ ins Leben gerufen. Ziel sei es „das Thema aus der Tabuzone zu holen“, aufzuklären und zu helfen, betonte die Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann.

Weitere Informationen: www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Reform der Klinikfinanzierung: Mehr Schatten als Licht

09.11.22 (ams). Die geplanten Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Geburtshilfe und Pädiatrie im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) führen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes weder zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, noch verbessern sie die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden in diesen Bereichen. „Nicht nachvollziehbar ist, dass Qualitätsaspekte, Erreichbarkeit oder Versorgungsdefizite dabei nicht zwingend berücksichtigt werden müssen“, kritisierte die Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages.

Weitere Informationen: www.aok-bv.de > Positionen > Statements



Mindestmengen stärken Qualität in der Versorgung

03.11.22(ams). Die neue „Mindestmengen-Transparenzkarte“ der AOK verzeichnet für 2023 insgesamt 1.064 Kliniken, die Mindestmengen-relevante Eingriffe mit besonders hohen Risiken für die Patientinnen und Patienten durchführen dürfen – sechs weniger als 2022. „Die Mindestmengen sorgen nachweislich für mehr Routine und Erfahrung in den OP-Teams, für weniger Komplikationen und für eine geringere Sterblichkeit der Behandelten“, unterstrich die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann. Das ist eine gute Nachricht für die Patientinnen und Patienten, die von der Konzentration dieser besonders komplizierten und riskanten Operationen profitierten.

Weitere Informationen: www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

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

www.aok-bv.de/presse/medienservice

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:
